

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST
CURSO DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC II
KARINA DOS SANTOS PINHEIRO

**MAUS-TRATOS INFANTIS E A RESPONSABILIDADE DO
CIRURGIÃO-DENTISTA: REVISÃO DE LITERATURA**

LAGES

2021

KARINA DOS SANTOS PINHEIRO

**MAUS-TRATOS INFANTIS E A RESPONSABILIDADE DO
CIRURGIÃO-DENTISTA: REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário UNIFACVEST, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. M. Carla Cioato Piardi

LAGES

2021

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a vida, saúde e força. Obrigada por suas graças durante essa jornada.

Aos meus pais, Arnaldo e Edni, por sempre me apoiar e lutar comigo em busca do meu sonho, por todo carinho e dedicação. Através de muito esforço e trabalho me deram tudo que precisei e sempre me ensinaram o caminho do bem. A conclusão deste trabalho é uma vitória nossa, pois nada disso seria possível sem o apoio de vocês. Eu amo vocês!

Aos meus irmãos, meus avós (in memoriam), a toda minha família que torceram e almejavam junto comigo a concretização desse sonho.

Ao meu amigo, namorado e companheiro, Gustavo. Por estar ao meu lado durante todo o curso, sendo paciente, compreensivo e me dando o apoio e incentivo necessário para continuar. Estendo aqui os agradecimentos à sua família que sempre me acolheu com muito amor e carinho.

As minhas amigas, Lane, Natália e Paloma (in memoriam), que foram família, me motivaram sempre, compartilharam tudo e provaram que dividir a casa com “estranhos” pode dar muito certo se você tem a sorte de encontrar pessoas tão incríveis. Vocês são muito importantes.

Aos amigos que conquistei durante a faculdade, em especial à Rosemary, Igor e Miquéias que sempre estiveram comigo desde o início da faculdade. Sou grata por todos os momentos felizes e união nos períodos desesperadores da graduação, com vocês tudo se tornou mais fácil por saber que eu não estava sozinha. Agradeço por toda a ajuda antes de provas, no meio dos atendimentos na clínica e pelo companheirismo durante os 5 anos de graduação. Saibam que terei sempre vocês no meu coração.

A minha orientadora, Prof^a. M. Carla Cioato Piardi, por toda paciência, disponibilidade, sabedoria e aprendizado que me transmitiu para que eu concluísse este trabalho.

Aos meus mestres, pois sem seus ensinamentos não teria a experiência e entendimento que tenho hoje pela odontologia.

A minha banca, agradeço por aceitarem o convite, contribuírem e participarem deste passo tão importante na minha vida. Serão sempre lembrados com muito carinho, admiração e fontes de inspiração para mim, tanto como pessoas, como profissionais extraordinários que são.

Ao Centro Universitário Unifacvest, ao Curso de Odontologia, e às pessoas com quem convivi nesse espaço ao longo desses anos. Às funcionárias da Clínica Odontológica da Unifacvest (as meninas da clínica), por todo suporte, carinho e conversas.

A todos os pacientes que tive a oportunidade de acolher, essenciais para meu aprendizado e humanização.

Agradeço a todos que de forma direta e indireta participaram da minha formação. Sozinha esta caminhada não faria sentido.

MAUS-TRATOS INFANTIS E A RESPONSABILIDADE DO CIRURGIÃO-DENTISTA: REVISÃO DE LITERATURA

Karina dos Santos Pinheiro¹

Carla Cioato Piardi²

RESUMO

Introdução: Os maus-tratos infantis constituem-se em problemas de saúde pública e sociais, podem ser classificados em: abuso físico, emocional, sexual e negligência. O cirurgião-dentista (CD) deve ser capaz de identificar lesões resultantes de maus-tratos na infância e são obrigados, por lei, a denunciar os casos suspeitos. **Objetivo:** instruir acadêmicos e profissionais da Odontologia a reconhecer sinais e sintomas possivelmente presentes em crianças que sofrem ou sofreram algum tipo de maus-tratos, destacando ainda a importância do diagnóstico correto, o papel do cirurgião-dentista frente aos casos de violência que podem vir a surgir em seu ambiente de trabalho. **Materiais e Métodos:** A busca foi realizada por artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola tendo como base de dados de pesquisa, Scielo, PubMed, ScienceDirect e Google Scholar. **Resultados:** Foram encontrados 680 estudos que abordavam o tema odontologia e os maus-tratos infantis, destes, foram selecionados 20. Observou-se que o CD deve estar apto a identificar os maus-tratos e notifica-los, devido que a maioria das lesões ocorrem nas regiões de cabeça e pescoço, por isto o CD encontra-se em posição privilegiada na identificação e sendo fundamental para o exercício ético da profissão, mas, na graduação é insuficiente a informação sobre maus-tratos e os CD's também desconhecem como tratar o assunto. **Conclusão:** Foi observado que o conhecimento dos CD's ainda é insatisfatório, não existe uma conduta padrão determinada para os casos de maus-tratos em crianças e adolescentes, a classe odontológica necessita de uma conduta padrão para os casos de violência contra crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis, Cirurgião-dentista, Manifestações orofaciais.

¹Acadêmica do Curso de Odontologia, 10ª fase, disciplina de TCC 2 do Centro Universitário UNIFACVEST.

²Mestre em Clínica Odontológica – Periodontia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora na disciplina de TCC 2 do Centro Universitário UNIFACVEST.

CHILD ABUSE AND THE RESPONSIBILITY OF THE DENTAL SURGEON: LITERATURE REVIEW

Karina dos Santos Pinheiro¹

Carla Cioato Piardi²

ABSTRACT

Introduction: Child abuse is a public and social health problem, which can be classified into: physical, emotional, sexual abuse and neglect. Dental surgeons (CD) must be able to identify injuries resulting from childhood maltreatment and are required by law to report suspected cases. **Objective:** instruct dentistry students and professionals to recognize signs and symptoms possibly present in children who suffer or have suffered some type of maltreatment, highlighting the importance of the correct diagnosis, the role of the dentist in the face of cases of violence that may arise their work environment, **Materials and Methods:** The search was carried out for articles in Portuguese, English and Spanish based on the research database, Scielo, PubMed, ScienceDirect and Google Scholar. **Results:** 680 studies were found that addressed the subject of dentistry and child abuse, of which 20 were selected. It was observed that the CD must be able to identify the abuse and notify them, since most injuries occur in children. head and neck regions, for this reason, the CD is in a privileged position in the identification and is fundamental for the ethical exercise of the profession, but, at graduation, information about abuse is insufficient and the CD's also do not know how to deal with the subject. **Conclusion:** It was observed that the CD's knowledge is still unsatisfactory, there is no standard conduct determined for cases of mistreatment in children and adolescents, the dental class needs a standard conduct for cases of violence against children and adolescents.

Key words: Child abuse, Dental surgeon, Orofacial manifestations.

¹Academic in the course of Dentistry, 10th phase, discipline of TCC 2 of the Centro Universitário UNIFACVEST.

²Master in Dentistry Clinic – Periodontics (UFRGS). Professor in the discipline of TCC 2 of the Centro Universitário UNIFACVEST.

CD – Cirurgião-dentista
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
CFO – Conselho Federal de Odontologia
SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
ABRINQ – Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos
SIPIA – Sistema de Informações para Infância e Adolescência
UNICEF – Fundo das Nações Unidas
HPV – Papiloma Vírus Humano
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
OMS – Organização Mundial da Saúde
HSV1 – Herpes Simples
HSOp – Herpes Simples Orofacial primário
AIDS/SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
SUS – Sistema Único de Saúde
PAV – Programa e Atendimento às Vítimas de Violência
DPCA – Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente
PCDE – Perguntar, Validar, Documentar e Encaminhar
ESF – Estratégia Saúde da Família
IML – Instituto Médico Legal
% – Porcentagem

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do estudo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. MATERIAIS E MÉTODOS	11
3. REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 Histórico	12
3.2 Tipos de maus-tratos.....	13
3.3 Aspectos orofaciais e dentários na violência física	16
3.4 Aspectos orofaciais na violência sexual	16
3.5 O papel do cirurgião-dentista frente a violência infantil	20
3.6 O exame físico	20
3.7 A notificação	21
4. RESULTADOS	23
5. DISCUSSÃO	24
6. CONCLUSÃO	28
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
9. ANEXOS	38
10. APÊNDICES	40

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define maus-tratos como toda forma de violências físicas e/ou emocionais, abuso sexual, abandono ou negligência, exploração comercial ou outro tipo, da qual resulte em um dano real ou potencial a saúde, sobrevivência, dignidade ou desenvolvimento da criança (OMS, 2002). Essas práticas são usadas como recurso para educar, corrigir e coagir a criança (PAIVA, ZAHER, 2012). Os maus-tratos infantis constituem-se em problemas de saúde pública e sociais, e passaram a ser tratados como problema de saúde após os anos 1960 (MINAYO, 2001). Em 2016, no Brasil, 13.746 mil crianças sofreram violência sexual e foram atendidas por profissionais da saúde. Porém, mesmo com esses altos números, calcula-se que para cada caso denunciado, vinte não são notificados (ROVER *et al.*, 2020).

Em 1990 foi implantado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), onde assegurou direitos especiais e proteção integral à criança, além de tornar compulsória a notificação por parte dos profissionais de saúde, de casos suspeitos e/ou confirmados (BANNWART, BRINO, 2011). O art.4º do ECA (Lei Nº 8069/90), aponta que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança com absoluta prioridade, o direito à vida, à alimentação, à educação, ao lazer, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. O estatuto ainda garante que crianças devem ser protegidas de toda forma de discriminação, violência, exploração, opressão, crueldade e negligência (BRASIL, 1990).

No Código de Ética Odontológica, não consta a obrigatoriedade específica do cirurgião-dentista em denunciar suspeitas de abusos sexuais contra crianças e adolescentes. Porém, no artigo 9, inciso VII, consta como dever do cirurgião-dentista "zelar pela saúde e pela dignidade do paciente", e, no artigo 14, inciso I, tem-se "revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão", caracterizando-se como justa causa "colaboração com a justiça nos casos previstos em lei" (CFO, 2018). Ao combinarmos a Resolução CFO 118/12 com a Lei 8.069/90 no art.4º do ECA temos então a obrigatoriedade do dentista em denunciar (ALVES *et al.*, 2016). Mesmo com todas as recomendações, normas e resoluções, diariamente somos surpreendidos com notícias de graves violações e atos de violências contra crianças e adolescentes (WAISELSZ, 2012).

O diagnóstico dos maus-tratos infantis baseia-se no reconhecimento de indicadores comportamentais e dos sinais e sintomas físicos comuns às crianças abusadas e negligenciadas (CARVALHO *et al.*, 2006). Dentre os agravos que 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, o desvio da abertura bucal, as lacerações, as contusões, as queimaduras provocadas por alimentos quentes ou utensílios domésticos, as equimoses nas bochechas sugerindo agressão por tapas ou socos, como também a presença de escaras no canto da boca provocada pelo amordaçamento (RATES *et al.*, 2015). Por isto, o cirurgião-dentista encontra-se em posição privilegiada na identificação de casos suspeitos de maus-tratos (MASSONI *et al.*, 2010).

O dentista, mesmo trabalhando em região favorável para diagnosticar crianças vítimas de maus-tratos, não notifica os casos suspeitos. Os motivos são a falta de confiança no diagnóstico correto, medo de envolvimento e questionar os pais ou responsável, não acreditar na possibilidade de negligência dos pais, medo de perder o paciente, desconhecimento sobre o tema e falta de treinamento para lidar com o problema (MASSONI *et al.*, 2010).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) relata que, mesmo em casos de suspeita, a notificação deve ser feita com base na anamnese e em exames físicos. Deve-se levar em consideração que a responsabilidade da análise realista da situação não é de responsabilidade do cirurgião-dentista, mas sim das autoridades, que devem tomar as medidas necessárias, previamente, a solicitação de medida judicial (COTA *et al.*, 2019). Dentre os profissionais da saúde, os dentistas estavam na última posição em termos de identificação de casos de abuso. Além disso, a maioria dos casos reconhecidos não foi notificada (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Dentro deste contexto, o objetivo desse trabalho é instruir acadêmicos e profissionais da Odontologia a reconhecer sinais e sintomas possivelmente presentes em crianças que sofrem ou sofreram algum tipo de maus-tratos, destacando ainda a importância do diagnóstico correto, o papel do cirurgião-dentista frente aos casos de violência que podem vir a surgir em seu ambiente de trabalho, sendo este público ou privado, assim como a conduta adequada a ser tomada para a notificação do problema.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão não-sistemática de literatura. Para realização do estudo foram obtidos artigos científicos nas seguintes bases de dados: SCIELO, PubMed, ScienceDirect e Google Scholar, entre os períodos de 2006 a 2021. As palavras-chave utilizadas na busca foram: maus-tratos infantis, cirurgião-dentista, manifestações orofaciais. O marcador booleano utilizado a estratégia de busca foi: AND. Além disso, buscas específicas sobre o tema na legislação federal foram realizadas.

2.1 Critérios de Elegibilidade: Foram selecionados artigos os quais abordavam sobre maus-tratos infantis.

2.1.1 Critérios de inclusão: Foram observados artigos publicados nos últimos 15 anos que falassem acerca dos maus-tratos infantil, lesões orofaciais nesses casos e o papel do cirurgião dentista frente aos mesmos. Foram selecionados artigos escritos em Português, Inglês ou Espanhol e que disponibilizavam texto completo. Foi utilizado o ECA, publicado pelo Ministério da Saúde.

2.1.2 Critérios de exclusão: Foram excluídos estudos sem informações sobre o tema em questão ou violência em adultos e/ou idosos e por se dirigirem a outros profissionais de forma mais específica (enfermeiros e médicos).

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Histórico

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no ano de 2018, mais de 56,8 mil mortes por homicídios foram notificadas e 9,8 mil foram cometidos contra crianças e adolescentes entre zero e 19 anos de idade. Entre os homicídios de crianças e adolescentes, em 2018, mais de quatro em cada cinco vítimas eram negras, o que indica: I) que a cor ou raça, no Brasil, é um fator que aumenta o risco de vitimização por violência homicida; e II) é um sintoma perverso da histórica desigualdade no país (Fundação ABRINQ, 2020).

O Sistema de Informações para Infância e Adolescência (SIPIA), divulgou dados que entre 01 de janeiro de 2019 à 19 de abril de 2020, foram notificados no estado de Santa Catarina 150.515 casos de violações, sendo 50.998 casos contra crianças e 33.604 casos contra adolescentes (SIPIA, 2020). Porém, no Brasil, os dados epidemiológicos sobre maus-tratos infantis apresentam-se limitado, pois não existe levantamento nacionais fiéis sobre o tema, apenas registros esparsos de serviços isolados, que não traduzem a realidade atual, dificultando um maior enfrentamento do problema (MASSONI, 2010).

Mundialmente, aproximadamente 1,1 bilhão de cuidadores (cerca de 1 em cada 4), creem na conveniência do castigo físico como forma de disciplina (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2017). A cada 7 minutos, um adolescente é morto por um ato de violência em algum lugar do mundo. No ano de 2015, cerca de 82 mil adolescentes em todo o mundo foram mortos, vítimas da violência (UNICEF, 2017).

3.1.1 Perfil do agressor e da criança

Os maus-tratos infantis acontecem em geral dentro de casa, independem da classe socioeconômica, nível de instrução, família, religião e cultura, sendo difícil identificar de forma fiel traços preditivos da personalidade ou experiências da vida do adulto que são associadas ao abuso da criança (TSANG, SWEET, 1999). O estresse em família, seja ele financeiro, por separação, doença, uso de drogas ou desemprego, pode contribuir para os maus-tratos (NAIDOO, 2000).

Alguns perfis psicossociais observados em agressores denunciados que podem identificar possíveis fatores de risco; são eles: história de abuso/negligência quando criança;

falta de suporte social/isolamento social; expectativas frustradas em relação à criança; paternidade/ maternidade muito jovem; comprometimento mental/depressão e reversão do papel pai-filho no relacionamento com a criança (JOHNSON, 2002). Quanto ao parentesco ou ligação com a criança, os agressores são em sua maioria mãe ou pai, seguidos de companheiros da mãe, avós e tios (CAIRNS, MOK, WELBURY, 2005).

3.2 Tipos de maus-tratos

3.2.1 Violência física

A violência física infantil é todo ato com o uso da força física de forma intencional que um adulto realiza com o objetivo de ferir, lesionar ou provocar dor a uma criança. Muitas das vezes, para o agressor, este ato é uma forma de educar as crianças; e, normalmente, isso ocorre, pelo descontrole emocional, intrigas entre as famílias, dificuldade de se relacionar com a criança, questões de poder e de condenar a criança com castigos corporais, como forma de resolver seus problemas (NUNES, SALES, 2016).

O abuso físico é a forma de agressão mais reconhecível, sendo o segundo tipo de violência mais predominante (SOUZA *et al.*, 2017). Essa violência quando há presença de lesões, grandes partes estão situadas na região de cabeça e pescoço, variando de 40 a 60% (ALVES *et al.*, 2016). Além de marcas de espancamento e áreas das regiões frontais e parietais, decorrentes de puxões e batidas violentas no cabelo (GARROCHO *et al.*, 2015).

3.2.2 Violência sexual

A violência sexual infantil é qualquer ação na qual a criança seja usada para a estimulação sexual do agressor. As ações podem incluir contatos físicos ou não, sendo estes, gestos, carícias, beijos na boca, sexo oral ou que incluam penetrações com digital ou genital, levando as crianças a olharem (*voyeurismo*) e presenciarem práticas ou até força-las a isso, conversas obscenas destinadas a despertar o interesse da criança, e usá-las em pornografia gravadas ou capturadas (CRESPO *et al.*, 2011). Este tipo de abuso provoca nas suas vítimas várias lesões, que geralmente se encontram ocultas. Isto exige um profissional com boa capacidade para as avaliar e possuir um bom conhecimento de anatomia e fisiologia, sendo

assim mais fácil a identificação dos sinais e sintomas característicos do abuso sexual (LYDEN, 2009).

A cavidade oral é considerada um foco onde ocorre o abuso físico, devido a estar envolvida na comunicação e nutrição (BRASIL, 1990). Numa vítima de abuso físico, parte das lesões vão se manifestar na cavidade oral, podendo ser de variadas formas (MATHUR, CHOPRA, 2013). É importante salientar que o médico dentista necessita de estar atento, não só à cavidade oral, mas também a ferimentos perto desta, como a cabeça e pescoço (OLIVEIRA, ARAÚJO, 2002). Os lábios são a zona mais comum para se manifestarem lesões orais decorrentes do abuso, seguindo a mucosa, os dentes, a gengiva e a língua (RAMOS, 2015).

O abuso sexual infantil pode ser diagnosticado através de uma diversidade de lesões localizadas não só na região orofacial como também noutras regiões do corpo das crianças vitimizadas. Dentre os sinais que podem ser encontrados e devem gerar suspeitas estão principalmente os relacionados a infecções sexualmente transmissíveis, como a gonorreia, que podem aparecer sintomatologia na face, nos lábios, no palato, na língua, variando de eritema à ulceração. Laceração de freios labiais e linguais, eritema, e quando presentes na junção dos palatos duro e mole ou assoalho da boca, podem ser sinais de sexo oral forçado e o condiloma acuminado causado pelo papiloma vírus humano (HPV) que é uma lesão única ou múltipla, pediculada, com aspecto de couve-flor (ALVES *et al.*, 2016).

3.2.3 Negligência

A incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados. Pode manifestar-se de forma ativa, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades (LEÇA, *et al.*, 2011). A negligência dentária é considerada como um dos fatores de risco devido às consequências nefastas, que daí podem advir, sobretudo, a nível cognitivo, nutricional, físico e comunicacional no desenvolvimento da criança (AAPD, 2010).

Existem múltiplos fatores de risco que contribuem para que a negligência tome lugar na vida de crianças e jovens, necessitando de uma avaliação mais abrangente por parte do profissional, após suspeita deste tipo de abuso (DUBOWITZ *et al.*, 2011). A negligência pode ser considerada como um ato intencional ou um simples descuido e desinteresse por parte dos

responsáveis pela criança (MASSONI *et al.*, 2010). A falta de cuidados ou o descuido torna contraditório o conceito de saúde moderna definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual afirma que a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não a ausência de doença ou enfermidade, sendo particularmente importante quando se lida com crianças vulneráveis (NUZZOLESE *et al.*, 2009).

Todo o histórico da criança deve ser analisado por parte do dentista em caso de negligência dentária, acompanhando assim o estudo clínico do paciente, também como a presença das dificuldades cognitivas, comportamentais e linguísticas da criança, de modo a observar as causas que possam afetar o tratamento odontológico. Por essa razão, é necessário que haja uma transdisciplinaridade entre todos os profissionais de saúde que acompanham a criança, com o objetivo de procurar um melhor controle e apoio na proteção vulnerável à negligência dentária (HARRIS, 2012).

3.2.4 Psicológico

O Abuso Emocional/Psicológico ocorre quando os pais ou os responsáveis por uma criança/jovem menor, são incapazes de lhe proporcionar um ambiente de tranquilidade, de bem-estar emocional e afetivo, indispensáveis ao correto crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados (NUNES, RAMINHOS, 2010). Este tipo de abuso engloba várias situações, incluindo: a precariedade de cuidados ou de afeição adequadas à idade e situação pessoal; a completa rejeição afetiva; a depreciação permanente da criança (LEÇA *et al.*, 2011).

As crianças ou jovens vítimas desse abuso, geralmente são insultadas verbalmente, humilhadas, ridicularizadas, desvalorizadas, ameaçadas, hostilizadas, rejeitadas, tratadas com indiferença, discriminadas, abandonadas temporariamente, criticadas, expostas a situações de violência doméstica por parte dos seus responsáveis (CRESPO *et al.*, 2011). A agressão psicológica é uma das formas de abuso difícil de ser detectada e provada, sendo considerada bastante lesiva para a formação do indivíduo (CRESPO *et al.*, 2011).

O abuso emocional provoca a longo prazo nas suas vítimas, várias consequências negativas incluindo: transtornos de ansiedade, tentativas de suicídio, consumo de drogas, comportamentos sexuais de risco e síndromes depressivos (NORMAN *et al.*, 2012). O domicílio é o local de eleição para a ocorrência de grande parte de situações de abuso emocional que afetam crianças e adolescentes. Os danos que este provoca dependem da idade da criança/adolescente, da frequência com que este tipo de abuso ocorre, da relação de

proximidade que a vítima tem com o autor da agressão e das consequências dessa situação na vida da vítima (ABRANCHES *et al.*, 2013).

3.3 Aspectos orofaciais e dentários na violência física

3.3.1 Lábios

Os lábios podem apresentar hematomas, lacerações, cicatrizes do trauma persistente, queimaduras causadas por alimento quente ou cigarros, equimose, arranhão ou cicatrizes nas comissuras, indicativos da utilização de mordaca (CRESPO, *et al.*, 2011).

3.3.2 Lesões do freio

As lacerações no freio labial ou lingual podem ser causadas por beijo, alimentação ou sexo oral forçados, os quais são sinais característicos de casos severos do abuso de criança (RIBAS *et al.*, 2011).

3.3.3 Queimaduras

Queimaduras ou lacerações na gengiva, língua, palato ou assoalho da boca, causadas por alimento ou utensílios quentes são outras manifestações associadas (LOUZADO *et al.*, 2001).

3.3.4 Traumatismo dentários

Dentes fraturados, deslocados, com mobilidade ou avulsionados, raízes residuais múltiplas sem história plausível para esclarecer os ferimentos (MAGALHÃES, 2010).

3.4 Aspectos orofaciais na violência sexual

Na abordagem das doenças sexualmente transmissíveis em crianças ou adolescentes é essencial um correto e precoce diagnóstico e tratamento, bem como a investigação do modo como a doença foi transmitida para que se possa avaliar a possibilidade de abuso sexual (RIBAS

et al., 2011). Muitas vítimas do abuso sexual infantil não apresentam nenhum sinal físico óbvio. Assim, indicadores comportamentais devem ser observados, como o comportamento sexual impróprio, a defesa por se sentir ameaçado pelo contato físico e até mesmo a história relatada (JACKSON *et al.*, 2006).

3.4.1 Mordidas

As mordeduras são consideradas como excelentes indicadores de abuso infantil, são mais incidentes em situações de abuso sexual, mas também se podem encontrar em casos de abuso físico. Raramente são acidentais, quando encontradas na pele das crianças (MAGALHÃES, 2010).

3.4.2 Infecções Sexualmente Transmissíveis

O termo DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), utilizado até 2001 foi substituído por IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) conforme recomendação da OMS que tinha como objetivo evidenciar que as infecções são assintomáticas. Contabiliza-se mais de 20 agentes infecciosos capazes de serem transmitidos durante as relações sexuais, podendo ser bactérias, parasitas, fungos ou leveduras e vírus (RODRIGUES, 2010).

As IST's se manifestam de forma variada, sendo os seus agentes etiológicos mais comuns transmitidos através do contacto sexual (MAGALHÃES, 2010). São indicadores muito fortes de abuso sexual: eritemas, úlceras, vesículas com secreção purulenta ou pseudomembranosa e lesões condilomatosas nos lábios, língua, palato, face ou na faringe (LOUZADO *et al.*, 2001).

Na abordagem das IST's em crianças ou adolescentes é essencial um correto e precoce diagnóstico e tratamento, bem como a investigação do modo como a doença foi transmitida para que se possa avaliar a possibilidade de abuso sexual (RIBAS *et al.*, 2011). Não sendo o objetivo deste estudo desenvolver criteriosamente todas as doenças sexualmente transmissíveis, serão pontuadas a seguir sobre as principais IST's mais prevalentes na cavidade oral. É de suma importância que os cirurgiões-dentistas tenham conhecimento sobre doenças infecciosas e estejam sempre atentos a essas manifestações (GUERRA *et al.*, 2008).

- Sífilis

A sífilis é uma doença sistêmica, infecciosa, causada pela bactéria anaeróbia *Treponema Pallidum*. Esta por sua vez pode atacar qualquer órgão do corpo e resultar em problemas neurológicos, cardiovasculares ou ósseos (NORONHA *et al.*, 2006).

Devido à grande variedade de características clínicas, o diagnóstico da Sífilis é bastante complexo. É comum encontrar-se lesões ulceradas na fase primária. Em condições normais apresenta-se como uma pápula que pode evoluir para uma úlcera endurecida, indolor, não purulenta e de base limpa (IKENBERG *et al.*, 2010). Na etapa secundária as manifestações ocorrem principalmente em áreas da mucosa e pele. Desenvolvem-se erupções cutâneas que podem se desenvolver para a forma papular ou postular. É comum serem encontradas manchas ou placas mucosas ligeiramente elevadas e cobertas por pseudomembranas brancas ou acinzentadas. Além disso, podem ocorrer máculas vermelhas ou áreas erosivas na mucosa, lesões modulares e maculopapulares. O paciente pode relatar dor de garganta e rouquidão devido a inflamação da faringe, laringe e amígdalas (DOMANTAY *et al.*, 2008).

- Gonorreia

A gonorreia é uma doença infecciosa causada por um diplococo Gram-negativo intracelular que tem predileção por mucosas. A mucosa oral pode ser afetada pela *Neisseria gonorrhoeae* tanto direta quanto indiretamente. Na forma direta, a lesão primária é causada pelo contato direto do microrganismo com a mucosa. Na indireta, ocorre a infecção em um sítio primário e, por via hematogênica, sexual ou genito-oral, ocorre a infecção oral (PIRO, DIAS, 2002).

No que se refere às manifestações orais desta doença podemos considerar como principais: mancha avermelhada na mucosa oral, sensação de secura e ardência, membrana amarelada nas primeiras 24 horas, tornando-se pálida com superfície áspera e descamação do epitélio, dilatação adenomatosa da glândula parótida. O período de incubação pode variar de 1-2 dias a semanas após o contato (IKENBERG *et al.*, 2010).

- Herpes

Consideram-se como causadores da Herpes dois vírus infecciosos da família Herpesviridae (herpes simples tipos 1 e 2). Estes manifestam-se na região da boca, principalmente labial em órgãos genitais e áreas próximas. As manifestações são diferentes em cada indivíduo (IKENBERG *et al.*, 2010).

Em crianças pequenas, ainda sem imunidade suficiente contra HSV1 encontra-se o HSO_p (herpes simples orofacial primário) que é uma infecção sintomática (GELLER *et al.*, 2012). A manifestação oral, gengivoestomatite acompanhada por veiculações pequenas de rápida duração é sintoma típico de Herpes na cavidade oral. As veiculações se ulceram formando um exsudado de cor amarelada, com lesões localizadas tipicamente à margem gengival, podendo ser prosseguidas de mal estar, febre, disfagia e adenopatia (WHITLEY, ROIZMAN, 2001).

- Candidíase

Candidíase é a denominação dada ao conjunto de doenças das mucosas e pele com agente etiológico comum do gênero *Cândida*. Considerando o desenvolvimento de Candidose oral o principal patógeno é a espécie *Candida albicans* (MANGUEIRA *et al.*, 2010). As candidoses orais podem classificar-se em primárias e secundárias. As candidoses orais primárias manifestam-se sob a forma aguda (candidose pseudomembranosa) forma mais comum da doença, candidose eritomatosa ou sob forma crônica que inclui candidose em placa, e nodular ou hiperplásica. As candidoses orais secundárias são as manifestações orais de candidose mucocutânea sistêmica (SIMÕES *et al.*, 2013).

- HPV

HPV é abreviatura para identificar o Papilomavírus humano, causador do codiloma acuminado, também conhecido como verruga venérea ou crista de galo (CAMARGOS, MELO, 2001). A transmissão do HPV para a mucosa oral ocorre por auto-inoculação e através da prática de sexo oral. Sua presença pode sugerir uma prova de abuso infantil (COSTACURTA *et al.*, 2015).

- HIV

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/SIDA) é uma doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que é um retrovírus transmitido principalmente através de relações sexuais sem proteção e via sanguínea (PAULIQUE *et al.*, 2017). Pacientes com HIV/AIDS apresentam lesões bucais como: candidíase, doença periodontal, gengivite ulcerativa necrosante, sarcoma de kaposi, leucoplasia pilosa e herpes simples. Consideramos 3 os grupos de manifestações associadas à infecção pelo vírus do HIV, são eles: 1 e 2 representam lesões de ocorrência na cabeça e pescoço e 3 lesões que podem ser associadas com infecção pelo HIV (FLORES *et al.*, 2006).

3.5 O papel do cirurgião-dentista frente a violência infantil

Por fornecer um tratamento contínuo e prolongado, os dentistas encontram-se em posição privilegiada frente a outros profissionais para analisar o relacionamento do tutor e da criança, bem como mudanças no comportamento do menor. Assim o rastreamento de sinais de maus-tratos deve ser parte da rotina e exame clínico realizado em toda e qualquer criança. Muitas lesões não são causadas por abuso, mas os dentistas devem sempre suspeitar de lesões traumáticas. (MATHUR, CHOPRA, 2013).

Dada a privilegiada capacidade da detecção do abuso pelos profissionais da saúde, principalmente os dentistas, e as graves consequências do abuso sobretudo em crianças com idade pré-escolar, é importante sensibilizar e formar estes profissionais para esta tarefa importante tanto social como no ponto de vista da saúde (CRESPO *et al.*, 2011). Se o profissional tiver suspeita de abuso com um paciente pediátrico, essas suspeitas devem ser documentadas. Notas clínicas, e quando possível fotográficas, devem ser tomadas uma vez que bons registros são cruciais se houver punição em casos de abuso. Os pais ou responsáveis não precisam ser informados quando um relatório dessa natureza é conduzido, geralmente sugere-se que não sejam informados, pois isso poderia despertar um sentimento de raiva colocando o profissional, ou a criança em risco (MATHUR, CHOPRA, 2013).

A documentação adequada inclui detalhes do comportamento da criança sozinha e acompanhada dos pais, se parecer suspeito; e os comentários feitos pelos pais e pelas crianças a respeito da lesão. A documentação adequada de qualquer lesão deve incluir descrições completas e curtas no registro dentário, atentando para tamanho, forma, cor, localização e a descrição radiográfica (KARAGEORGE, KENDALL, 2008).

3.6 O exame físico

No exame extraoral, examinar cabeça e pescoço em busca de assimetrias, inchaço e hematomas, bem como no couro cabeludo sinais de puxar o cabelo. Analisar orelhas para cicatrizes, lágrimas e anormalidades: hematomas e abrasões de cores variadas que indicam diferentes estágios de cura (MATHUR, CHOPRA, 2013). Verificar se há marcas com padrões deixadas por objetos como cintos, cordas, cabides ou cigarros. O terço médio da face deve ser examinado para hematomas bilaterais ao redor dos olhos, petéquias na esclera do olho, ptose palpebral, nariz lesionado, ou coágulo de sangue no nariz. Verificar a presença de marcas de mordida, que podem resultar de raiva incontrolável de um adulto ou de outro menor (HERRERA *et al.*, 2015).

No exame intraoral, deve-se atentar para queimaduras ou contusões perto das comissuras. Cicatrizes nos lábios, língua, palato ou freio lingual. Manifestação oral de doenças sexualmente transmissíveis pode indicar abuso. Um freio labial rasgado é um indicativo importante de abuso. Porém é importante atentar para a idade da criança, uma rotura em uma criança que está aprendendo a andar não é incomum. Fraturas ou faltas de dentes, fraturas de mandíbula devem ser investigadas (MATHUR, CHOPRA, 2013).

3.7 A notificação

A notificação pode ser de dois tipos: a notificação compulsória e a notificação compulsória imediata. A notificação compulsória de casos de maus-tratos contra menores pode ser compreendida como uma informação expedida pelo setor de saúde, ou por qualquer órgão, ou pessoa, para o Conselho Tutelar, afim de promover medidas sócio sanitárias que visam a proteção de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos (BRASIL, 2002). A notificação compulsória imediata é definida pela Portaria do Ministério da Saúde número 204 de 17 de fevereiro de 2016, quando o atendimento ocorre em até 24 horas. O profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial deve realizar o primeiro atendimento ao paciente, e deve ser feita pelo meio mais rápido possível, normalmente, ocorre quando em casos de tentativa de suicídio e violência sexual. A autoridade que receber a notificação compulsória imediata deve informá-la em até 24 horas às demais esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2016).

A ação de notificar desencadeia um processo visando interromper atitudes ou comportamentos agressores no âmbito familiar ou por parte do agressor. A notificação realizada num local de serviços de saúde, geralmente, segue para o Conselho Tutelar da cidade onde

ocorreu o evento, com cópia para a Secretaria de Saúde do município (LUNA, FERREIRA, VIEIRA, 2010). A notificação favorece o uso da informação, mediante um sistema de registro sendo uma ferramenta utilizada pela vigilância epidemiológica em saúde. Em se tratando de violência contra menores, deve ser compreendida como um instrumento que concederá a adoção de medidas adequadas para garantir o direito da proteção social (GARBIN *et al.*, 2015).

A notificação de casos de violência respeita os mesmos princípios de qualquer notificação compulsória de agravos, já utilizadas na saúde pública. Suas principais vantagens são verificar se o atendimento às vítimas está sendo incorporado às rotinas institucionais e fornecer ao sistema de registro informações mais fidedignas (BRASIL, 2002). A SBP relata que, mesmo em casos de suspeita, a notificação deve ser feita com base na anamnese e em exames físicos. Deve-se levar em consideração que a responsabilidade da análise realista da situação não é de responsabilidade do cirurgião-dentista, mas sim das autoridades, que devem tomar as medidas necessárias (COTA *et al.*, 2019).

A Secretaria de Saúde de cada estado possui uma ficha específica para notificação (anexo 1). Deve-se preencher a ficha de notificação compulsória em duas vias e encaminhada ao Serviço Social ou para o Programa e Atendimento às Vítimas de Violência (PAV). Deve-se também ser notificado ao Conselho Tutelar do local de moradia da vítima, na ausência deste, encaminhar para a Vara da Infância e Juventude (FEDERAL, 2008). Em casos graves de abuso sexual, violência física ou negligência severa, deve ser notificado na Delegacia mais próxima ou à Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA). Outra forma de denúncia é o serviço de Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes, por meio do número 100. Onde pode-se ter sua identidade preservada pelo anonimato ao denunciar casos de suspeitas ou confirmação de maus-tratos infantis (GARBIN *et al.*, 2015).

4. RESULTADOS

Foram encontrados 680 estudos que abordavam o tema odontologia e os maus-tratos infantis. A partir dos critérios de elegibilidade, foram utilizados para a construção da revisão de literatura, 20 artigos abordando o tema (Figura 1). Foram encontrados 13 estudos transversais e 7 revisões não-sistemáticas. Dos estudos encontrados, 11 foram buscadas na plataforma Pubmed, 4 foram pesquisados através do Google Acadêmico, 3 foram encontrados no ScienceDirect e 2 eram da base de dados Scielo (Tabela 1).

Os estudos transversais avaliaram 1.224 cirurgiões-dentistas e 172 acadêmicos do curso de graduação em Odontologia, totalizando assim 1.396 entrevistados nos 13 estudos. Destes, a maioria mostra que o conhecimento dos dentistas e dos acadêmicos sobre os maus-tratos infantis é básico e restrito, a maior parte dos entrevistados ainda desconhece os aspectos legais e práticos relacionados à documentação e notificação de maus-tratos contra crianças.

5. DISCUSSÃO

O objetivo desse trabalho é instruir acadêmicos e profissionais da Odontologia a reconhecer sinais e sintomas possivelmente presentes em crianças que sofrem ou sofreram algum tipo de maus-tratos, destacando ainda a importância do diagnóstico correto, o papel do cirurgião-dentista frente aos casos de violência que podem vir a surgir em seu ambiente de trabalho, sendo este público ou privado, assim como a conduta adequada a ser tomada para a notificação do problema. Foram encontrados 20 estudos, dentre eles, 13 estudos transversais e 7 revisões não sistemáticas. Destes, a maioria mostra que o conhecimento dos dentistas e dos acadêmicos sobre os maus-tratos infantis é básico e restrito, a maior parte dos entrevistados ainda desconhece os aspectos legais e práticos relacionados à documentação e notificação de maus-tratos contra crianças.

Os maus-tratos contra as crianças consiste em um grave problema de saúde pública e social, resultando no desenvolvimento da criança e repercutindo no comportamento na fase adulta. Os maus-tratos infantis não são uma questão recente e as estatísticas não coincidem com a realidade. A sociedade e as associações de proteção desses indivíduos, nas últimas décadas, têm voltado sua atenção para este problema (MENOLI *et al.*, 2007). A violência está mais propensa a existir em situações de vulnerabilidade como a pobreza, já que a violência é o resultado da desigualdade, da distribuição injusta de renda e a dificuldade de acesso dos mais necessitados aos bens de consumo, características marcantes do Brasil nos últimos tempos (FIGUEIREDO *et al.*, 2018). As crianças acabam sendo as maiores vítimas, uma vez que suas fragilidades físicas e de personalidade as tornam alvos fáceis de raiva, ressentimento, impaciência e emoções negativas. Quatro tipos de maus-tratos são comumente reconhecidos como abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico e negligência (GOMES *et al.*, 2011).

Dos treze estudos transversais, nove deles caracterizam a negligência como um dos tipos de violência de maior prevalência. A negligência é a forma mais frequente de maus-tratos contra crianças e adolescentes, é uma violência de difícil definição, pois envolve aspectos culturais, sociais e econômicos. No entanto, apesar das exigências legais para denúncia de negligência infantil no Brasil, poucos relatos foram feitos pelos dentistas da cidade de Pelotas-RS incluídos no estudo. Apenas 20% de todos os dentistas entrevistados identificaram a negligência como uma forma de abuso é reconhecido que poucos dentistas sabem que um pai ou responsável poderia ser acusado de negligência infantil por não seguir o tratamento

odontológico após ser informado de que uma criança tinha cárie excessiva (AZEVEDO *et al.*, 2012).

As características das crianças vítimas de maus-tratos foram investigadas em alguns estudos. Um deles observou que, com relação ao gênero sexual das vítimas, houve predominância pelo sexo feminino (57,46%), com relação a faixa etária com mais notificações observou-se de 0 a 3 anos (39,64%), seguido por 4 a 7 anos (30,88%) e de 8 a 12 anos (29,48%) (FIGUEIREDO *et al.*, 2018). No estudo de Granville-Garcia *et al.*, (2008), nenhum dos entrevistados citou a omissão aos cuidados relacionados à saúde bucal como sinal de maus-tratos (negligência).

As principais áreas atingidas por abuso do tipo físico são a face, a cabeça e o pescoço. Dentre os sinais corporais mais citados foram edema/hematoma, correspondendo a 31,4% (GOMES *et al.*, 2011). No estudo de Souza *et al.*, (2010) a violência física teve 100% de resultado como tipo de maus-tratos, tendo como sinais presentes contusões (42%), seguido por queimadura (19,3%), equimose (19,3%) e edema (19,3%). As marcas de mordida contêm informações suficientemente detalhadas, podendo ser utilizadas inclusive como prova de que o suspeito esteve no local e manteve contato com a vítima. As mordidas deixam impressões elípticas ou ovais com a marca dos dentes, sendo muito importante comparar as impressões encontradas no corpo da vítima com a arcada do suposto agressor. Diante disso, ressalta-se a importância de que os Cirurgiões-dentistas estejam familiarizados com as marcas de mordidas, pois podem conter sinais importantes na relação de abuso contra a criança (VELASCO *et al.*, 2015).

Em relação à distribuição das áreas do corpo lesionadas, independente do acometimento de outro local do corpo, o envolvimento da região da cabeça e face foi o mais perceptível, onde 65% das vítimas pesquisadas foram agredidas nesta região. Devido a esse fato, o cirurgião-dentista é um profissional privilegiado no que diz respeito à percepção e ao diagnóstico de maus-tratos. Porém, mesmo diante de todos esses sinais e sintomas de maus-tratos, a primeira etapa de intervenção é sempre a mais difícil para a maioria dos profissionais da saúde. Por isso, Velasco *et al.*, (2015) sugeriram uma metodologia para facilitar a intervenção dos profissionais da saúde junto ao paciente. Seu estudo consistia em propor essa intervenção inicial em quatro tarefas que pode ser resumida através do acrônimo PCDE (perguntar, validar, documentar e encaminhar).

Em consenso com esses dados, destacam-se os resultados do estudo 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 (MOGADDAN *et al.*, 2016). Assim como Azevedo *et al.*, (2011), afirmaram que dos 187 profissionais entrevistados na cidade de Pelotas-RS, 14,3 % já viram casos de abuso físico infantil, apenas 9,7% notificaram algum caso às autoridades. Já no estudo de Kaur *et al.*, (2015), 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% reportaram os casos as autoridades. Dentre esses, 53,8% reportaram os casos mediante a confirmação do diagnóstico de abuso físico infantil. Ainda ao encontro a esses resultados, Al-Dabaan *et al.*, (2014) observaram em seu estudo que 59% dos cirurgiões-dentistas entrevistados na Arábia Saudita (122) já presenciaram pelo menos um caso de violência física ou negligência contra crianças. No entanto, apenas 20% notificaram os casos às autoridades.

Em relação à conduta adotada nos casos de maus-tratos, verificou-se a ocorrência de diálogo com os pais ou responsáveis (83,3%) (SILVA *et al.*, 2017). Santos *et al.*, (2016) também constataram que essa foi a conduta adotada por boa parte dos cirurgiões-dentistas incluídos no seu estudo (86,4%). Ainda no estudo de Silva *et al.*, (2017), 72,2% dos entrevistados citaram ser de caráter obrigatório a notificação por um cirurgião-dentista, no entanto 43,2% dos entrevistados citaram não saber qual legislação brasileira faz menção a tal obrigatoriedade e 83,3% desconheciam a ficha de notificação de casos de maus-tratos.

A notificação compulsória pode ser realizada de três maneiras distintas: por telefone, presencial ou por escrito. A notificação por telefone o denunciante pode telefonar para o órgão competente (Conselhos Tutelares, delegacias especializadas) ou para serviços de ajuda, como SOS-Criança ou Disque-denúncia, comunicando suspeita ou ocorrência de violência sexual; por meio de visitas ao órgão competente, sendo que o denunciante poderá ir, só ou acompanhado da criança abusada, ao órgão responsável pelo registro e apuração do fato ocorrido; por escrito, salientando que, em alguns Estados e Municípios, já existe uma ficha padronizada para fazer essa notificação (VELASCO *et al.*, 2015). No estudo de Figueiredo *et al.*, (2018) foi evidenciado que 31,72% dos casos de maus-tratos infantis foram encaminhados para a UBS ou ESF, seguido de 31,26% encaminhados ao Conselho Tutelar, 14,18% ao IML e 9,50% ao Centro de Referência de Assistência Social.

Este estudo possui limitações. Foram incluídas revisões não-sistemáticas de literatura, o que pode representar risco de viés nos resultados deste trabalho. Este achado também se deve ao assunto abordado pelo trabalho, uma vez que se espera que a grande maioria dos trabalhos

sejam revisões narrativas sobre o assunto. Apesar disso, todos os esforços foram feitos numa tentativa de incluir literatura atual sobre o tema abordado.

Quanto aos resultados, mesmo que a maioria dos dentistas se considerem capazes de identificar casos de maus-tratos infantis, ainda existe uma porcentagem de casos sem encaminhamento às autoridades judiciais. Isso indica uma falta de conscientização desses profissionais sobre a adoção de medidas de proteção às vítimas de agressão. Por ser declarado problema de saúde pública, todos os órgãos devem estar empenhados para combater essa triste realidade das crianças em todo o mundo. Essa preparação deveria acontecer ainda nas Universidades, de modo a formar não só melhores profissionais, mas principalmente profissionais mais humanos e empáticos.

6. CONCLUSÃO

Conclui-se, após a revisão realizada, que o cirurgião-dentista deve estar apto a diagnosticar os maus-tratos e notificá-los, devido a maioria das lesões ocorrerem nas regiões de cabeça e pescoço. O conhecimento dos CD's em relação aos maus-tratos infantis torna possível um planejamento adequado de projetos sociais de atenção às crianças e adolescentes sujeitos às diversas formas de maus-tratos. Porém, foi observado que o conhecimento CD's ainda é insatisfatório, não existe uma conduta padrão determinada para os casos de maus-tratos em crianças e adolescentes, a classe odontológica necessita de uma conduta padrão para os casos de violência contra crianças e adolescentes, sendo então, necessário uma abordagem sobre esse tema ainda na graduação e que os profissionais já formados tenham acesso às informações sobre os maus-tratos e como proceder.

Sabe-se que a denúncia de maus-tratos não é fácil, mas garantir a segurança da criança deve ser prioridade, assim contribui-se para uma melhor qualidade de vida das crianças e adolescentes. É fundamental que os CD's não sejam omissos e realizem a notificação ao Conselho Tutelar, ou a órgão competentes, caso contrário o profissional pode sofrer sanção. Relatar significa contribuir e assumir a responsabilidade profissional inerente à profissão odontológica.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAPD-American Academy of Pediatric Dentistry. **Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect**. American Academy of Pediatric Dentistry, 2010, 36(6), pp. 167-170.

ABRANCHES, C.; ASSIS, S.; PIRES, T. **Psychological violence and the family context of adolescent users of outpatient services in a public tertiary pediatric hospital**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013, 18(10), pp.2995-3006.

AL-DABAAN, R.; NEWTON, J.T.; 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.

ALVES, M.A; FONSECA, B.A; SOARES, T.R. C.; FRANÇA, A.K.A; AZEVEDO, R.N.; TINOCO, R.L.R. **Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de abuso sexual infantil – revisão de literatura**. *Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL*. 2016. Jul 19;3(2).

AZEVEDO, M.S.; GOETTEMS, M.L.; BRITO, A.; POSSEBON, A.P.; DOMINGUES, J.; DEMARCO, F.F.; TORRIANI, D.D. **Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil**. *Brazilian oral research*, 26(1), 5-11. 2012

BANNWART, T.H.; BRINO, R.D.F. **Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras**. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(2), 138-145, 2011.

BRASIL. **Lei 8.069/90, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: MEC; 1990.

BRASIL. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Editora MS, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, p. 23-23, 2016.

CAIRNS, A.M.; MOK, J.Y.Q.; WELBURY, R.R. **Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting.** International Journal of Pediatric Dentistry, v. 15, n. 5, p. 310-318, 2005.

CAMARGOS, A.F.; MELO, H.V. **Ginecologia ambulatorial.** Belo Horizonte: Coopamed; 2001: 397-400.

CARVALHO, F.M.T; ARAÚJO, L.N; AZEVEDO, M.L.P.; COLARES, V.; CARACIOLO, G.O. **O conhecimento de estudantes de graduação em odontologia em relação ao abuso infantil.** Odontol Clín Cientif. 2006; 5(3):207-10.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de Ética Odontológico** – Rio de Janeiro, CFO 2018.

COSTACURTA, M.; BENAVALI, D.; ARCUDI, G.; DOCIMO, R. **Oral and dental signs of child abuse and neglect.** ORAL & implantology, 8(2-3), 68. 2015.

COTA, A.L.S. **Dentist's Behavior Regarding Children and Adolescents Maltreatment.** Journal of Health Sciences, v. 21, p. 58-64, 2019.

CRESPO, M.; ANDRADE, D.; ALVES, A.L.S.; MAGALHÃES, T. **O papel do medico dentista: no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças.** Acta Med Port. 2011; 24(4):939–48.

DOMANTAY, A.G.P.; HANDOG, E.B.; GABRIEL, M.T.G. **Syphilis: the international challenge of the great imitator.** Dermatol Clin 2008;26:191–202.

DUBOWITZ, H.; KIM, J.; BLACK, M.M.; WEISBART, C.; SEMIATIN, J.; MAGDER, L.S. **Identifying children at high risk for a child maltreatment report.** Child Abuse Negl. 2011;35:96-104.

FEDERAL, DISTRITO. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal.** Laurez Ferreira Vilela (coordenadora)–Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008.

FIGUEIREDO, M.C.; ROCHA, R.M.D.; MELGAR, X.C. **Prevalencia de niños víctimas de violencia en la ciudad de Porto Alegre e influencia de sus variables en el ámbito odontológico.** Odontoestomatología, 20(32), 32-41. 2018.

FLORES, J.A.; FERREIRA, F.V.; GASPARIN, A.B.; KAISER, M.R.; OLIVEIRA, M.O. **Manifestações bucais e infecções oportunistas em pacientes HIV positivos no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) – RS.** Saúde, Santa Maria. 32(1):45-52. 2006.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Cenário da Infância e Adolescência no Brasil.** São Paulo: 2020.

GARBIN, C.A.S.; DIAS, I.A.; ROVIDA, T.A.S.; GARBIN, A.J.Í. **Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2015, vol.20, n.6, pp.1879-1890. ISSN 1678-4561.

GARROCHO, A.R; MÁRQUEZ, R.P.; OLGUÍN, A.I.V.; RUIZ, S.R.; POZOS, A.G. **Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse.** A review and a case report. J Clin Exp Dent.; 7(3):428–34. 2015.

GELLER, M.; SUCHMACHER, N.M.; RIBEIRO, M.; OLIVEIRA, L.; NALIATO, E.; ABREU, C.; SCHECHTMAN, R. **DST - J bras Doenças Sex Transm** 2012;24(4):260-266 - ISSN: 0103-4065

GOMES, L.S.; PINTO, T.C.D.A.; COSTA, E.M.M.D.B.; FERREIRA, J.M.S.; CAVALCANTI, S.D.; GRANVILLE-GARCIA, A.F. **Percepção de acadêmicos de odontologia sobre maus-tratos na infância.** Odontologia Clínico-Científica (Online), 10(1), 73-78. 2011.

GUERRA, L.M.; PEREIRA, A.C.; MENEGHIM, M.C.; HEBLING, E. **Avaliação do conhecimento técnico, ético e legal de cirurgiões-dentistas no tratamento de crianças HIV soropositivas.** Cienc Odontol Bras. 2008 abr./jun.; 11 (2): 14-22.

GRANVILLE-GARCIA, A.F.; DE MENEZES, V.A.; SILVA, P.F.R.D.M. **Maus-tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista.** Revista Odonto Ciência, 23(1). 2008.

HARRIS, J. **Dental neglect in children.** Paediatrics and Child Health, 2012, 22(11), pp.476-482.

HERRERA, L.M.; STRAPASSON, R.A.P.; MELANI, R.F.H.; ZANIN, A. **Cartilha sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes.** Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Laboratório de Antropologia e Odontologia Forense. São Paulo, OFLab – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2015. 23 p

IKENBERG, K.; SPRINGER, E.; BRÄUNINGER, W.; KERL, K.; MIHIC, D.; SCHMID, S.; SCHMITT, A.; YEGINSOY, S.; BODE, B.; WEBER, A. **Oropharyngeal lesions and cervical lymphadenopathy: syphilis is a differential diagnosis that is still relevant.** J Clin Pathol 2010;63(8):731- 736.

JACKSON, A.M.; RUCKER, A.; HINDS, T.; WRIGHT, J. L. **Let the Record Speak: Medicolegal Documentation in Cases of Child Maltreatment.** Clin Ped Emerg Med 2006; 7(3):181-185.

JAKOBSEN, U.; FJALLHEIM, A.S.; GISLASON, H.; GUDMUNDSEN, E.; POULSEN, S.; HAUBEK, D. **Dental professionals' experience with and handling of suspicion of child maltreatment in a small-scale society, the Faroe Islands.** Clinical and experimental dental research, 5(2), 145-150. 2019.

JOHNSON, C.F. **Child maltreatment 2002: recognition, reporting and risk.** Pediatrics International, 44(5), 554-560. 2002.

KARAGEORGE, K.; KENDALL, R. **The Role Of Professional Child Care Providers In Preventing And Responding To Child Abuse And Neglect**. US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, Office on Child Abuse and Neglect, 2008.

KAUR, H.; CHAUDHARY, S.; CHOUDHARY, N.; MANUJA, N.; CHAITRA, T.R.; AMIT, S.A. **Child abuse: Cross-sectional survey of general dentists**. JOBCR. 2015; 6(2): 118-23.

LEÇA, A.; PERDIGÃO, A.; LARANJEIRA, A.; MENEZES, B.; VELEZ, C.; PRAZERES, V. **Maus-tratos em crianças e jovens-guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção**. Direção Geral Saúde. 2011.

LOUZADO, M.; ARAÚJO, C.H.; SCARIOT, F.; DORNELLES, M.S.O.; PRADO, D. **Manifestações orais em crianças abusadas sexualmente**. Rev Bras Odontol 2001; 58(1):33-34.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. **Notificação de maus-tratos em crianças e adolescents por profissionais da Equipe Saúde da Família**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 481-491, 2010.

LYDEN, C. **Caring for the victim of child abuse in the pediatric intensive care unit**. Dimensions of Critical Care Nursing, 2009. 28(2), pp. 61-66.

MAGALHÃES, T. **Abuso de Crianças e Jovens. Da suspeita ao diagnóstico**. Lisboa, Lidel Editora 2010.

MANGUEIRA, D. F. B.; MANGUEIRA, L. F. B.; DINIZ, M. F. F. M. **Candidose Oral – R** bras clsau de 14(2):69-72, 2010.

MASSONI, A. C. L. T.; FERREIRA, A. M. B.; ARAGÃO, A. K. R.; MENEZES, V.A.; COLARES, V. **Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligencia odontológica**. Cienc Saude Colet. 2010; 15(2):403-10.

MATHUR, S.; CHOPRA, R. **Combating child abuse: the role of a dentist.** Oral Health Prev Dent. 2013; 11(3):243–50.

MATOS, F. Z.; BORGES, Á. H.; NETO, I. M.; DE REZENDE, C. D.; SILVA, K. L.; PEDRO, F. L. M.; PORTO, A. N. **Avaliação do conhecimento dos alunos de graduação em odontologia x cirurgião dentista no diagnóstico de maus-tratos a crianças.** Revista Odontológica do Brasil Central, 22(63). 2013.

MENOLI, A. P.; FELIPETTI, F. A.; GOLFF, F.; LUDWIG, D. **MANIFESTAÇÕES BUCAIS DE MAUSTRATOS FÍSICOS E SEXUAIS EM CRIANÇAS—CONDUTA DO CIRURGIÃO DENTISTA.** Varia Scientia, 8(14), 11-22. 2007.

MINAYO, M.C.D.S. **Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde.** Revista brasileira de saúde materno infantil, 1(2), 91-102. 2001.

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.

NAIDOO, S. **A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital.** Child Abuse & Neglect, v. 24, n. 4, p. 521-534, 2000.

NORMAN, R. E.; BYAMBAA, M.; BUTCHART, A. R.; SCOTT, J.; VOS, T. **The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis.** PLoS med, 2012. 9(11), e1001349.

NORONHA, A. C. C.; ISRAEL, M. S.; ALMEIDA, D. C. F.; MOREIRA, G. M.; LOURENCO, S. Q. C.; DIAS, E. P. **Sífilis secundária: diagnóstico a partir das lesões orais.** DST – J Bras Doenças Sex Transm 2006;18:190–193.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. **Violência contra crianças no cenário brasileiro.** Ciencia & saude coletiva. 2016;21:871-80.

NUNES, P.; RAMINHOS, I. **Maus-tratos infantis - a realidade de um hospital distrital!** Acta Médica Portuguesa, 2010, 23(3), pp. 413-418.

NUZZOLESE, E.; LEPORE, M.M.; MONTAGNA, F.; MARCARIO, V.; ROSA, S.; SOLARINO, B.; DI VELLA, G. **Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention.** International journal of dental hygiene, 2009, 7(2), 96-101.

OLIVEIRA, F. S.; ANDRADE, C. I.; GUIMARÃES, M. O.; FERREIRA, R. C.; FERREIRA, E. F.; ZARZAR, P. M. **Recognition of child physical abuse by a group of Brazilian primary care health professionals.** International Journal of Paediatric Dentistry, 2019.

OLIVEIRA, J. F.; ARAÚJO, S. B. **Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso.** Educ e Pesqui. 2002; 28(2):87–103.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre saúde e violência.** Genebra: OMS; 2002. p. 57-81.

PAIVA, C.; ZAHER, V. C. **Violência contra crianças: o atendimento médico e o atendimento pericial.** Saúde, Ética & Justiça. 2012.

PAULIQUE, N. C.; CRUZ, M.C.C.; SIMONATO, L.E.; MORETI, L.C.T.; FERNANDES, K.G.C. **Manifestações bucais de pacientes soropositivos para HIV/AIDS.** Archives of Health Investigation, 6(6). 2017.

PERES, A. S.; SILVA, R. H. A. D.; LOPES J., C.; CARVALHO, S. P. M. **Odontologia e o desafio da identificação de maus-tratos.** Odontol. clín.-cient, 185-189. 2008.

PIRO, S. C. A.; DIAS E. P. **DST – J bras Doenças Sex Transm 14 (1): 46-48, 2002.**

RAMOS, A. B. **Abuso sexual infantil: consequências emocionais e comportamentais.** Ariquemes, Rondonia: Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA); 2015. 42p.

RATES, S.M.M.; MELO, E.M.; MASCARENHAS, M.D.M.; MALTA, D. C. **Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011.** Ciênc. saúde coletiva. 2015; 20(3): 655-65

RIBAS, C.B.D.R.; CUNHA, M.D.G S.; SCHETTINI, A.P.M; RIBAS, J.; SANTOS, J. E. B. D. **Perfil clínico-epidemiológico das doenças sexualmente transmissíveis em crianças atendidas em um centro de referência na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil.** Anais Brasileiros de Dermatologia, 2011, 86(1), 80-86.

RODRIGUES, M. J. **Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) na Adolescência.** Nascer e Crescer, Porto, v. 19, n. 3, p. 200, set. 2010.

ROVER, A.D.L.P.; OLIVEIRA, G. C.; NAGATA, M. E.; FERREIRA, R.; MOLINA, A.F.C.; PARREIRAS, S.O. **Violência contra a criança:** indicadores clínicos na odontologia. Brazilian Journal of Development, 6(7), 43738-43750. 2020.

SANTOS, C. A. O. D.; LACERDA, M. C.; CALDAS, A. T. L.; SOUZA, I. N. N. D.; SILVA, S. A.; SILVA, C. A. M.; CAMPOS, F. D. A. T. **Violência contra crianças e adolescentes: conhecimentos dos odontopediatras da capital paraibana: estudo piloto.** Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo (Online), 223-229. 2016,

SILVA, A. M.; SANTOS, J.; ALMEIDA, L. H. **Conhecimento do cirurgião-dentista acerca de maus-tratos à criança e ao adolescente.** Revista da Faculdade de Odontologia-UPF, 24(2), 250-255. 2019.

SILVA, K. B. G.; CAVALCANTI, A. F. C.; CAVALCANTI, A. L. **Maus-tratos infantis: conhecimentos e condutas dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família de Guarabira-PB.** Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, 5, 108-117. 2017.

SIMÕES, R. J.; FONSECA, P.; FIGUEIRAL, M. H. **Infecções por Candida ssp na Cavidade Oral.** Odontol. Clín.-Cient., Recife, 12 (1) 19-22, jan./mar., 2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. Estatísticas de Violações Por Estado, 2020.

SOUZA, C. E.; MORAES R. Í. F.; ZOCRATTO, K.B.; OLIVEIRA, C. A. **Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista–revisão de literatura.** Revista Brasileira de Odontologia Legal. 2017;4(1).

SOUZA, K. C.; DECURCIO, R. A.; VELOSO, H. H. **Avaliação do nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre maus-tratos infantis.** Revista Odontológica do Brasil Central, 19(48). 2010.

TSANG, A.; SWEET, D. **Detecting child abuse and neglect-are dentists doing enough?** Journal-Canadian Dental Association, 65, 387-391. 1999.

UNICEF. Estimates based on the number of children and adolescents aged 0 to 19 who died as a result of interpersonal violence and collective violence and legal intervention, in 2015, and population projections from the United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision, DVD Edition.

VELASCO, L. E. L.; ROSA, G. C.; BALDASSO, R. P.; FERNANDES, M. M.; OLIVEIRA, R. N.; OLIVEIRA, A. M. G. **Responsabilidade dos Cirurgiões Dentistas Frente a Maus-Tratos Contra a Criança–Revisão de Literatura.** Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics, 4(3), 294-309. 2015.

WAISELSZ, J.J. **Mapa da Violência 2012: Crianças e Adolescentes do Brasil.** Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos (CEBELA) & FLACSO AQ10. 2012.

WHITLEY, R. J.; ROIZMAN, B. **Herpes simplex virus infections.** Lancet. 2001;357(9267):1513-8.

9. ANEXOS

Anexo 1: Ficha de notificação/investigação individual de violência interpessoal/autoprovocada fornecida pela Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA					
DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação		
	2 Agravo/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência	
Notificação Individual	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...) Código		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
			30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares				
	Dados da Pessoa Atendida	31 Nome Social		32 Ocupação	
33 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado					
34 Orientação Sexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)		3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado	35 Identidade de gênero: 1-Travesti 2-Mulher Transsexual 3-Homem Transsexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		
Dados da Ocorrência	36 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		37 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes		
	38 UF	39 Município de ocorrência	Código (IBGE)	40 Distrito	
	41 Bairro		42 Logradouro (rua, avenida,...) Código		
	43 Número	44 Complemento (apto., casa, ...)		45 Geo campo 3	46 Geo campo 4
	47 Ponto de Referência		48 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	49 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	50 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		51 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
			52 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

SVS 28.03.2014

Violência	53 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	54 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	55 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro	
Violência Sexual	56 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	57 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da agressão	58 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	59 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	60 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	61 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
	62 Ciclo de vida do provável autor da agressão: <input type="checkbox"/> 1-Criança 3-Jovem 5-Pessoa idosa 2-Adolescente 4-Pessoa adulta 9-Ignorado		
Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	64 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	65 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	66 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
	67 Data de encerramento _____		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
Disque-Saúde 0800 61 1997		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100
Notificador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função	Assinatura
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan	SVS 28.03.2014

10. APÊNDICES

Figura 1. Fluxograma do estudo.

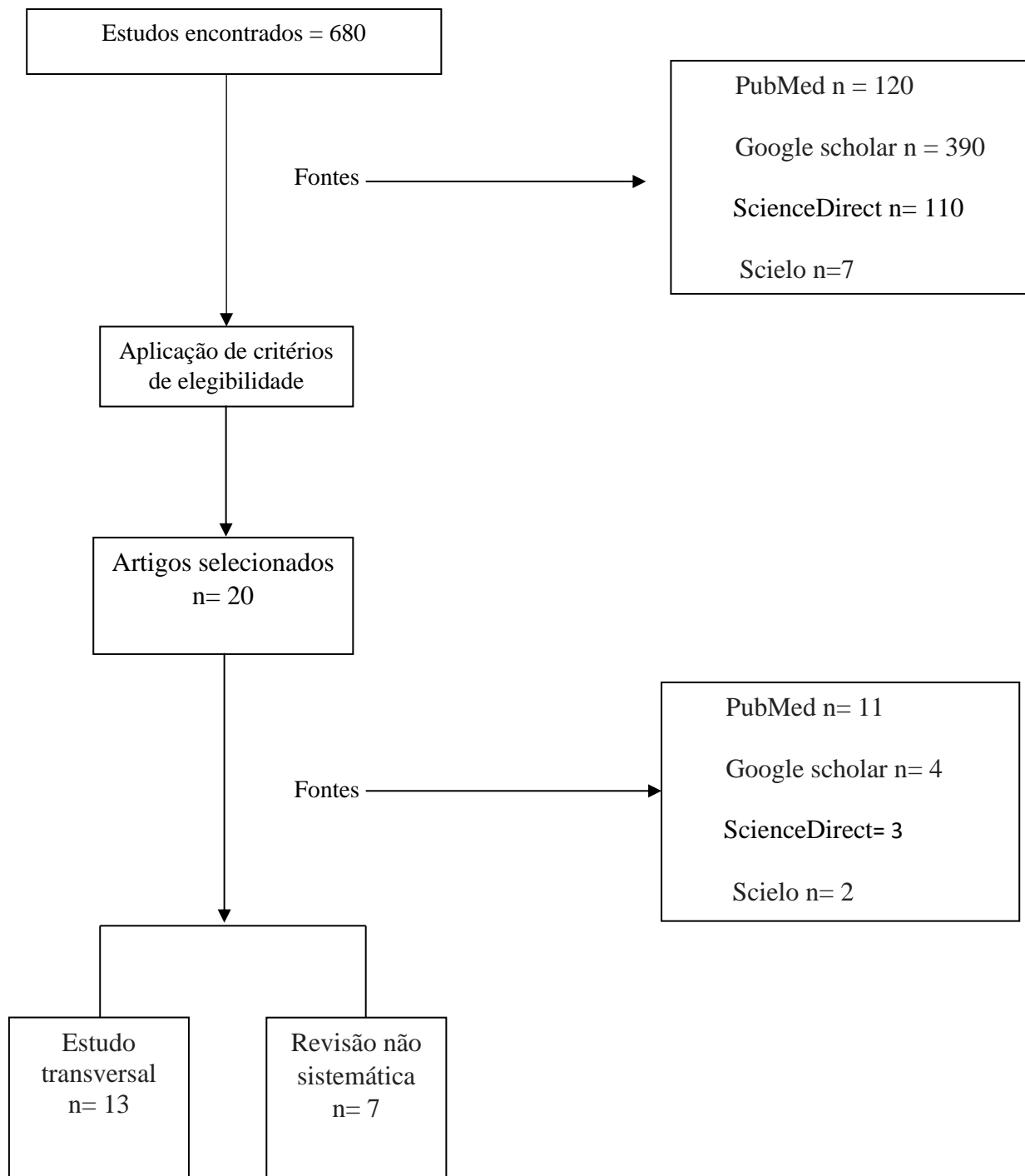


Tabela 1. Principais estudos encontrados a partir de busca literária sobre maus-tratos infantis e a responsabilidade do cirurgião dentista.

Autor / ano / local	Nº de participantes do estudo e desenho do estudo	Objetivo	Resultados	Conclusões
AZEVEDO; 2012, Brasil	276 Cirurgião dentista Estudo transversal	Avaliar as atitudes e percepções dos dentistas em relação ao abuso infantil.	Embora os dentistas se considerem aptos a identificar casos de maus-tratos infantis, entre os suspeitos, apenas uma pequena porcentagem encaminha os casos para as autoridades judiciárias.	É necessário que os profissionais recebam mais informações sobre a necessidade de estarem atentos à detecção de casos suspeitos de maus-tratos a crianças e adolescentes, e sobre o dever legal de denunciá-los às autoridades.
GOMES; 2011, Brasil	95 acadêmicos Estudo transversal	Verificar a percepção de alunos de odontologia da UEPB ¹ sobre maus-tratos infantis.	85,7% dos acadêmicos informaram ser capazes de definir maus-tratos infantis, porém 65,4% destes definiram de forma totalmente correta.	Este resultado sugere a necessidade da inclusão na estrutura curricular do curso de odontologia, de aulas regulares sobre a responsabilidade do cirurgião-dentista no diagnóstico, documentação, notificação.
GRANVIL LE-GARCIA, <i>et al.</i> ; 2008, Brasil	54 Cirurgiões dentistas Estudo transversal	Verificar a percepção do dentista sobre os maus-tratos infantis, bem como sua responsabilidade nestes casos.	93% dos profissionais relataram que não receberam informações sobre o tema durante a graduação. a maioria não sabe como notificar o caso nem recebeu informação sobre o assunto durante a graduação.	A maioria dos dentistas entrevistados afirmaram ter conhecimento sobre violência contra a criança e se consideram aptos ao diagnóstico de maus-tratos, mas as lesões bucais foram pouco citadas como injúrias decorrentes de maus-tratos.

JAKOBSEN, <i>et al.</i> ; 2019, Dinamarca	71 profissionais de odontologia Dentistas = 44 Higienistas dentais = 27 Estudo transversal	Verificar com que frequência dentistas e higienistas dentais das Ilhas Faroé, se deparam com suspeitas de maus-tratos a crianças e como eles lidam com suas suspeitas.	61% dos dentistas já suspeitaram de maus-tratos infantis em algum ponto em sua carreira. A incerteza sobre se a suspeita era confiável, o medo das consequências para a criança e a falta de procedimentos conhecimento são os principais receios em realizar a denúncia	O estudo indica que os profissionais de odontologia na sociedade da Ilhas Faroé experimentam preocupação com maus-tratos infantis com mais frequência do que seus colegas em sociedades de grande escala, como Dinamarca, Croácia e Escócia.
MASSONI, <i>et al.</i> ; 2010, Brasil	30 publicações e o ECA ² Revisão de literatura	Identificar os principais aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica.	Os maus-tratos infantis acontecem em domicílio e os ferimentos orofaciais decorrentes incluem trauma, queimaduras e lacerações dos tecidos duros e moles, marcas de mordida e hematomas em vários estágios de cura.	Sabe-se que a denúncia de maus-tratos não é fácil, mas assegurar a segurança da criança deve ser prioridade. Além disso, relatar significa contribuir e assumir a responsabilidade profissional inerente à profissão odontológica.
MATOS, <i>et al.</i> ; 2013, Brasil	157 entrevistados. 77 = graduandos 80 = cirurgiões-dentistas Estudo transversal	Avaliar o conhecimento dos alunos de graduação e profissionais formados em Odontologia em relação aos maus-tratos da criança e adolescente.	Verificou-se que a maioria dos graduandos (72) e profissionais (58) nunca suspeitaram de maus-tratos infantis durante o atendimento dos pacientes.	Conclui-se que os entrevistados nesta pesquisa ainda desconhecem na grande maioria os aspectos legais e práticos relacionados à notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes e necessitam de mais informações e/ou treinamento.
MENOLI, <i>et al.</i> ; 2007, Brasil	Revisão de literatura	Auxiliar o cirurgião-dentista a identificar sinais na região de cabeça e pescoço em situações de maus-tratos físicos e sexuais contra crianças.	Constatou-se que grande parte das vítimas possui menos de cinco anos, sendo as meninas as mais agredidas. Além disso, na maioria dos casos de abusos, o culpado é geralmente o pai.	Os sinais de abusos físico e sexual são observáveis em regiões extraorais e intraorais. Para diagnosticá-los, basta realizar um criterioso exame clínico, anamnese detalhada, aliada a um

NUNES, SALES; 2016, Brasil	12 artigos Revisão de literatura	Caracterizar, por meio das evidências científicas, a violência infantil no cenário nacional.	Os resultados demonstram a necessidade de se identificar precocemente todos os tipos de violência, sobretudo a negligência.	questionamento bem elaborado a respeito da história da lesão.
SALES- PERES, <i>et al.</i> ; 2008, Brasil	Revisão de literatura	Orientar o cirurgião dentista a enfrentar situações que envolvam maus-tratos contra crianças.	Percebe-se que há insegurança entre os profissionais, especialmente os recém-formados.	Torna-se evidente que os pais são os maiores perpetradores da violência contra crianças, principalmente entre aquelas com faixa etária menor ou igual a 5 anos, destacando-se a mãe como a maior agressora. É necessário a importância do preparo do cirurgião-dentista no diagnóstico de maus-tratos, bem como a coragem em tomar as atitudes necessárias, já que uma criança maltratada é muito mais propensa a ser um adulto traumatizado.
SANTOS, <i>et al.</i> ; 2016, Brasil	44 Cirurgiões-Dentistas com especialidade em Odontopediatria Estudo transversal	Analisar o conhecimento e atuação dos odontopediatras de João Pessoa – PB ³ , em relação aos maus-tratos de crianças e adolescentes.	51,61% definiram maus-tratos infantis de forma incompleta, 51,6% classificaram de forma completa, conforme a ABRAPIA ⁴ .	De forma geral, houve conhecimento parcialmente satisfatório dos Odontopediatras inscritos no CRO-PB ⁵ sobre maus-tratos infantis.
SILVA, <i>et al.</i> , 2017, Brasil	18 cirurgiões-dentistas atuantes nos serviços de APS ⁶ Estudo de corte transversal	Identificar o conhecimento e a conduta dos cirurgiões-dentistas de Guarabira-PB ³ frente a situações de maus-tratos infantis.	A violência física e a negligência foram as categorias mais citadas. A maior parte dos entrevistados desconhece a ficha de notificação de casos de maus-tratos.	A maioria reconheceu a obrigatoriedade da denúncia dos casos suspeitos. A principal conduta adotada, contudo, foi apenas o diálogo com os pais ou responsáveis.

SILVA, <i>et al.</i> , 2019, Brasil	238 cirurgiões-dentistas dos estados de SC ⁷ , SP ⁸ , PR ⁹ e RS ¹⁰ . Estudo transversal e quantitativo.	Avaliar o conhecimento do cirurgião-dentista em relação a crianças e adolescentes que apresentaram alguma suspeita ou sinal de maus-tratos.	A maioria dos dentistas afirmaram não ter reconhecido um caso suspeito de maus-tratos. Dos profissionais que já reconheceram um caso suspeito, 28,6% não souberam como proceder.	É necessário que os profissionais recebam mais informações sobre a necessidade de estar alerta para a detecção de casos suspeitos de maus-tratos de crianças e adolescentes, bem como para o seu dever legal de relatar tais casos às autoridades.
SOUZA, <i>et al.</i> ; 2017, Brasil	Revisão de literatura	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.	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.	Os tipos de violência que mais acometem as crianças são a negligência e o abuso físico. É extremamente importante que esse conteúdo seja abordado na formação acadêmica dos profissionais.
SOUZA <i>et al.</i> , 2010, Brasil.	20 cirurgiões-dentistas Estudo de corte transversal	Avaliar a importância e o nível de conhecimento de dentistas, das UBS ¹¹ de João Pessoa- PB ³ , sobre violência infantil.	94,7% dos profissionais tinham conhecimentos básicos sobre os maus-tratos infantis, sendo a violência física a mais citada.	O conhecimento sobre os maus-tratos infantis é básico e restrito e que o incremento de programas de formação continuada e a ampliação de redes de suporte profissional poderão aumentar a busca por novos conhecimentos.
VELASCO, <i>et al.</i> ; 2015, Brasil.	Revisão de literatura.	de Destacar a responsabilidade e as atribuições legais dos Cirurgiões-dentistas frente aos maus-tratos contra a criança.	A ausência de uma orientação profissional nas Faculdades de Odontologia e a falta do conhecimento do assunto maus-tratos infantis e da legislação vigente relacionada ao tema têm contribuído para a sua negligência.	O conhecimento da legislação pode fornecer aos profissionais uma maior segurança e relativa tranquilidade ao lidar com as suspeitas ou confirmações de qualquer tipo de violência que venha a ser sofrida pelos seus pacientes.

CIFUENTES-HARRIS, <i>et al.</i> ; 2020, Chile	15 artigos Revisão de literatura	Avaliar qual é o conhecimento do cirurgião-dentista sobre maus-tratos infantis e qual sua atitude em relação à detecção e notificação do abuso infantil.	Estudos relataram as dificuldades dos dentistas em diagnosticar, documentar e notificar às autoridades casos de suspeita de maus-tratos.	O papel do dentista no trabalho direto com crianças e adolescentes e o aumento da denúncia de casos suspeitos de violência, sugere-se fortemente que se faça uma vigilância sobre o conhecimento dos dentistas no Chile.
FIGUEIREDO, <i>et al.</i> , 2018, Brasil	Analisou os dados de 6.493 casos de violência contra crianças, registrados no SINAN ¹² .	Avaliar características e variantes da violência contra crianças de 0 a 12 anos, notificadas na CGVS ¹³ de Porto Alegre-RS ¹⁰ de 2010 a 2016.	2015 foi o ano com maior prevalência de violência; 57,46% das vítimas eram meninas; o tipo de violência mais frequente foi a negligência (36,25%). A mãe foi a maior responsável pelas agressões.	A violência infantil é alta em Porto Alegre e para garantir o tratamento adequado dos profissionais de saúde com crianças vítimas de violência é necessário incluir o atendimento a esses casos em sua formação acadêmica.
	Estudo transversal			
AL-DABAAN, <i>et al.</i> ; 2014, Arábia Saudita	122 cirurgiões-dentistas Estudo transversal	Analisar o conhecimento de dentistas na Arábia Saudita em relação à identificação de abuso e negligência infantil.	59% havia experimentado um caso de abuso infantil ou negligência em sua prática. Apenas 10% desses entrevistados fizeram uma denúncia.	O medo de represálias familiares, a falta de certeza sobre o diagnóstico de maus-tratos infantis e a incerteza sobre o manejo do caso foram barreiras críticas para o relato da suspeita.
KAUR, <i>et al.</i> , 2015,	120 cirurgiões-dentistas Estudo transversal	Avaliar o conhecimento e a atitude dos dentistas em relação ao abuso infantil e para identificar as barreiras na denúncia do mesmo.	A falta de conhecimento sobre o papel do dentista na denúncia de abuso infantil foi responsável por 55% dos motivos de hesitação em denunciar.	Embora os dentistas entrevistados estivessem cientes do diagnóstico de abuso infantil, eles estavam hesitantes e desconheciam a autoridade apropriada para denunciar.

MOGADDAN, 208 <i>et al.</i> , 2016, Arábia Saudita	208 Odontopediatras Estudo transversal	Avaliar o conhecimento e as atitudes dos dentistas sobre o abuso físico infantil, as atitudes dos dentistas.	Os participantes do demonstraram conhecimento insuficiente dos sinais e sintomas de abuso físico infantil.	Os dentistas têm conhecimento insuficiente sobre o abuso físico infantil, mas atitudes positivas em relação ao seu papel na detecção e denúncia.
--	--	--	--	--

Legenda: UEPB¹: Universidade Estadual da Paraíba; ECA²: Estatuto da Criança e do Adolescente; PB³: Paraíba; ABRAPIA⁴: Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência; CRO-PB⁵: Conselho Regional de Odontologia da Paraíba; APS⁶: Atenção Primária à Saúde; SC⁷: Santa Catarina; SP⁸: São Paulo; PR⁹: Paraná; RS¹⁰: Rio Grande do Sul; UBS¹¹: Unidade Básica de Saúde; SINAN¹²: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; CGVS¹³: Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde.