

Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL

ISSN 2359-3466

<http://www.portalabol.com.br/rbol>



Odontologia Legal

VIOLENCIA INFANTIL E A RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL DO CIRURGIÃO-DENTISTA – REVISÃO DE LITERATURA.

Child violence and professional liability of the dentist – a review.

Camila Espinosa de SOUZA¹, Ívia Fernanda Mendes de Moraes RODRIGUES¹, Keli Bahia Felicíssimo ZOCRATTO², Camilla Aparecida Silva de OLIVEIRA³.

1. Aluna do Curso de Graduação do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte (MG), Brasil.

2. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da UFMG. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFMG - Curso de Gestão de Serviços de Saúde, Belo Horizonte (MG), Brasil.

3. Mestre em Saúde Coletiva pela FO-UFMG. Professora do Curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte (MG), Brasil.

Informação sobre o artigo

Recebido em: 08 Jul 2016

Aceito em: 03 Ago 2016

Autor para correspondência

Camilla Aparecida Silva de Oliveira.

Rua Santa Luzia, 640 BL. 06, Ap. 402, Centro, Santa Luzia (MG), Brasil. CEP: 33010-500.

E-mail: camillaaparecidasol@gmail.com.

RESUMO

Introdução: A violência é uma das grandes causas de morbidade/mortalidade nas cidades brasileiras, sendo considerado um problema de saúde pública. A negligência e o abuso físico são os principais tipos de violência que acometem as crianças e adolescentes. As lesões originadas dos traumas físicos acometem principalmente a região da cabeça e do pescoço, fato qual coloca o cirurgião-dentista em uma posição estratégica para identificação e notificação dos casos de abuso físico. Porém, muitos profissionais consideram-se despreparados ao se deparar com essa situação, principalmente pelo fato do tema ser pouco abordado na graduação. Objetivo: Descrever, por meio de uma revisão de literatura, os tipos de maus-tratos que podem acometer as crianças, os principais aspectos orofaciais que podem ser identificados e a conduta que o profissional deveria adotar mediante essa situação. Considerações Finais: Os tipos de violência que mais acometem as crianças são a negligência e o abuso físico. Dentre as lesões causadas por negligência, o cirurgião-dentista pode identificar casos de cárie dental - envolvendo sofrimento e dor, bem como o abandono ao tratamento. Já entre as lesões físicas, pode identificar lesões bucais de tecido mole e duro. Mediante essas situações, o profissional deve notificar o acontecimento a órgãos competentes, como o Conselho Tutelar.

PALAVRAS-CHAVE

Odontologia legal; Maus-tratos infantis; Responsabilidade legal.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência como o uso intencional de força física ou poder, que pode ser real ou em forma de ameaça; contra si próprio, contra outra pessoa,

grupos ou comunidades, com possibilidade de ocasionar lesões, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação¹.

A violência é uma das grandes causas de morbidade/mortalidade nas

idades brasileiras, sendo considerada a primeira causa externa responsável pelos óbitos na faixa-etária de 0 a 19 anos². Segundo Rates *et al.* (2015)³, no ano de 2011, foram notificados no Brasil, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 17.900 casos de violência contra crianças menores de 9 anos. A alta incidência e o impacto da violência na vida dos indivíduos e da coletividade fizeram que essa questão se tornasse um problema de saúde pública²⁻⁴.

Os atos de violência podem ser classificados de acordo com a natureza das agressões, sendo consideradas como física, sexual, psicológica, negligência ou privação^{2,5,6}. Segundo Garbin *et al.* (2012)², os adolescentes relatam sofrer pelo menos um dos tipos de violência durante a infância, sendo predominante a negligência, seguida da violência física³.

Dentre as injúrias que mais acometem as crianças estão as lesões faciais (região da cabeça e do pescoço) associadas aos maus-tratos, com graves consequências psicológicas e físicas. Destacam-se dentre as lesões orofaciais, as contusões, o desvio da abertura bucal, as lacerações, as queimaduras provocadas por alimentos quentes ou utensílios domésticos, as equimoses nas bochechas sugerindo agressão por socos ou tapas, bem como a presença de escaras no canto da boca devido amordaçamento^{3,7}.

Como visto, várias lesões podem acometer a face, a boca e a cabeça, colocando o cirurgião-dentista em posição estratégica para identificação dos casos e sua notificação compulsória, colaborando para uma melhor assistência e proteção da

vítima^{3-5,7-9}. No entanto, Moreira *et al.* (2005)¹⁰, apontaram que a maior parte dos cirurgiões-dentistas atuantes na atenção básica não é capaz de identificar situações de maus-tratos em crianças e adolescentes. Acredita-se que essa conduta pode estar atrelada ao fato desse tema ser pouco abordado nos cursos de graduação de Odontologia. Matos *et al.* (2013)⁵ demonstraram que o tema maus-tratos à criança é abordado somente na disciplina de Odontologia Legal e que parte dos cirurgiões-dentistas relatou não ter estudado esse tema durante a graduação.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de ampliar as discussões sobre violência e de sistematizar bases científicas que contribuam com a educação permanente profissional, para que as mesmas atuem como instrumento transformador das demandas sociais que surgem nos cenários da saúde¹⁰. Por esse motivo, o presente artigo teve como objetivo descrever os tipos de maus-tratos que podem acometer as crianças, os principais aspectos orofaciais que podem ser identificados e a conduta do profissional mediante essa situação.

REVISÃO DA LITERATURA

TIPOS DE MAUS-TRATOS INFANTIS

Violência física

A violência física tem sido relatada como uma prática usual no ambiente familiar. Para o cuidador/agressor essa prática é utilizada no intuito de educar as crianças¹¹ e, geralmente, acontece por descontrole emocional, dificuldades sociais nas relações com os familiares e com a criança ou por culpabilizar a criança pelos

seus problemas¹². As separações familiares (divórcios, falecimento, reclusão), desordens psicológicas (problemas médicos) e os aspectos sociais (pobreza, vícios, crueldade familiar) também têm sido apontados como fatores de risco para o abuso físico infantil e o aparecimento de lesões orofaciais¹³. Segundo o Ministério da Saúde⁶, os principais agressores das crianças são os familiares e cuidadores, fato corroborado pelos estudos de Pascolat *et al.* (2001)¹⁴ e de Nilchian *et al.* (2012)¹³, que identificaram os pais como os principais agressores.

É caracterizada pelo uso intencional de força física com o objetivo de ferir a criança ou o adolescente, podendo ocasionar lesões corporais. As lesões podem ser pequenas e/ou moderadas, como por exemplo, cicatrizes, pequenas queimaduras, fraturas simples; ou graves, como grandes queimaduras ou fraturas múltiplas¹⁵. As agressões podem ser socos, pontapés, bofetões, tapas ou qualquer outro gesto⁶.

Violência psicológica

A violência psicológica é toda ação ou omissão que tem como intuito causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento dos indivíduos. Pode ser exemplificada por insultos constantes, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento de amigos e familiares, ridicularização, manipulação afetiva, exploração, ameaças, privação arbitrária da liberdade, confinamento doméstico, omissão de carinho, negar atenção e supervisão, entre outros^{6,16}.

Violência sexual

A violência sexual envolve o ato de uma pessoa em relação de poder, por meio da força física ou intimidação psicológica, obrigar outra ao intercursos sexual contra a sua vontade^{6,16,17}. Essa agressão pode ocorrer em diversas situações: abuso incestuoso, atentado violento ao pudor, estupro, assédio sexual, exploração sexual, pornografia infantil, pedofilia e voyeurismo^{6,16}.

Negligência ou Privação

A negligência implica em atos de omissão do responsável em prover os cuidados básicos para o desenvolvimento da criança e do adolescente, colocando-os em risco devido a não supervisão adequada, e não estando física e emocionalmente disponível para tais sujeitos. Para haver negligência, são necessários dois aspectos: a cronicidade do fato e a omissão em atender alguma necessidade básica do menor. Alguns exemplos: privação de higiene, de medicamentos, de cuidados necessários à saúde (não cumprimento do calendário de vacinação, não seguimento das prescrições médicas, por exemplo), vestimenta não adequada ao clima, cárie de mamadeira, não participação dos pais nas tarefas escolares, abandono, supressão alimentar^{9,15,18}. O abandono também é uma forma de negligência, considerada extrema¹⁶.

INDICADORES DE ABUSO: COMO IDENTIFICAR?

Os profissionais de saúde podem ser os primeiros a detectar e denunciar os

casos de maus-tratos¹¹. A presença de sinais, sintomas ou mudanças de comportamento que façam suspeitar da existência de uma situação abusiva ou que colocam a criança em uma situação de risco são consideradas indicadores de abuso físico e requerem aprofundamento do caso¹⁹. Sabe-se que não existem sinais patognomônicos ou exclusivos para o diagnóstico diferencial com ferimentos não ocasionados pela violência^{20,21}.

A discrepância entre os achados clínicos e a história relatada pelo responsável e pela criança é uma característica importante para identificar o abuso físico infantil. Dessa maneira, quando possível, a criança deve ser separada dos pais e, posteriormente, estes devem ser questionados sobre a ocorrência dos fatos²⁰. O comportamento das crianças e dos responsáveis também deve ser observado, uma vez que elas podem pedir socorro não somente pela linguagem verbal, mas também corporal. As crianças, quando violentadas, tendem a apresentar comportamento indiferente ao serem separadas dos pais, podem apresentar agressivas, com frequentes e graves mudanças de humor e muitas vezes, sentem desconforto ao contato físico. Comportamento de excessiva submissão, timidez, passividade, olhar vigilante e apreensão frente ao choro de outra criança também são indicadores de possível agressão. Já os pais, quando agressores, tendem a apresentar-se retraídos^{17,20}.

Os ferimentos orofaciais devidos ao abuso físico podem afetar lábios, boca, dentes, maxila ou mandíbula. Nos lábios e boca podem ser identificados hematomas,

lacerações, cicatrizes persistentes, queimaduras, equimose, arranhões ou cicatrizes nas comissuras labiais que podem ser indicativos de mordida. A ruptura do freio labial maxilar pode ser um indicativo de que a criança foi abusada gravemente. Nos dentes, podem-se identificar fraturas, deslocamento, dentes com mobilidade ou avulsionados, raízes residuais múltiplas sem história plausível para esclarecer os ferimentos. Na maxila e mandíbula, sinais de fraturas no côndilo, ramos, sínfise, assim como presença de má oclusão incomum, podem estar associadas ao trauma atual ou a história de um trauma^{20,22,23}.

Durante o atendimento da criança também podem ser identificadas lesões ocasionadas por negligência, tais como feridas persistentes, não curadas ou infectadas sugerindo cuidado inadequado, alterações sensoriais, bem como a falta de cuidados médicos de rotina²¹. Especificamente na região da boca, podem ser encontradas lesões de cárie rampante visualmente não tratadas, sintomatologia dolorosa sem busca por tratamento, infecções, sangramentos ou traumas na região orofacial e a falta de continuidade do tratamento após identificação da patologia²⁰. Nesse sentido, na análise e definição das lesões relacionadas à negligência, deve-se considerar a influência dos determinantes sociais, uma vez que lesões ocasionadas por falta de condições financeiras, impostas pela extrema pobreza e dificuldade de obter acesso ao serviço de saúde não se enquadram nesse critério^{21,24}.

Indícios de abuso sexual também podem ser identificados pelo cirurgião-dentista. Apesar dos sinais clínicos serem

raros, eritemas ou petéquias no palato, de origem inexplicável, podem ser identificadas e indicativas de sexo oral forçado. A presença de doenças como gonorreia ou sífilis na região oral ou perioral em crianças, na pré-puberdade, são sinais patognômicos de abuso sexual. Marcas de mordidas também devem ser consideradas e avaliadas, principalmente se associadas a equimoses, abrasões ou lacerações com forma elíptica ou padrão ovóide^{9,22,24,25}.

MEDIDAS ÉTICAS E LEGAIS NO BRASIL

Frente a qualquer situação suspeita ou confirmada de abuso infantil, o profissional de saúde deverá, inicialmente, realizar o atendimento emergencial dentro de sua competência e, em seguida, notificar o caso aos órgãos competentes¹⁵, considerando a legislação vigente.

Lei 8.069 de 13 de julho de 1990: Estatuto da Criança e do Adolescente

O artigo 13 explicita que “os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”²⁶.

Já o artigo 245 informa que nos casos do médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, deixar de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança

ou adolescente, o mesmo estará cometendo uma infração administrativa, podendo sofrer sanções e receber como pena, multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência²⁶.

Ministério da Saúde

Desde 1990, o setor da saúde recebeu um mandato social especial no Estatuto da Criança e do Adolescente, para atuar nos diagnósticos de maus-tratos e notificá-los¹⁶. Em consonância com essa lei, a notificação compulsória de um ato de violência é obrigatória e está prevista na Portaria MS/GM nº204, de 17 de fevereiro de 2016 do Ministério da Saúde²⁷.

Trata-se de uma ferramenta utilizada na vigilância epidemiológica em saúde que, mediante um sistema de registros, favorece o uso da informação. Por tratar-se de violência contra a criança e ao adolescente, deve ser compreendida como um instrumento que permitirá a adoção de medidas adequadas para garantir o direito da proteção social⁴. Essa estratégia tem sido considerada a principal forma de combater a violência contra as crianças²⁸.

A notificação compulsória de um ato de violência pode ser considerada como uma informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados e proteção da criança vítima de maus-tratos. Ao notificar, inicia-se um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família ou por parte de qualquer agressor. A notificação não tem valor de denúncia policial; ou seja, quando um profissional de saúde realiza a notificação,

está reconhecendo as demandas especiais e urgentes da vítima ao chamar o poder público à sua responsabilidade. Pode-se dizer que o profissional está informando ao Conselho Tutelar que esta criança e sua família precisam de ajuda¹⁶.

A ficha de notificação compulsória deve ser preenchida em duas vias e encaminhada ao Serviço Social ou ao Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência - PAV, da Unidade de Saúde, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente. Os casos envolvendo criança ou adolescente deverão ser notificados ao Conselho Tutelar do local de moradia da vítima. Na falta deste, encaminhar para a Vara da Infância e Juventude. Em situações de abuso sexual, violência física grave e negligência severa, deve-se notificar à Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente – DPCA ou à Delegacia de Polícia mais próxima da Unidade de Saúde⁴.

Ressalta-se que as medidas descritas estão de acordo com a legislação brasileira. Outros países como a Croácia, Canadá e Itália também possuem medidas de proteção à criança e obrigam notificar os maus-tratos infantis aos órgãos competentes, conforme a legislação do país²⁸.

Conselho Federal de Odontologia (CFO)

O amparo legal a respeito da obrigatoriedade de comunicar ao Conselho Tutelar qualquer caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos também é resguardado pelos conselhos profissionais, incluindo o CFO, o qual explicita no artigo 9º, inciso VII do Código de Ética profissional que é dever do cirurgião-dentista zelar pela

saúde e dignidade do paciente^{10,30}. Diante da omissão dos casos, o cirurgião-dentista estará infringindo o Código de Ética Odontológica³¹.

DISCUSSÃO

A violência contra as crianças tem deixado de ser visualizada como um fato natural ou como uma forma de tratamento peculiar dos pais ao lidar com os seus filhos no cotidiano e tem sido percebida como um grave problema de saúde pública a ser combatido tanto pelo Estado, pela sociedade civil e pelos próprios familiares³².

O estudo de Rates *et al.* (2015)³ aponta que a negligência é o tipo de violência mais frequente em crianças menores de um ano. Como visto, a negligência abrange situações de privação dos cuidados necessários à saúde, como, por exemplo, o não tratamento de lesões de cárie^{15,18}. A Academia Americana de Odontologia tem definido a negligência, como o fracasso intencional dos responsáveis de procurar ou dar sequência ao tratamento que garanta condições essenciais de saúde bucal, submetendo a criança a dor e infecções²². Serafim *et al.* (2016)³³ relataram em seu estudo três casos clínicos que abordavam situações de negligência, devido a omissão dos pais perante a condição bucal dos seus filhos. Os autores observaram que, apesar do tipo de maus tratos aos quais as crianças estavam expostas não terem sido considerados de alta gravidade, as lesões de cárie ocasionaram sofrimento aos menores. A principal justificativa dos pais para explicar a condição de saúde dos menores, nesses casos, foi a troca da

denção. Nesse sentido, os autores reforçam a importância de esclarecer os pais e responsáveis a respeito das implicações legais que estão sujeitos no caso de negligenciar atenção e cuidados a uma criança ou adolescente, mesmo diante do grau de parentesco com a vítima. Acredita-se que o reforço preventivo pode influenciar uma mudança de conduta de pais e responsáveis no sentido de pensar e repensar os cuidados com a saúde bucal de seus filhos.

O segundo tipo de violência mais predominante é a violência física e, quando há presença de lesões, as áreas corpóreas mais acometidas são as regiões da cabeça e do pescoço⁴. Considerando a localização das lesões, o cirurgião-dentista, em especial o odontopediatra, está em uma situação privilegiada para identificar o abuso físico infantil; pois, frequentemente, é o profissional da odontologia que possui o primeiro contato com a criança^{25,28,34}. Nesse sentido, Andrade-Lima *et al.* (2005)³⁴ visaram identificar em seu estudo a conduta dos odontopediatras (n=70) da cidade do Recife, frente o abuso físico infantil. Os autores observaram que a maioria dos especialistas (72,9%) nunca suspeitou de casos de abuso físico infantil entre seus pacientes; e, dos que suspeitaram (27,1%), apenas um (5,0%) afirmou ter encaminhado à Justiça. Em consonância com esses dados destaca-se os resultados do estudo de Mogaddan *et al.* (2016)³⁵, realizado em Jeddah, na Arábia Saudita. Após entrevistar 208 cirurgiões-dentistas, os autores observaram que 11% já suspeitaram de casos de abuso físico infantil e que apenas 3% realizaram a notificação. Em

contrapartida, Silva-Oliveira *et al.* (2014)³⁶ afirmaram que dos 107 profissionais da Estratégia da Saúde da Família entrevistados em Belo Horizonte, 56,1% já viram casos de abuso físico infantil, mas apenas 28% notificaram algum caso às autoridades. Com um resultado semelhante, Kaur *et al.* (2015)⁸ observaram que dos 102 cirurgiões-dentistas entrevistados em Moradabad, na Índia, 89,7% julgavam-se capazes de distinguir as lesões acidentais daquelas ocasionadas pelo abuso físico infantil; porém, somente 46,3% reportariam os casos às autoridades. Dentre esses, 53,8% reportariam os casos mediante a confirmação do diagnóstico de abuso físico infantil. Ainda ao encontro a esses resultados, Al-Dabaan *et al.* (2013)³⁷ observaram em seu estudo que 59% dos cirurgiões-dentistas entrevistados na Arábia Saudita (n=122) já presenciaram pelo menos um caso de violência física ou negligência contra crianças. No entanto, apenas 20% notificaram os casos às autoridades.

Apesar de a notificação ter um papel estratégico no desencadeamento de ações de prevenção e proteção contra a violência infantil, de estar definida como um dos mecanismos das políticas públicas e de ser assegurada pela legislação brasileira como um instrumento da garantia de direitos e de proteção social²⁷, muitos profissionais consideram a violência um fenômeno invisível durante a rotina dos profissionais de saúde⁴. Segundo Pires e Miyazaki (2005)³⁸, um dos fatores que dificulta a notificação pelos profissionais da saúde é a falta de informação técnico-científica. Reforçando essa ideia, Kaur *et al.* (2015)⁸ e

Mogaddan *et al.* (2016)³⁵ relataram em seus estudos, que a falta de conhecimento sobre o papel do cirurgião-dentista na comunicação é a principal barreira para realizar a notificação do abuso físico infantil. Apesar da capacitação dos profissionais aumentar em até cinco vezes a possibilidade de reconhecer os sinais de agressão e negligência²⁰, poucos profissionais da saúde têm a questão abordada durante a graduação^{39,40}, variando de uma a três horas de aulas sobre o assunto²⁴. Diante dessa situação, fica evidente a necessidade de conscientizar os profissionais e melhor habilitar os acadêmicos nas universidades, para que estejam aptos a identificar e denunciar os casos de suspeita de maus tratos infantis^{39,40}. Ivannof e Hottel (2013)²⁴ afirmam a necessidade de inserir o tema abuso físico infantil no currículo dos cursos de graduação em Odontologia, abordando-o por meio de uma metodologia de ensino híbrida, capaz de associar o ensino tradicional e a aprendizagem baseada em problemas. Nesse contexto, os alunos fortaleceriam a capacidade de identificar, interpretar, notificar e auxiliar as famílias acometidas pelos maus-tratos infantis, bem como tratar os traumas dentários e suas consequências psicológicas. Esses profissionais, ao estarem preparados para identificar tais suspeitas, podem contribuir de forma significativa para a redução do problema^{25,38}. Ressalta-se que a maioria dos profissionais tem interesse em receber treinamentos sobre como identificar o abuso físico à criança, bem como mecanismos para realizar a notificação^{8,35,36}.

Outros fatores são citados como o motivo de não realizar o preenchimento das notificações. Dentre eles, destacam-se o medo de retaliações, dificuldade ou constrangimento de preencher a ficha, sobrecarga no trabalho, dificuldade de lidar com os casos, medo de perder pacientes, medo de lidar com os pais e de se envolver legalmente com a situação. Para que esse panorama se reverta é preciso treinar e articular os saberes dos profissionais de saúde, assistentes sociais, advogados, psicólogos, profissionais da educação, dentre outros, visando um trabalho interdisciplinar que beneficiará a prevenção e o combate a violência^{4,16,17,35}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os tipos de violência que mais acometem as crianças são a negligência e o abuso físico. Alguns casos de cárie dental, envolvendo sofrimento e dor, bem como o abandono ao tratamento, podem ser considerados negligência, desde que não estejam associados aos impactos negativos dos determinantes sociais em saúde. As lesões físicas podem acometer principalmente região de cabeça e pescoço, podendo envolver lesões bucais de tecido mole e duro.

É extremamente importante que esse conteúdo seja abordado na formação acadêmica dos profissionais, no intuito de estimular uma postura ativa do profissional frente às situações de violência infantil e incentivar práticas interdisciplinares e multiprofissionais como medida de prevenção a esses eventos.

ABSTRACT

Introduction: Violence is a major cause of morbidity/mortality in Brazilian cities, is considered a public health problem. Neglect and physical abuse are the main types of violence affecting children and adolescents. Injuries arising from physical trauma affect mainly the region of the head and neck, which actually puts the dentist in a strategic position for identification and reporting of cases of physical abuse. However, many professionals consider themselves unprepared when faced with this situation, particularly the issue of fact be rarely addressed graduation. Objective: To describe, through a literature review, the types of abuse that can affect children, the main orofacial aspects that can be identified and the conduct that the professional should by adopting this situation. Conclusion: The types of violence most affecting children are neglect and physical abuse. Among the injuries caused by negligence, the dentist can identify cases of caries, involving suffering and pain as well as treatment abandonment. Among the physical injuries can identify oral lesions of soft and hard tissue. Through these situations, the professional must notify the event to the competent bodies such as the Guardian Council.

KEYWORDS

Forensic dentistry; Child abuse; Liability legal.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996.
2. Garbin CAS, Guimarães e Queiroz APD, Rovida TAS, Saliba O. A violência familiar sofrida na infância: uma investigação com adolescentes. *Psicol. em Revista*. 2012; 18(1):107-18. <http://dx.doi.org/10.5752/p.1678-9563.2012v18n1p107>.
3. Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil. 2011. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(3): 655-65. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.15242014>.
4. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(6): 1879-90. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>.
5. Matos FZ, Borges AH, Mamede Neto L, Resende CD, Silva KL, Pedro FLM et al. Avaliação do conhecimento dos alunos de graduação em odontologia x cirurgião-dentista do diagnóstico de maus-tratos a crianças. *Rev Odontol Bras Central*. 2013; 22(63):153-7.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cultura_paz_saude_prevencao_violencia.pdf>. Acesso em: 17 de junho de 2016.
7. Sousa GFPS, Carvalho MMP, Granville-Garcia AF, Gomes MNC, Ferreira JMS. Conhecimento de acadêmicos em odontologia sobre maus-tratos infantis. *Odonto*. 2012; 20(40):101-8. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1000/odonto.v20n40p109-117>.
8. Kaur H, Chaudhary S, Choudhary N, Manuja N, Chaitra TR, Amit SA. Child abuse: Cross-sectional survey of general dentists. *JOBCCR*. 2015; 6(2): 118-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jobcr.2015.08.002>.
9. Mathur S, Chopra R. Combating child abuse: the role of a dentist. *Oral Health Prev Dent*. 2013; 11(3): 243-50. <http://dx.doi.org/10.3290/j.ohpd.a29357>.
10. Moreira GAR, Rolim ACA, Saintrain MVL, Vieira LJES. Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária. *Saúde Debate*. 2015; 39 (especial): 257-67. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005235>.
11. Andrade EM, Nakamura E, Paula CS, Nascimento R, Bordin IA, Martin D. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde soc*. 2011; 20(1): 147-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100017>.
12. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(3): 871-80. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>.
13. Nilchian F, Jabbarifar SE, Khalighinejad N, Sadri L, Saeidi A, Arbab L. Evaluation of factors influencing child abuse leading to oro-facial lesions in Isfahan, Iran: A qualitative approach. *Dent Res J (Isfahan)*. 2012; 9(5):624-7.
14. Pascolat G, Santos CFL, Campos ECR, Valdez LCO, Busato D, Merinho D et al. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *J.Pediatr*. 2001; 77(1):

- 35-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572001000100010>.
15. Sales-Peres A, Silva RHA, Junior CL, Carvalho SPM. Odontologia e o desafio na identificação de maus-tratos. *Odontol Clin-Cient*. 2008;7(3):185-9.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília. Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: 17 de junho de 2016.
17. Assis FRER, Ferreira EB. Repercussões da violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Adolesc Saúde*. 2012; 9(2):53-9.
18. Friedman E, Billick SB. Unintentional Child Neglect: Literature Review and Observational Study. *Psychiatr Q*. 2015; 86(2): 253-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s1126-014-9328-0>.
19. 19-Crespo M, Andrade D, Alves ALS, Magalhães T. O papel do médico dentista no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças. *Acta Med Port*. 2011; 24(S4): 939-48.
20. Massoni ACLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(2):403-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200016>.
21. 21-Herrera-Basto MCE, Admón M. Pub. Indicadores para la detección de maltrato en niños. *Salud Pública de México*. 1999; 41 (5): 420-425.
22. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect and the American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Clinical Practice Guidelines*. 2010; 3(6):172-5.
23. Katner DR, Brown CE. Mandatory reporting of oral injuries indicating possible child abuse. *JADA*. 2012; 143(10): 1087-92.
24. Ivanoff CS, Hottel TL. Comprehensive Training in Suspected Child Abuse and Neglect for Dental Students: A Hybrid Curriculum. *J Dent Educ*. 2013; 77(6): 695-705.
25. Garrocho-Rangel A, Marquez-Preciado R, Olguin-Vivar AL, Ruiz-Rodriguez S, Pozos-Guillen A. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *J Clin Exp Dent*. 2015; 7(3):428-34. <http://dx.doi.org/10.4317/jced.52301>.
26. Brasil. Lei n. 8069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 17 de junho de 2016.
27. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 15 de junho de 2016.
28. Cukovic-Bagic I, Welbury RR, Flander GB, Hatibovic-Kofman S, Nuzzoles E. Child protection: legal and ethical obligation regarding the report of child abuse in four different countries. *JFOS*. 2013; 31 (1):15-21.
29. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*. 2007, 41(3): 472-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021>.
30. 30- Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica. Resolução CFO 118/2012. Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf.
31. Menoli AP, Felipetti F, Golff F, Ludwig D. Manifestações bucais de maus tratos físicos e sexuais em crianças – conduta do cirurgião-dentista. *Revista Varia Scientia*. 2007; 7(14): 11-22.
32. Sousa GM, Damasceno KCF, Borges LCF. Estratificação dos tipos de violência notificados pelo SINAN, no município de Porto Nacional, TO, em 2014. *Revista Interface*. 2016; 11(1):34-45.
33. Serafim APR, Rodrigues LG, Prado MM. Maus-tratos infantis: um olhar sobre a omissão de pais na atenção à saúde bucal dos seus filhos. *Rev Bras Odontol Leg RBOL*. 2016; 3(1): 95-105. <http://dx.doi.org/10.21117/rbol.v3i1.60>.
34. Andrade-Lima K, Colares V, Cabral HM. Avaliação da conduta dos odontopediatras de Recife com relação ao abuso infantil. *Revista Odonto Ciência*. 2005; 20(49):231-6.
35. Mogaddam M, Kamala I, Merdadc L, Alamoudi N. Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. *Child Abuse & Neglect*. 2016; 54(1):43–56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.02.004>.
36. Silva-Oliveira F, Ferreira EF, Mattos FF, Ribeiro MTF, Cota LOM, Vale MP, et al. Adaptação transcultural e reprodutibilidade

- de questionário para avaliação de conhecimento e atitude de profissionais de saúde frente a casos de abuso físico infantil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(3): 919-27. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01322013>.
37. Al-Dabaan R, Newton JT, Asimakopoulou K. Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect. *Saudi Dent J*. 2014; 26(3): 79-87. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sdentj.2014.03.008>.
38. Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(1):42-9.
39. Bohner LOL, Bohner TOL, Canto GL. Maus-tratos na infância e adolescência: protocolo de atendimento no consultório odontológico. *Rev Elet em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental*. 2012; 6(6): 1239-43. <http://dx.doi.org/10.5902/223611703912>.
40. Coelho FJ, Franzin LCS. Violência doméstica infanto-juvenil: importância deste conhecimento pelo profissional da saúde. *Revista Uningá Review*. 2014; 20(2): 104-8.