

Violência contra crianças: uma oportunidade de detecção na consulta odontológica

Jorgelina Valente¹ , Melisa Velazquez¹ .

Resumo: **Introdução:** A violência contra crianças é um problema de saúde pública que pode ser detectado em consultas odontológicas, pois 65% das lesões ocorrem na face e no pescoço. Na Argentina, a bibliografia e as experiências registradas na Odontologia são escassas, por isso este trabalho surge da necessidade de contar com uma ferramenta que torne o problema visível e facilite sua abordagem. **Objetivos:** Fazer recomendações para detecção e enfrentamento da violência contra crianças a partir de consultas odontológicas por meio da elaboração de guia teórico-prático. **Materiais e Métodos:** Foi realizada uma revisão bibliográfica de estudos que vinculam os maus-tratos infantis ao atendimento odontológico. Com base nisso, foi elaborado um Guia que contém informação epidemiológica, enquadramento teórico e legal, e recomendações para a detecção e abordagem do abuso físico, violência sexual e negligência. **Resultados:** Os odontopediatras estão em uma posição única para detectar sinais de violência infantil durante as consultas. **Conclusões:** É fundamental que os profissionais de saúde, incluindo dentistas, estejam treinados para identificar e agir diante dos sinais de violência infantil.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis, Odontopediatria. Maus-tratos a crianças, atendimento odontológico.

Violencia hacia las infancias: una oportunidad de detección en la consulta odontológica

Resumen: **Introducción:** La violencia hacia las infancias es un problema de salud pública que puede ser detectado en consultas odontológicas, ya que se estima que el 65% de las lesiones ocurren en la cara y el cuello. En Argentina la bibliografía y las experiencias registradas desde la Odontología son escasas, de modo que este trabajo surge de la necesidad de contar con una herramienta que visibilice la problemática y facilite su abordaje. **Objetivos:** Realizar recomendaciones para la detección y abordaje de las violencias a las infancias a partir de la consulta odontológica mediante el desarrollo de una Guía teórico-práctica. **Materiales y Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica de estudios que vinculan el maltrato infantil con la atención odontológica. A partir de ello, se elaboró una Guía que posee información epidemiológica, marco teórico y legal, y recomendaciones para la detección y abordaje de maltrato físico, psicológico, violencia sexual y negligencia. **Resultados:** Los odontopediatras están en una posición única para detectar signos de violencia infantil durante las consultas. **Conclusiones:** Es crucial que los profesionales de la salud, incluyendo odontólogos, estén capacitados para identificar y actuar ante signos de violencia infantil.

Palabras clave: Maltrato infantil, Odontopediatria. Maltrato a los niños, atención odontológica.

¹ Hospital de Odontología Infantil Don Benito Quinquela Martín. Argentina.

Violence against children: an opportunity for detection in dental consultations

Abstract: Introduction: Violence against children is a public health issue that can be detected during dental consultation, since it is estimated that 65% of injuries occur on the face and neck. In Argentina, the bibliography and experiences recorded from Dentistry are scarce, so this work arises from the need to have a tool that makes the problem visible and facilitates its approach. **Objectives:** Make recommendations for detection and addressing of child abuse from dental consultation through the development of a theoretical-practical Guide. **Materials and Methods:** A bibliographic review of studies linking child abuse to dental care was conducted. Based on this, a Guide was prepared that has epidemiological information, theoretical and legal framework, and recommendations for the detection and addressing of physical abuse, sexual violence and neglect. **Results:** Pediatric dentists are uniquely positioned to detect signs of child abuse during consultations. **Conclusions:** It is crucial that healthcare professionals, including dentists, are trained to identify and act on signs of child abuse.

Key words: Child abuse, Pediatric dentistry. Child abuse, dental care.

Introdução

A violência contra as infâncias constitui um problema social e de saúde pública de grande magnitude, que precisa ser abordado por todos os serviços de saúde. No que diz respeito à atenção odontológica, é importante destacar o papel privilegiado da Odontopediatria na detecção precoce de maus-tratos e abusos, uma vez que alguns estudos sugerem que 65% das lesões se localizam na face e no pescoço¹.

É necessário que as equipes de saúde disponham de ferramentas teóricas e práticas que garantam uma abordagem oportuna e adequada dessa problemática, evitando o agravamento da situação — seja por detecção tardia ou por intervenções inadequadas.

A partir dessa necessidade, foi realizada uma extensa revisão bibliográfica, que evidenciou a escassa produção teórica existente na Argentina relacionando as violências com a atenção odontopediátrica.

Com o objetivo de organizar as informações coletadas e oferecer uma proposta de

intervenção útil, foi elaborado um Guia cujo propósito é fornecer elementos para a detecção e manejo das violências contra as infâncias.

O guia foi desenvolvido de forma interdisciplinar (envolvendo Serviço Social e Odontopediatria, com contribuições da Medicina Pediátrica e da Psicologia) e espera-se que sirva como incentivo para futuras pesquisas.

Materiais e Métodos

Foi realizada uma revisão bibliográfica virtual e em bibliotecas durante os anos de 2022 e 2023.

A busca concentrou-se em três tipos de fontes:

1. Relatórios oficiais internacionais, nacionais e locais, com estatísticas atualizadas sobre as violências contra crianças e adolescentes.
2. Manuais e livros de referência sobre o tema, com o objetivo de definir as

categorias teóricas centrais e as linhas de abordagem correspondentes.

3. Artigos odontológicos que abordavam a sensibilização sobre o problema, a partir de relatos de casos ou da sistematização de indicadores bucais associados às violências.

A revisão incluiu textos em espanhol e inglês, totalizando vinte e sete documentos, sendo a maioria proveniente da América Latina e da Espanha.

Desenvolvimento e Discussão

A revisão narrativa é apresentada sob a forma de um Guia, estruturado da seguinte maneira: na primeira seção, é oferecido um enquadramento epidemiológico e teórico; em seguida, uma segunda seção sistematiza os indicadores bucais e comportamentais que motivam a suspeita de uma situação de violência; e, por fim, uma terceira seção apresenta uma proposta de intervenção, que contempla a realização de uma avaliação preliminar para determinar as linhas de ação mais adequadas.

Este Guia foi pensado no contexto de um serviço público de saúde, e pretende ser uma ferramenta passível de adaptação conforme as características de cada país e instituição.

PRIMEIRA PARTE

Dados Epidemiológicos

As estatísticas mundiais, nacionais e locais apresentam resultados semelhantes quanto ao número de casos de violência contra as

infâncias, evidenciando a alta prevalência do problema.

Em nível mundial, o UNICEF publicou que, com base em dados de 30 países, 6 em cada 10 crianças e adolescentes estão submetidos a algum tipo de tratamento violento². A Organização Mundial da Saúde (OMS), por sua vez, informou que crianças com deficiência têm maior probabilidade de sofrer algum tipo de maus-tratos³. Da mesma forma, o UNICEF estima que, na América Latina, existam pelo menos 6 milhões de crianças severamente maltratadas, das quais 80 mil morrem anualmente em decorrência da violência². Por esse motivo, o maus-trato infantil é reconhecido pela OMS/OPAS como um problema de Saúde Pública.

Em nível nacional, na Argentina, o programa “As Vítimas Contra as Violências” do Ministério da Justiça e Direitos Humanos, com base em consultas feitas pela linha 137 e por um canal de WhatsApp entre outubro de 2020 e setembro de 2021, coletou as seguintes informações⁴:

- De um total de 15.118 consultas, com 20.520 vítimas registradas, 9.989 eram crianças e adolescentes.
- Nas consultas por violência familiar, 1 em cada 10 foi realizada por delegacias, hospitais ou outras instituições. As denúncias provenientes de hospitais representaram 0,5% dos casos de violência familiar e 0,9% de violência sexual.
- A maioria das vítimas (6 em cada 10) era do gênero feminino, e a diferença entre gêneros aumentava com a idade.
- Do total de crianças e adolescentes, 61 apresentavam deficiência, sendo quase

metade (47,6%) adolescentes do gênero feminino.

- Em relação aos agressores, em situações de violência familiar, 8 em cada 10 foram agredidos por seus pais ou mães.
- Já em situações de violência sexual, 7 em cada 10 foram violentados por alguém do convívio próximo. Entre os agressores com vínculo familiar, 4 em cada 10 vítimas foram abusadas pelo pai ou padrasto, e 3 em cada 10 pelo tio, avô e/ou irmão.

Agora, no que diz respeito à Cidade de Buenos Aires, o Conselho de Direitos de Crianças e Adolescentes da Cidade de Buenos Aires informou, em 2022, que 62% de suas intervenções corresponderam a situações de violência. Desse total: 40% referiam-se a crianças e adolescentes testemunhas de violência familiar; 31%, a maus-tratos físicos; 18%, a maus-tratos psicológicos; 7%, a negligência; e 19%, a abuso sexual⁵.

Marco teórico: aspectos gerais das violências contra crianças e adolescentes

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o maus-trato infantil como:

“... todas as formas de maus-tratos físicos e emocionais, abuso sexual, negligência ou descuido, ou exploração comercial ou de outro tipo, que causem dano real ou potencial à saúde da criança, à sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder.”⁶

Como reconhecer que estamos diante de uma situação de violência?

De acordo com essa definição, devem estar presentes pelo menos dois componentes:

1. A existência de uma relação desigual de poder (seja por idade, gênero, etnia, classe social, etc.);
2. A presença de um dano real ou potencial.

Isso significa que atos violentos nem sempre são agressivos de forma explícita, mas podem envolver mecanismos de submissão da outra pessoa.

Partindo dessa ideia, utilizamos o conceito de violência para dimensionar as relações de poder desiguais em que se inscrevem os maus-tratos, sendo o maus-trato infantil uma das suas manifestações.

Ampliando esse conceito, o maus-trato infantil inclui o que se faz (ação), o que se deixa de fazer (omissão) e o que se realiza de forma inadequada (negligência). Por isso, adotamos a definição proposta pelo médico Díaz Huertas, que o delimita como: “A ação, omissão ou tratamento negligente, não acidental, que prive a criança de seus direitos e de seu bem-estar, que ameace ou interfira em seu desenvolvimento físico, psíquico e/ou social ordenado, cujos autores podem ser pessoas, instituições ou a própria sociedade.”⁷

Atualmente, é possível identificar os seguintes tipos de violência contra as infâncias:

Maus-trato físico:

Toda ação ou omissão que cause dano físico real ou potencial em crianças e adolescentes. Inclui golpes, sacudidas, queimaduras e mordidas.

Maus-trato emocional ou psicológico:

“...ataque realizado por um adulto sobre o desenvolvimento da personalidade e da competência social da criança, mediante

um padrão de conduta psicologicamente destrutivo, que se manifesta em cinco formas: rejeitar, isolar, aterrorizar, ignorar e corromper.”⁸

Violência sexual:

A participação de crianças e adolescentes dependentes e com desenvolvimento imaturo em atividades sexuais que não compreendem plenamente, para as quais são incapazes de dar consentimento, ou que violam tabus ou papéis familiares.”⁹ Essas atividades podem envolver ou não contato físico, uma vez que a simples exposição do corpo nu (ou de partes dele) diante de uma criança ou adolescente já é considerada um ato violento.

Segundo Baita e Moreno¹⁰, as seguintes ações constituem violência sexual:

- Utilizar a criança e/ou seu corpo nu para a obtenção de material pornográfico, mesmo sem contato físico direto entre o adulto e a vítima.
- Tocar a criança nos genitais, região anal e/ou seios, por cima ou por baixo da roupa.
- Fazer com que a criança toque o adulto nessas mesmas regiões (no caso de ofensoras mulheres), por cima ou por baixo da roupa.
- Contato oral-genital do adulto na criança.
- Contato oral-genital da criança no adulto.
- Contato genital do adulto sem penetração, com fricções contra o corpo da criança ou parte dele, visando à excitação sexual ou ao orgasmo.
- Penetração vaginal e/ou anal com dedos e/ou objetos.
- Coito.

Considerações importantes sobre a violência sexual:

- A agressão pode ser intrafamiliar ou extrafamiliar, sendo a maioria dos casos no âmbito familiar.
- Uma grande parte das agressões não causa lesões físicas visíveis ou permanentes, o que torna o diagnóstico complexo.
- O silêncio é uma característica recorrente na violência sexual, pois o agressor utiliza ameaças ou coerção que dificultam o revelamento espontâneo.
- A revelação pode ocorrer de forma acidental (por meio de jogos, desenhos, ou lesões) ou intencional, através do relato verbal da criança.
- Segundo as fases descritas por Sorensen e Snow, pode haver retração do relato, o que não significa que o abuso não tenha ocorrido.
- A violência sexual é um tipo de violência, mas nem sempre ocorre de maneira violenta.
- A revelação desse tipo de situação rompe o equilíbrio familiar, gerando um momento de crise que deve ser acompanhado profissionalmente, com foco no fortalecimento do adulto protetor não-ofensor.

Abandono e negligência física

Associados às dificuldades dos cuidadores em satisfazer as necessidades básicas de

higiene, alimentação, vestuário, atenção e saúde, mesmo dispondo de meios para fazê-lo. A Lei nº 114 da Cidade de Buenos Aires¹¹ estabelece, em seu artigo 26, que a falta de recursos materiais não constitui causa para separação da criança ou adolescente de seu grupo familiar. Cabe ao Estado garantir políticas públicas que assegurem o desenvolvimento adequado tanto da criança quanto de sua família.

Alguns indicadores importantes incluem: desnutrição, falta de higiene, ausência de controles médicos periódicos, demora no atendimento de acidentes domésticos e falta de escolarização.

Síndrome de Munchausen por procuração (by proxy):

Ocorre quando uma pessoa responsável pelo cuidado da criança (geralmente a mãe, com conhecimento médico) provoca sintomas ou os simula, submetendo o menor a procedimentos diagnósticos invasivos desnecessários.¹²

Ser testemunha de violência parental:

Pesquisas demonstram que crianças e adolescentes que presenciam violência entre os pais exibem os mesmos sintomas traumáticos daqueles que sofrem maus-tratos ou abuso sexual. Além disso, internalizam padrões violentos de relacionamento, naturalizando-os como parte das interações familiares.¹³

Maus-trato pré-natal:

“...todo ato que, de forma intencional ou negligente, afete o produto da gestação em qualquer etapa de seu desenvolvimento, praticado por qualquer pessoa com influência sobre a gravidez.”¹² Isso inclui condutas da

mãe (voluntárias ou involuntárias), violência física durante a gestação, e até ausência de acompanhamento pré-natal.

Exploração sexual:

Caracteriza-se pela troca de bens ou dinheiro por favores sexuais, praticada por um adulto que se aproveita da vulnerabilidade socioafetiva da criança ou adolescente.

Exploração laboral:

Envolve atividades produtivas realizadas por crianças e adolescentes em condições de risco, sem remuneração adequada, o que geralmente impede a escolarização e compromete o desenvolvimento físico e psicológico saudável.

Grooming;

É o assédio sexual online de crianças e adolescentes por meio da internet e das redes sociais, podendo envolver o envio de fotos, vídeos ou o convite para encontros presenciais.

Maus-trato institucional:

Compreende leis, programas ou procedimentos, públicos ou privados, que – por ação ou omissão – violam os direitos básicos das crianças, com ou sem contato direto com elas. Inclui a demora na adoção de medidas de proteção por parte das instituições.¹⁵

SEGUNDA PARTE

São propostas quatro etapas de atendimento para organizar os indicadores a serem considerados na detecção da violência. É importante esclarecer que essas etapas não

são lineares, mas podem se desenvolver em diferentes etapas do atendimento.

Detecção da Violência em Cuidados Odontológicos

Primeiro Momento: Coleta da História Clínica

"Todo diagnóstico depende de uma boa história clínica, especialmente em casos de abuso infantil, pois a história pode aumentar significativamente o nível de suspeita do clínico."¹⁶

Por esse motivo, propomos as seguintes diretrizes para a coleta da história clínica¹⁴: Consignación/Actualización de datos personales del NNyA y de adulto acompañante.

- Registro/atualização das informações pessoais da criança e/ou adolescente e de qualquer adulto acompanhante.
- Coleta de um histórico médico completo da criança e/ou adolescente, incluindo o histórico médico atual e pregresso.
- Criação de um odontograma detalhado para detectar lesões atuais ou possíveis alterações na condição bucal durante o tratamento. Inclua sinais associados à mucosa e à pele.
- Coleta e registro de informações clínicas importantes, bem como quaisquer outros aspectos que possam ser de interesse. Registre quaisquer achados físicos, tipo de lesão, número, localização e tamanho, e documente-os detalhadamente por meio de diagramas ou desenhos. O histórico, acompanhado de radiologia e fotografia, auxiliará no diagnóstico correto e será uma evidência essencial para o relato dos casos.¹⁶

- Caso os cuidadores não autorizem a fotografia da criança, isso deve ser registrado no prontuário.

Segundo Momento: Exame Extraoral

- a) Observação do estado geral da criança:
- Higiene pessoal.
 - Vestuário: Usa roupas quentes em climas quentes?
 - Humor: Retraimento, excitação, medo, mudança repentina de comportamento ao longo do tempo.
 - Comportamento: Imitações de movimento ou ao tentar sentar?
 - Acompanhante: Parentesco, forma de se relacionar com a criança, explicação dada sobre a solicitação de atendimento. Houve atraso na solicitação de atendimento? (Pronto-Socorro)
- b) Em seguida, prossiga para o exame da cabeça, face, pescoço, orelhas e pele.

Abaixo (Quadro 1) está uma descrição das lesões que podem ser encontradas fora da cavidade oral.

Terceiro momento: Exame intraoral

Após o exame externo, inspecione toda a cavidade oral. A Tabela 2 apresenta lesões que podem ser indicadores de negligência, agressão sexual ou abuso físico.

É importante destacar que, para confirmar a suspeita de qualquer um desses tipos de maus-tratos, devem ser realizados exames complementares e uma avaliação preliminar por meio de entrevistas que

Quadro 1. Descrição das lesões que podem ser encontradas fora da cavidade bucal

Lesão	Manifestações
Hematoma, contusões	Geralmente localizados em áreas não proeminentes, como orelhas e bochechas.
Queimadura	Marcas delimitadas de queimadura, seja pela forma do cigarro ou por imersão em líquido quente.
Amordaçamento	Marcas adjacentes à boca (hematoma peribucal).
Golpe	Fraturas múltiplas; lesões com o formato do objeto ou instrumento que produziu o impacto; linhas paralelas compatíveis com cinto ou fio elétrico.
Amarração / estrangulamento	Marcas de laços ou linhas paralelas resultantes de amarração, localizadas ao redor dos punhos, tornozelos ou pescoço.
Puxões de cabelo / alopecia	Presença de petéquias no couro cabeludo ou dor à palpação nessa região.
Mordedura	Padrão elíptico ou ovóide na pele, diferente das mordidas de animais, cuja arcada é triangular. É possível distinguir uma mordida infantil de uma adulta pelo tamanho da arcada. A distância intercanina normal varia de 2,5 a 4 cm. As marcas dos caninos são as mais notáveis e profundas da mordida. Distâncias intercaninas menores que 2,5 cm sugerem mordidas produzidas por crianças, com área central de equimose causada por dois possíveis mecanismos: ruptura de pequenos vasos devido à pressão positiva no fechamento ou pressão negativa causada pela sucção e pressão da língua (American Board of Forensic Odontology, março de 2015).
Lesões oculares	Hemorragia na esclera: pequeno sangramento visível na esclera do olho. Ptose palpebral: queda da pálpebra superior, cobrindo total ou parcialmente o olho.

Fontes utilizadas para a elaboração do quadro: Dubowitz e Lane S/R⁹; Morales Chávez, 2008¹; American Board of Forensic Odontology, março de 2015¹⁷.

contextualizem os indicadores observados. Ou seja, a maioria desses indicadores é inespecífica e não pode ser considerada de forma isolada.

Recomenda-se observar a evolução das lesões ao longo do tempo, a fim de incluí-la como um indicador adicional no processo de avaliação.

Quarto Momento: Escuta ativa – Observação de indicadores comportamentais

Durante o atendimento, o(a) profissional pode observar aspectos comportamentais da criança ou do adolescente que também

devem ser considerados como possíveis manifestações de algum tipo de violência.

Os relatos do paciente e do adulto acompanhante são importantes para detectar incongruências nas explicações sobre os fatos, além de fornecer informações relevantes para a avaliação preliminar.

É importante reiterar que os indicadores emocionais e comportamentais são razão suficiente para iniciar uma avaliação, mas não implicam necessariamente a existência de uma situação de maus-tratos. Para isso, devem ser considerados a frequência das

Quadro 2. Lesões que são possíveis indicadores de negligência, agressão sexual ou maus-tratos físicos

VIOLÊNCIA SEXUAL
INFEÇÃO
HPV (VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO)
Infecção viral de transmissão sexual ou durante o parto. O diagnóstico pode ser feito por meio da observação de lesões papilomatosas, verrugosas e hiperplásicas que afetam a pele e as mucosas. Diante da ampla variedade de tipos de HPV, é necessário realizar exames complementares para determinar o subtipo viral. Transmite-se por contato direto, relações orogenitais e autoinoculação. As formas de transmissão em crianças são controversas, sendo o contato direto e a transmissão pré-natal ou no parto as mais prováveis. A presença de HPV indica probabilidade de violência sexual.
GONORREIA
Infecção bacteriana de transmissão sexual. Os sintomas orais costumam incluir dor ou ardor na garganta, podendo estar acompanhados de adenopatia, amigdalite, lesões orais ou periorais e/ou pontos brancos na mucosa. O diagnóstico é confirmado por exame de urina e/ou amostra da área afetada. Se confirmado, há alta suspeita de violência sexual.
SÍFILIS
Infecção bacteriana de transmissão sexual ou congênita. Na fase primária, pode-se observar uma pápula ulcerada indolor na boca ou genitais (cancro sífilítico). Podem surgir lesões orais, condilomas planos e manchas mucosas. O diagnóstico é feito por teste sorológico (VDRL) e confirmado com testes treponêmicos (FTA-Abs ou outros). Se descartada a transmissão congênita, há suspeita de violência sexual.
HERPES SIMPLES TIPO 1 E TIPO 2
Infecção viral de transmissão sexual ou por autoinoculação. O tipo 1 produz aftas na boca, face e mãos, podendo causar vulvovaginite por autoinoculação. O tipo 2 está associado à transmissão sexual. Para confirmar o diagnóstico e o tipo de herpes, deve-se realizar cultura com tipificação viral. Essa infecção é o indicador mais inespecífico de suspeita de violência sexual.
VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)
Infecção viral de transmissão sexual, sanguínea ou vertical (durante a gestação, parto ou lactação). As lesões orais costumam ser recorrentes e podem incluir xerostomia, gengivite, periodontite, aftas, verrugas orais, candidíase, leucoplasia e sarcoma de Kaposi. O diagnóstico é realizado por teste sorológico. A detecção de HIV adquirido deve levantar suspeita de violência sexual. Infecção viral de transmissão sexual, sanguínea ou vertical durante el embarazo, parto o lactancia.
MAUS-TRATOS FÍSICOS
Queimaduras: Lesões na língua e mucosa causadas pela ingestão forçada de alimentos quentes ou substâncias cáusticas. Traumatismos: Um dos indicadores mais específicos de suspeita de maus-tratos físicos: <ul style="list-style-type: none">- Luxações laterais, fraturas ou deslocamentos de incisivos superiores com marcas na parte interna dos lábios- Avulsões dentárias por golpes.- Ruptura do freio lingual (também indicador de agressão sexual);- Ruptura do freio labial superior ao tapar bruscamente a boca da criança enquanto chora, geralmente acompanhada de hematoma peribucal- Dentes fraturados, deslocados ou desvitalizados- Alterações nas oclusões estéticas e dinâmicas que indiquem possível fratura óssea de maxila ou mandíbula, com mudanças de coloração- Em radiografias: fraturas radiculares anteriores, rarefações periapicais e obliterações pulpareas. Lacerações: Resultantes da introdução forçada de objetos como talheres ou chupetas.
NEGLIGÊNCIA
Demora na busca de atendimento após acidentes domésticos Interrupção constante do tratamento odontológico sem justificativa de força maior; Ausência de escolarização Falta de controles regulares de saúde Situações que provoquem dano severo ou coloquem em risco o desenvolvimento da criança ou adolescente.

Fontes utilizadas para a elaboração do quadro: Morales Chaves, M., 2008¹; Molina Gomez, A., 2009¹⁸; Indart, J, 2009¹²; Syrjänen S., 2010¹⁹; Gavillon N, et al., 2010²⁰; Castellsagué X, et al., 2009²¹, Gamboa M., Guerra ME, 2013²², Jonathan Hr, et al, 2012²³

manifestações, o contexto em que ocorrem (como, onde e com quem), e o potencial risco que representam.

Possibilidade nº 1

A criança ou o adolescente pode apresentar os seguintes comportamentos (ver Quadro 3). Essa sintomatologia pode ser relatada pelo próprio paciente, por sua família ou responsável.

É importante, em um primeiro momento, investigar qual explicação é dada tanto pela criança/adolescente quanto pela família a respeito desses comportamentos, evitando perguntas fechadas (de respostas “sim” ou “não”) e sem emitir juízos de valor sobre o que foi relatado.

Possibilidade nº 2

A família observa que a criança ou o adolescente apresenta comportamentos sexualizados e isso chama sua atenção.

Esses comportamentos devem ser avaliados por uma equipe interdisciplinar composta por Pediatria, Psicologia e Serviço Social, uma vez que podem estar relacionados à etapa de desenvolvimento ou à maturação infantil.

Também é necessário considerar crianças e adolescentes com deficiência, pois podem apresentar comportamentos de autoestimulação sexual associados a fatores desinibitórios próprios da deficiência.

No entanto, é fundamental não perder de vista que a deficiência constitui um fator de vulnerabilidade frente a possíveis situações de maus-tratos.

Por isso, diante da dificuldade que algumas crianças ou adolescentes com deficiência têm em relatar abusos sofridos, recomenda-se atenção especial a mudanças de comportamento ou a alterações emocionais observadas ao longo do tempo.

Possibilidade nº 3: Relato da criança ou do adolescente.

Este é o principal indicador diante de situações de maus-tratos.

Por isso, estabelecer um vínculo de confiança entre o(a) profissional e a criança/adolescente é essencial para favorecer um ambiente que estimule a revelação do ocorrido.

Quadro 3. Indicadores comportamentais

Faixa etária	Indicadores comportamentais
Idade pré-escolar	Ansiedade, pesadelos, oscilações entre comportamento retraído e muito impulsivo, medo, agressividade, depressão, enurese/encoprese, transtorno de estresse pós-traumático.
Idade escolar	Pesadelos, medos, queixas somáticas, hiperatividade, baixo rendimento escolar, comportamentos regressivos, transtorno de estresse pós-traumático.
Adolescência	Fugas de casa, uso de substâncias, abuso de álcool, ideação suicida, tentativas de suicídio, automutilação, comportamentos autoagressivos, queixas somáticas, condutas antissociais, promiscuidade/prostituição, transtorno de estresse pós-traumático.

Quadro extraído de Baita y Moreno, 2015; p.80¹⁰

Dentro dessa possibilidade, pode ocorrer de o paciente ter relatado uma situação de violência a um familiar ou responsável, sendo este último quem comunica o fato ao profissional.

A primeira intervenção diante do relato (*e antes da avaliação preliminar*) deve ter como eixo orientador as seguintes condutas:

- Não questionar a validade do relato. Acredite.
- Ouvir. Não bombardear com perguntas.
- Registrar no prontuário odontológico as palavras exatas da criança/adolescente ou do acompanhante.
- Não fazer promessas que não possam ser cumpridas.
- Valorizar o fato de a criança/adolescente ter se encorajado a contar o que está vivenciando.
- De acordo com a idade, explicar que é necessário agir para evitar que o mau-trato se repita, transmitindo tranquilidade.
- Não confrontar o relato da criança/adolescente com o agressor.
- Investigar se a pessoa agressora convive com a criança/adolescente.

A postura do odontopediatra durante a entrevista deve ser sempre de escuta ativa, tanto com o adulto quanto com a criança ou adolescente.

Recomenda-se garantir um ambiente de privacidade, usar uma linguagem compreensível ao fornecer informações, adotar tom de voz suave e cordial, ouvir

atentamente as explicações e evitar qualquer atitude de confronto, julgamento ou punição.

Durante a entrevista com a criança/adolescente, devem ser feitas perguntas abertas, sem insistir quando o(a) paciente não quiser responder.

É fundamental não confrontar o relato da criança/adolescente com o possível agressor, pois isso pode agravar a situação de violência, especialmente se ainda não houver uma medida de proteção estabelecida.

TERCEIRA PARTE

Nesta seção, são apresentadas recomendações para a realização da avaliação de risco, a qual determinará as estratégias de intervenção a serem implementadas.

Ao final deste artigo, será incluída, como Anexo, uma proposta de prontuário clínico, que sintetiza essas diretrizes e permite registrar as informações observadas e as intervenções realizadas.

Avaliação preliminar

Considerando as limitações institucionais dos hospitais odontológicos monovalentes (por exemplo, a ausência de plantão de saúde mental e de recursos de internação), propõe-se a realização de uma avaliação preliminar diante de qualquer suspeita de maus-tratos.

O objetivo dessa avaliação é determinar o nível de risco da situação e definir as abordagens possíveis.

Essa avaliação preliminar pode ser realizada de forma interdisciplinar, envolvendo os Serviços de Pediatria/Medicina, Psicologia e Serviço Social, a partir dos indicadores observados.

Qualquer odontopediatra que tenha dúvidas sobre o que foi observado ou relatado, ou que apresente uma suspeita a ser investigada, pode acionar um desses serviços para definir:

- Se será realizada entrevista com a família – quando e de que maneira;
- Se será realizada entrevista com a criança/adolescente – quem a conduzirá e quando ocorrerá.
- É necessária consulta com a Pediatria?
- São necessários exames complementares para confirmar algum tipo de diagnóstico?

Quando a criança ou adolescente já tiver feito uma revelação anterior à avaliação, a principal fonte de informação complementar será o adulto que ouviu esse primeiro relato. Nesse caso, o entrevistador deverá investigar:

- O que a criança/adolescente disse?
- Em que momento e em que circunstância isso ocorreu?
- Qual foi a reação do adulto que escutou o relato?
- Qual foi a contrarreação da criança/adolescente (ou seja, a reação diante da resposta do adulto)?

- Houve outros relatos posteriores? Em caso afirmativo, foram espontâneos ou motivados por perguntas feitas pelo adulto?
- A criança/adolescente falou ou mostrou algo a outras pessoas (babá, avós, etc.)? Nesse caso, pode ser útil entrar em contato direto com essas outras pessoas.

Avaliação de risco

Neste momento, busca-se determinar o grau de risco da situação com base nos indicadores observados e nas entrevistas realizadas.

Para isso, utilizam-se os indicadores sugeridos pelas Guias elaboradas pelo UNICEF e pelo Ministério da Educação da Argentina, publicadas em 2011 (Maus-tratos Infantis²⁴) e 2013 (Abuso Sexual²⁵).

A presença da maioria desses indicadores determina um RISCO ALTO, sendo necessário agir rapidamente para proteger a criança ou adolescente.

Intervenção diante de situação de Alto Risco: Proteção Da Criança/Adolescente

Se for determinado que o risco é alto, a criança ou adolescente não poderá deixar o hospital, centro de saúde ou consultório particular até que seja traçada uma estratégia de intervenção em conjunto com a Guarda do Órgão de Proteção de Direitos.

Isso estará sujeito ao marco legislativo de cada país, que define qual órgão de proteção de direitos deve intervir e de que maneira.

Quadro 4. Avaliação de risco – Indicadores sugeridos

Maus-trato infantil	Violência sexual
<ul style="list-style-type: none"> • Gravidade das lesões, que colocam ou podem ter colocado em risco a vida da criança/adolescente; 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual intrafamiliar;
<ul style="list-style-type: none"> • Lesões provocadas em crianças menores de três anos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Cronicidade e frequência do abuso;
<ul style="list-style-type: none"> • Crianças/adolescentes em situação de abandono, sem adultos de referência que as protejam; 	<ul style="list-style-type: none"> • Grau de acesso do agressor à criança/adolescente;
<ul style="list-style-type: none"> • Cronicidade do mau-trato e/ou da negligência; 	<ul style="list-style-type: none"> • Condições e características em que se encontra a vítima;
<ul style="list-style-type: none"> • Características que tornam a vítima mais vulnerável (como doença crônica, dificuldades motoras, deficiência intelectual, entre outras); 	<ul style="list-style-type: none"> • Relação entre o agressor e a vítima;
<ul style="list-style-type: none"> • Pais ou cuidadores com características que reduzem sua capacidade de proteção (como estrutura psicótica, dependência química ou alcoolismo) e sem rede de apoio familiar ampliada 	<ul style="list-style-type: none"> • Características dos pais ou principais cuidadores;
<ul style="list-style-type: none"> • padres que tienen rasgos que reducen sus posibilidades de protegerlos adecuadamente (como estructura psicótica, drogodependencia, alcoholismo) y sin red familiar ampliada de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Condições do ambiente familiar da criança/adolescente.

Na Argentina, contam-se com o Conselho de Direitos das Crianças e Adolescentes para a Cidade Autônoma de Buenos Aires, e com os Serviços Locais nas demais províncias.

A estratégia de intervenção dependerá da situação de saúde e segurança da criança/adolescente:

- Se houver fortes razões para suspeitar de violação ocorrida nas últimas 72 horas, deve-se assegurar atendimento imediato para prevenir gravidez indesejada e transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Na Argentina, existe o “Protocolo para a Atenção Integral de Vítimas de Violência Sexual”²⁶ (Ministério da Saúde da Nação Argentina, 2015); por isso, recomenda-se realizar encaminhamento à emergência de um hospital pediátrico, por meio de transporte de urgência (SAME, na Argentina) ou acompanhada de um adulto protetor.
- Se forem observados danos físicos que requeiram tratamento urgente ou uma

avaliação médica mais aprofundada, deve-se realizar encaminhamento de urgência (SAME, na Argentina) para a emergência do hospital pediátrico mais próximo.

- Se o adulto agressor for o acompanhante da criança/adolescente na consulta, deve-se explicar que o paciente não poderá sair do hospital ou centro de saúde até que o Órgão de Proteção de Direitos determine a modalidade de alta. A criança/adolescente não deve permanecer no mesmo espaço físico que o adulto agressor durante a espera por essa decisão.

É de vital importância que consultórios particulares contem com uma rede de referência em serviços públicos de saúde para consultar ou encaminhar quando necessário.

A particularidade do atendimento privado representa um desafio adicional, exigindo articulações cuidadosas que garantam às infâncias um processo de intervenção oportuno e protetivo.

IMPORTANTE: Acionar a Guarda do Órgão de Proteção de Direitos permite definir a melhor estratégia de resguardo da criança/adolescente em situação de urgência. Isso pode envolver a necessidade de registrar denúncia em uma delegacia ou chamar as forças de segurança ao estabelecimento.

Intervenção diante de situações de Baixo/Moderado Risco: Modificação Da Situação

As situações de baixo risco apresentam uma ampla variedade de opções de intervenção, que devem contemplar a articulação intersetorial com o objetivo de cessar os maus-tratos e reparar os danos ocasionados.

Recomenda-se que profissionais de Psicologia e Serviço Social realizem o acompanhamento contínuo da situação, em coordenação com o Órgão de Proteção de Direitos correspondente à localidade de residência da criança ou adolescente.

Conclusão

O odontopediatra desempenha um papel fundamental na detecção, intervenção e apoio a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. Sua formação clínica e a relação de confiança estabelecida com os pacientes o tornam um ator-chave na proteção e promoção do bem-estar infantil diante de situações de abuso.

Este trabalho propõe que, ao integrar a odontologia no enfoque multidisciplinar do atendimento à violência infantil, fortalece-se a capacidade de resposta do sistema de saúde e fomenta-se um ambiente mais seguro para as infâncias.

Conflitos de Interesse e Financiamento

Não existem conflitos de interesse na realização deste artigo, uma vez que a Guia foi aprovada pelo Comitê de Ensino e Pesquisa e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Odontologia Infantil Don Benito Quinquela Martín, além de ter sido revisada por especialistas na temática das violências, que contribuíram com recomendações e sugestões para o aprimoramento do estudo. A revisão narrativa não contou com financiamento de qualquer natureza.

Abreviaturas e Símbolos

NNyA: crianças e adolescentes

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

OMS: Organização Mundial da Saúde

Etc.: etcetera

Agradecimentos

Agradecemos às pessoas que contribuíram para a redação e revisão deste documento: Jorge Garaventa, Psicólogo formado pela Universidade de Buenos Aires. Diplomado em Prevenção e Assistência à Violência pela Universidade Blas Pascal de Córdoba. Juan Pablo Mouesca, Médico Pediatra. Chefe da Unidade de Violência Familiar do Hospital Elizalde. Sandra Bruno, Médica Pediatra do Hospital de Odontologia Infantil Don Benito Quinquela Martín. Mariana Armada, Odontopediatra. Chefe do Serviço de Pacientes Especiais do Hospital de Odontologia Infantil Don Benito Quinquela Martín. Gabriela Scagnet, Doutora em Odontologia. Diretora do Hospital de Odontologia Infantil Don Benito Quinquela Martín.

Referências bibliográficas

1. Morales Chavez, M. Rol del odontopediatra en el diagnóstico de maltrato infantil. *Revista Acta Odontológica Venezolana*. 2009; 47 (3), art. 25, Pp 131-139. [Consultado 8-11-2016]
2. Informe UNICEF. Una situación habitual: Violencia en la vida de los niños y adolescentes. UNICEF; 2017.
3. Berástegui Pedro-Viejo A, Gómez-Bengochea B. Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. *Interv Psicosoc*. 2006;15(3):293-306.
4. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Argentina y UNICEF. Un análisis de los datos del Programa "Las Víctimas Contra Las Violencias" 2021 - 2021. 2021
5. Observatorio SIPROID. Anuario Estadístico del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. 2021
6. Olmedo, María Laura. Participación del odontopediatra en la detección del maltrato infantil y en el seguimiento de víctimas de este problema. S/R. Disponible en: <https://www.cosucoba.org.ar/wp-content/uploads/2021/02/226169-Participaci%C3%B3n-del-odontopediatra-en-la-detecci%C3%B3n-de-maltrato-infantil-y-en-el-seguimiento-de-pacientes-v%C3%ADctimas-de-este-problema.pdf>
7. Boj JR, Catalá M, Garcia-Ballesta C, Mendoza A. *Odontopediatría*. Barcelona: Masson; 2005.
8. Garrote N. Abandono físico y negligencia. *Maltrato infantil: Aportes para su detección, abordaje y prevención*. Buenos Aires: Journal Ediciones; 2018.
9. Dubowitz H, Lane W. Malos tratos y abandono en la infancia. En: Mc Inerny. *Tratado de Pediatría. Tratado de Pediatría*. Ed Panamericana. 2011.
10. Baita S, Moreno P. Abuso sexual infantil: Cuestiones relevantes para su tratamiento en justicia. *Unicef Uruguay*; 2015.
11. Ley 114 de Protección Integral de Derechos de niños, niñas y adolescentes, CABA, 1998
12. Indart de Arza MJ. *Maltrato infantil: Aportes para su detección, abordaje y prevención*. Buenos Aires: Journal Ediciones; 2018.
13. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. USA. 2023
14. Morante-Sánchez CA, Kanashiro-Irakawa CA. El odontólogo frente al maltrato infantil. *Rev Estomatol Herediana*. 2009; 19(1): 50-54.
15. Aranda N, et al. Introducción a la problemática del maltrato hacia los niños. UBA; 2011.
16. Amarilla G, Derlys F. Rol del odontólogo en la detección del maltrato infantil F.. 2022. *Rev Acad Scientia Oral Salutem*. 2022;3(1):73-8.
17. American Board of Forensic Odontology. Diplomates reference manual. Sección III: Políticas, procedures guidelines & standards. March 2015.
18. Molina Gomez, A. Maltrato Infantil. La importancia de su diagnóstico en Odontología. *Revista Gaceta Dental*. 2009. Disponible en: <https://gacetadental.com/2009/05/maltrato-infantil-la-importancia-de-su-diagnostico-en-odontologa-30982/>
19. Syrjänen S. Current concepts on human papillomavirus infections in children. *APMIS*. 2010; 118(6-7):494-509.
20. Gavillon N, Vervaet H, Derniaux E, Terrosi P, Graesslin O, Quereux C. How did I contract human Papillomavirus (HPV)? *Gynecol Obstet Fertil*. 2010;38(3):199-204.
21. Castellsagué X, Drudis T, Cañadas MP, Goncè A, Ros R, Pérez JM, et al. Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres embarazadas y la transmisión de madre a hijo del genotipo del VPH genital: un estudio prospectivo en España. *BMC Infect Dis*. 2009;9:74.
22. Gamboa G. Manifestaciones bucales del maltrato físico: Reporte de un caso. *Rev Odontopediatr Latinoam*. 2013;3(2):101-10.
23. Jonathan HR, Rebolledo Cobos M, Fortich Mesa N. Papiloma bucal en pacientes pediátricos: Potencial Transmisión Materna. *Rev Clin Med Fam*. 2012;5(1):46-50.
24. UNICEF y Ministerio de Educación de la Nación Argentina. Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la Escuela ante el Maltrato a la Infancia y la Adolescencia. Guía Conceptual. *Maltrato Infantil*. 2011
25. UNICEF y Ministerio de Educación de la Nación Argentina. Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la Escuela ante el Maltrato a la Infancia y la Adolescencia. Guía Conceptual. *Abuso sexual*. 2013
26. Ministerio de salud de Nación. Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud. 2014

Recibido 27/09/2024

Aceptado 06/07/2025

Correspondencia: Jorgelina Valente, correo: jorvma@hotmail.com