

A importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de lesões e maus-tratos na infância e adolescência

The importance of the dental surgeon in the diagnosis of lesions and abuses in childhood and adolescence

La importancia del cirujano dentista en el diagnóstico de lesiones y maltratos en la infancia y la adolescencia

Recebido: 14/08/2023 | Revisado: 06/09/2023 | Aceitado: 07/09/2023 | Publicado: 16/09/2023

Letícia Rosa Ferreira Carneiro

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3859-1922>
Centro Universitário de Volta Redonda, Brasil
E-mail: leticiaferreira@yahoo.com

Pedro de Alcantara Torquette D'Dalarponio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9473-9046>
Centro Universitário de Belo Horizonte, Brasil
E-mail: pedro_torquette15@hotmail.com

Mariana Bassoli Felix Dutra

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6102-7284>
Universidade de Contagem, Brasil
E-mail: mariana_bassoli@outlook.com

Hugo Figueiredo Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4779-0769>
Universidade Federal de Goiás, Brasil
E-mail: hugofigueiredoc@gmail.com

João Gabriel Batista Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0909-531X>
Universidade Federal de Goiás, Brasil
E-mail: joaogabrielbp@outlook.com

Matheus Santos Machado

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5506-6840>
Centro Universitário Newton Paiva, Brasil
E-mail: dr.matheussmachado@gmail.com

Adriel Vieira Vargas

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3290-2850>
Universidade Federal de Goiás, Brasil
E-mail: adriel-maison@hotmail.com

Michaela Fabricante Sabag

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2851-2099>
Universidade Federal de Goiás, Brasil
E-mail: michaelasabag@hotmail.com

Debora Samara de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9274-5983>
Faculdade Unida de Campinas, Brasil
E-mail: debora_samarah@hotmail.com

Júlia Sasso Santos

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5021-2458>
Centro Universitário do Vale do Araguaia, Brasil
E-mail: juliasasso@hotmail.com

Ariana Sousa Vieira Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7235-9501>
Faculdade Evangélica de Goianésia - FACEG, Brasil
E-mail: arianavieira2011@gmail.com

Stephany Mota Vaz

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1696-9037>
Faculdade Evangélica de Goianésia - FACEG, Brasil
E-mail: stephanymotavaz@hotmail.com

Jaqueline Chagas Vieira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9033-8608>
Centro Universitário UniGoyazes, Brasil
E-mail: jackcvieira951@gmail.com

Gislane da Silva Rodrigues

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8599-7672>
Centro Universitário UniFTC, Brasil
E-mail: gislanerodrigues13@hotmail.com

Keruak Ferreira de Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0484-1834>
Universidade Paulista, Brasil
keruakodonto@gmail.com

Guilherme Oliveira Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2918-6358>
Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil
E-mail Guilherme.oliveira1202@gmail.com

Gustavo Paiva Custódio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6893-369X>
Centro Universitário de Volta Redonda, Brasil
E-mail: gustavopaivacustodio@gmail.com

Resumo

Com as sociedades que se construíram ao passar dos anos em todo o mundo, problemas de natureza psicológica, social e física foram surgindo e se desenvolvendo de maneira abrupta e extensa. Dentre eles destacam-se os maus tratos contra crianças e adolescentes, no qual o cirurgião-dentista tem um papel muito importante na identificação de suas manifestações na região de cabeça, pescoço e cavidade oral. Este estudo teve por objetivo, por meio de uma revisão sistemática de literatura, caracterizar, definir, alertar, diagnosticar, definir e agregar ao conhecimento do leitor sobre o insigne papel do cirurgião-dentista no diagnóstico de lesões e maus-tratos não só na infância, mas também na adolescência. Para obter os dados necessários realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados das Faculdades mais relevantes do Brasil bem como na literatura já prestigiada sobre o tema bem como nas leis brasileiras vigentes. Foram incluídos apenas artigos científicos originais, nos idiomas português, inglês e espanhol, considerando o período de 1991 a 2020. No total, 270 estudos foram selecionados, sendo que destes, apenas 51 foram selecionados por estarem de acordo com os critérios de inclusão. Lamentavelmente pela falta de atenção e até mesmo conhecimento pelos profissionais da saúde, os diagnósticos tanto psicológicos quanto físicos das lesões de maus tratos se tornam complexos e tortuosos, o que acarreta em uma repressão ainda maior das vítimas dessas agressões.

Palavras-chave: Abuso sexual na infância; Diagnóstico clínico; Trauma psicológico.

Abstract

With the societies that have been built over the years around the world, problems of a psychological, social and physical nature have been emerging and developing in an abrupt and extensive way. Among them, maltreatment against children and adolescents stands out, in which the dentist has a very important role in identifying its manifestations in the head, neck and oral cavity. This study aimed, through a systematic literature review, to characterize, define, alert, diagnose, define and add to the reader's knowledge about the distinguished role of the dental surgeon in the diagnosis of injuries and abuse not only in childhood. but also in adolescence. To obtain the necessary data, a bibliographical research was carried out in the databases of the most relevant Faculties in Brazil, as well as in the already prestigious literature on the subject, as well as in the current Laws. Only original scientific articles were included, in Portuguese, English and Spanish, considering the period from 1991 to 2020. In total, 270 studies were selected, and of these, only 51 were selected because they met the inclusion criteria. Regrettably due to the lack of attention and even knowledge by health professionals, both psychological and physical diagnoses of abuse injuries become complex and tortuous, which leads to even greater repression of victims of these aggressions.

Keywords: Child abuse sexual; Clinical diagnosis; Psychological trauma.

Resumen

Con las sociedades que se han ido construyendo a lo largo de los años alrededor del mundo, problemas de carácter psicológico, social y físico han ido surgiendo y desarrollándose de manera abrupta y extensa. Entre ellos se destaca el maltrato contra niños y adolescentes, en el cual el odontólogo tiene un papel muy importante en la identificación de sus manifestaciones en cabeza, cuello y cavidad oral. Este estudio tuvo como objetivo, a través de una revisión sistemática de la literatura, caracterizar, definir, alertar, diagnosticar, definir y ampliar el conocimiento del lector sobre el papel destacado del cirujano dentista en el diagnóstico de lesiones y abusos no solo en la infancia sino también en la adolescencia. Para obtener los datos necesarios, se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de las Facultades más relevantes de Brasil, así como en la literatura ya prestigiosa sobre el tema, así como en las Leyes vigentes. Se incluyeron solo artículos científicos originales, en portugués, inglés y español, considerando el período de 1991 a 2020. En total, se seleccionaron 270 estudios, de los cuales solo 51 fueron seleccionados por cumplir con los criterios de inclusión. Lamentablemente, debido a la falta de atención e incluso de conocimiento por parte de los profesionales de la salud, los diagnósticos de las lesiones por maltrato, tanto psicológicos como físicos, se vuelven complejos y tortuosos, lo que conduce a una represión aún mayor de las víctimas de estas agresiones.

Palabras clave: Abuso sexual infantil; Diagnostico clinico; Trauma psicológico.

1. Introdução

Os maus-tratos fazem parte da vida de milhares de crianças e adolescentes, sendo que muitos são cometidos em ambientes familiares, este é um problema atual, recorrente e crescente no Brasil. A definição de maus-tratos utilizada nesse trabalho é descrita pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002):

Toda forma de maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, abandono ou trato negligente, exploração comercial ou outro tipo, da qual resulte um dano real ou potencial para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (OMS, 2002).

Para os profissionais da saúde muitas vezes os sinais físicos e psicológicos passam despercebidos pela falta de conhecimento ou pela falta de observação. O abuso físico nos traz algumas características como hematomas, lacerações, fraturas ósseas frequentes, cicatrizes do trauma persistente, queimaduras causadas por alimento quente ou cigarros, equimose, eritroleucoplasia e arranhões ou cicatrizes. Qualquer tipo de machucado ou lesão não condizente com o tipo de história contada pelo responsável ou pelo menor deverá ser motivo para uma atenção maior a essa família (Massoni, et al., 2010).

No caso do abuso sexual pode ser observada a alteração comportamental, crianças e adolescentes com comportamento sexual impróprio ou com defesa exagerada por medo do toque físico. Alguns aspectos físicos também nos impulsionam a suspeitar como a presença de sinais e sintomas de doenças sexualmente transmissíveis (Tsang, et al., 1999).

Os profissionais da saúde exercem um papel fundamental na identificação e notificação desses casos aos órgãos competentes, entretanto, muitos acabam sendo negligentes nesse quesito por falta de conhecimento ou mesmo por falta de observação, colaborando assim para o mascaramento dos índices epidemiológicos (Almeida, et al., 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, existem algumas formas de denúncia, sendo elas: o disque denúncia e o conselho tutelar, porém este não tem poder para aplicar medidas judiciais, eles zelam pelos direitos das crianças e adolescentes (MS, 2002).

Sendo assim, a importância na formação profissional voltada para proteção e denúncia de maus-tratos é algo indiscutível, porém não existe uma abordagem específica sobre o tema em faculdades. Muitas vezes os profissionais da saúde não sabem como agir perante essas situações e é muito importante que esse tema seja amplamente discutido na grade acadêmica na formação dos profissionais da área da saúde (Santos, et al., 2006).

2. Metodologia

Este estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura, em consonância com as especificações de Rother de 2007. Para obter os artigos referentes a este estudo, realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados National Library of Medicine (PUBMED) com os seguintes descritores MeSH: “Caracterização de crianças e adolescentes atendidos por maus tratos”, “Lesões de maus tratos” e “Trauma na infância e adolescência”. Relatos de casos, séries de casos e estudos observacionais que foram publicados entre 1991 e 2020 e que abrangiam o tema abordado foram incluídos na revisão.

Para a pesquisa avançada correlacionando os termos, os operadores booleanos <and> e <or> foram utilizados. Não houve restrição para o tipo de literatura a ser inserido nas referências. A análise para seleção dos artigos foi do tipo qualitativa, integrando toda e qualquer metodologia de pesquisa.

3. Revisão de Literatura

A classificação de maus-tratos

Em relação a crianças e adolescentes, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define a violência como diversas formas de abuso emocional e/ou físico, abuso sexual, negligência, abuso comercial ou outras formas. Os maus-tratos podem causar danos potenciais ou reais à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade das crianças no contexto de

responsabilidade, confiança ou relações de poder.

O abuso pode ser dividido em físico, sexual, psicológico e negligente (Cavalcanti, et al., 2000).

A violência se constitui atualmente um dos mais graves problemas de saúde pública. Contudo, além da violência que leva à morte, convivemos de modo cotidiano e oculto com várias outras formas de vitimização. A violência doméstica ou intrafamiliar é, sem dúvida, responsável por milhares de crianças e adolescentes vitimados no Brasil (Gomes, et al., 2002).

O abuso físico é um comportamento agressivo por parte de um dos pais e/ ou tutor, que pode variar de tapas a espancamentos ou outro comportamento cruel. Pode ou não deixar marcas físicas visíveis como fraturas, hematomas, queimaduras, asfixia, sangramento interno, podendo até levar à morte. Sem dúvidas deixará marcas mentais e emocionais árduas (Silva, 2002).

Segundo a The World Health Organization (Tsang, et al., 1999) o abuso físico contra uma criança é definido como o uso proposital de força física contra essa criança que resulta em consequências à saúde, sobrevivência, desenvolvimento e/ ou dignidade da criança. Isso abrange bater, espancar, chutar, sacudir, morder, estrangular, envenenar e sufocar, esquentar, queimar. Muitas vezes a violência física contra crianças em casa é usada com o intuito de punição.

Já o abuso físico caracteriza-se pelo uso intencional de força física com o objetivo de machucar a criança ou o adolescente, podendo causar lesões corporais. Estas lesões podem apresentar-se pequenas e/ou moderadas, podemos ter como exemplo, cicatrizes, pequenas ou grandes queimaduras, fraturas simples ou graves ou fratura múltiplas (Souza, et.al., 2017).

O abuso sexual é uma forma de violência cruel e cada vez mais comum. Muitas vezes sofrida dentro de casa e por parentes próximos. É descrito como toda situação em que uma criança ou jovem é submetido a atividades sexuais que eles não entendem totalmente e não podem concordar. Portanto, o abuso sexual infantil configura-se como uma relação que viola as regras sociais e familiares de nossa cultura (Glaser, 1991).

De acordo com Herrera e Strapasson (2015) abuso sexual é toda situação sexual que envolve crianças e adolescentes. Além de englobar casos de exploração sexual, a violência pode variar desde atos em que não haja contato aos atos com contato sexual. Grande parte das vítimas não apresentam sinais de traumas físicos visíveis. Portanto, é importante que o profissional se atente ao comportamento da criança.

A violência sexual de crianças e adolescentes provoca inúmeros danos físicos, emocionais e sociais. Seu entendimento vem sendo construído ao longo dos anos, com diversos fatores da comunidade nacional e internacional de proteção, promoção e defesa de direitos das crianças e dos adolescentes (Brasil, 2018).

A negligência é a negação e/ou faltas em relação aos cuidados em situações que necessitem de uma atitude do responsável na qual ele não a desempenha. Assim, a negligência define-se pela ausência, negação ou a renúncia dos cuidados básicos necessários à criança que deveria receber atenção e cuidados, e, desta forma, pode-se dizer que o abandono pode ser considerado a maneira mais grave de negligência (Mata, 2016).

Da mesma forma Crespo et al. (2011) acrescentaram que é um desleixo aos cuidados a ter com uma criança, não lhe proporcionando cuidados básicos a nível físico como cuidados alimentares, de vestuário, de higiene e de habitação, educacional como inscrição na escola na idade própria e frequência escolar regular, emocional como necessidades de afeto, segurança, apoio emocional e médico como vacinação, acompanhamento médico regular e cuidados médicos urgentes, do qual pode causar danos à saúde e desenvolvimento. Deve-se sempre considerar os recursos disponíveis pela família ou cuidadores e o contexto onde estão inseridos.

No abuso psicológico observa-se o desprezo do responsável pela criança ou adolescente por humilhações, ameaças, impedimentos, ridicularizações que abalam a autoestima da mesma, gerando danos emocionais e grande sofrimento mental e afetivo. Pode causar profundos sentimentos de culpa, mágoa e insegurança, além de uma imagem negativa de si mesmo, gerando danos emocionais pelo resto da vida. É possível apresentar-se ainda como uma rejeição ou abandono afetivo. De uma maneira

ou de outra, os danos são profundos e causam muito sofrimento afetivo às suas vítimas, surgindo assim um sentimento de inferioridade, dificultando seu processo de construção de identificação-identidade (Silva, 2002).

De acordo com a The World Health Organization (Tsang, et al., 1999), o abuso emocional abrange a falha de um responsável em oferecer um ambiente apropriado e de apoio. Engloba atos que têm efeitos adversos na saúde emocional e no desenvolvimento da criança. Atos esses que podem incluir: restringir os movimentos de uma criança, difamação, ridicularização, ameaças, intimidação, discriminação, rejeição e outras formas não físicas de tratamento hostil.

Mudanças repentinas de comportamentos, dificuldade de lidar com sexo, dificuldades de aprendizagem, diminuição do autocontrole, rituais compulsivos, comportamentos autodestrutivos, isolamento, mau humor, agressividade, baixa autoestima, enurese e/ ou fuga fecal, depressão, sono e distúrbios do sono podem ser sinais de algum tipo de Maus-tratos (Herrera, et al., 2015).

Os maus-tratos ocorrem em todas as classes sociais, porém, como há maior controle policial e procura das delegacias nas classes mais desfavorecidas, torna-se mais aparente nessas classes (Granville, et al., 2008).

De acordo com o Ministério dos Direitos Humanos (2017) a forma de maus-tratos mais registrada com 37,6% foi à negligência, seguida da violência psicológica com 23,4%, violência física com 22,2% e violência sexual com 10,9%.

Em uma pesquisa realizada com pediatras por Pires, em 2005, foi identificado como a maior prevalência de maus-tratos o abuso físico, seguido de abuso sexual, negligência e abuso psicológico (Pires, et al., 2005).

O Disque Direito Humanos recebe 76 mil atendimentos no módulo “Crianças e Adolescentes”, sendo 58% do total de 142.665 mil atendimentos totais feitos em 2016 (Brasil, 2017).

No artigo publicado por Apostólico et al. em 2020 podemos ver o crescente aumento dos maus-tratos durante o período de 2004 a 2008, sendo a ordem de prevalência a negligência, maus-tratos físicos, abuso sexual e abuso psicológico (Tabela 1).

Tabela 1 - Aumentos dos maus-tratos entre 2004 e 2008.

Natureza da violência	2004		2005		2006		2007		2008	
	n°	%								
Negligência	1042	57,5	1218	54,8	1780	63,4	1740	63,0	2767	71,4
Física	467	25,8	597	26,9	548	19,5	496	17,9	540	13,9
Sexual	141	7,8	179	8,1	196	7,0	186	6,7	255	6,6
Psicológica	85	4,7	182	8,2	181	6,4	280	10,1	271	7,0
Abandono	78	4,3	45	2,0	101	3,6	63	2,3	45	1,2
Total	1813	100	2221	100	2807	100	2765	100	3878	100

Fonte: Apostólico et al. (2020).

Características psicológicas de maus-tratos

Os serviços em qualquer área da saúde devem ser humanitários para que os pacientes se sintam mais confortáveis e recebam melhor o tratamento durante as consultas ou quando precisam prestar algum serviço na área. Na odontologia não deve ser diferente (Kemoli, et al., 2014).

Alguns fatores podem predispor a agressão, como o uso de drogas e álcool por parte do agressor, gravidez indesejada ou condição socioeconômica precária, normalmente uma criança que possui algum fator de risco está mais propensa a ser uma vítima de maus-tratos. Identificar esses fatores durante a anamnese é de suma importância para a intervenção do problema (Bohner, et al., 2012).

Comportamento incomum, falta de contato visual, medo ao toque, oscilações bruscas de humor, abstinência ou agressividade, baixa autoestima, passividade, timidez excessiva, carência afetiva e incompreensão, dificuldades de aprendizagem, diminuição do autocontrole, rituais compulsivos, comportamentos autodestrutivos, isolamento, mau humor, agressividade, enurese e/ou fuga fecal, depressão, sono e distúrbios do sono são algumas características psicológicas que nos indicam possíveis maus-tratos (Herrera, et al., 2015).

Para facilitar o registro e diagnóstico dos maus-tratos, sugere que outros indicadores referente aos responsáveis podem ser observados, como a dificuldade em se relacionar com a criança, as limitações no fornecimento de proteção física e segurança, a presença de doenças, a instabilidade nas relações familiares, escasso apoio social, presença de situações de violência e/ou abuso de drogas e se há condições socioeconômicas precárias.

O abuso sexual impacta negativamente o desenvolvimento, e quando praticado contra crianças/adolescentes é ainda mais traumático, gerando danos mentais, emocionais, comportamentais, físicas e sociais (Briere, et al., 2003). Algumas características psicológicas importantes são a angústia, medo, raiva, instabilidade ou ambiguidade afetiva, mudança de humor, ansiedade, depressão, baixa autoestima, crises de pânico, sentimentos de desânimo e impotência, sentimentos de desconfiança, principalmente relacionado aos adultos, isolamento social, mentir compulsivamente, caimento do rendimento escolar, apresentar comportamentos regressivos, autodestrutivos ou suicidas (Crespo, et al., 2011).

Vítimas de abuso sexual podem ainda apresentar atitudes sexuais impróprias para a idade, mal-estar pela sensação de modificação do corpo e confusão de idade, culpa, auto- flagelação, vergonha excessiva (Santos, 2009).

A maior diferença entre a negligência e as outras formas de maus-tratos, é que a mesma engloba aspectos visíveis e invisíveis da violência, causando dúvidas para muitos profissionais no que diz respeito ao seu diagnóstico

Mesmo com a dificuldade de diagnóstico da negligência, podem ser observados comportamentos na criança de insegurança, agressividade ou apatia, como consequência deste ambiente familiar. É necessário que sejam feitas intervenções familiares para que isso não se torne um fator de risco capaz de gerar comportamentos infratores e indução ao uso abusivo de substâncias prejudiciais (Gomide, 2014).

Com relação ao abuso físico podemos observar na vítima comportamentos agressivos, dificuldades na auto regulação emocional, dificuldades de socializar, atividades criminais, baixa autoestima, percepção negativa de si mesmo, internalização dos problemas, etc. (Crespo, et al., 2011). A família normalmente descreve a criança como má e desobediente; Há possibilidade de abuso de álcool ou drogas; Cria expectativas sobre a criança que não são reais; É adepto de uma disciplina severa; tem antecedentes de maus-tratos na família e pode, muitas vezes, ocultar as lesões, explicando-as de forma não convincente ou se contradizendo (Brasil, 2008).

Os maus-tratos psicológicos não deixam marcas aparentemente visíveis fisicamente, mas causam danos psicológicos por toda a vida. Abrange todo modo de rejeição, depreciação, amedrontamento, falta de respeito, discriminação, cobrança ou punição exageradas, responsabilidades excessivas para a idade e/ou uso da criança em benefício próprio como em processo de separação dos responsáveis (Herrera, et al., 2015). Pode gerar ainda comportamentos de apatia e isolamento, agressividade, baixa auto- estima e auto-confiança, irritabilidade, choro sem causa aparente, frequentes lesões de pele sem causa aparente, obesidade ou distúrbios alimentares, enurese ou encoprese, atrasos no aprendizado da fala ou até gagueira, problemas escolares, podendo levar o indivíduo até à tentativa de suicídio (Bohner, et al., 2012).

Traumas no início da vida podem causar uma variedade de consequências como impacto negativo no desenvolvimento do cérebro, problemas de comportamento, problemas emocionais e desempenho escolar inferior. As consequências podem levar a alterações comportamentais também na vida adulta como isolamento social, agressividade, transtornos de humor (depressão, ansiedade, baixa autoestima), desenvolvimento de doenças no coração e no fígado, tudo isso pode estar associado a um histórico de violência na infância (Herrera, et al., 2015).

Destaca-se dentre as inúmeras consequências que os maus-tratos podem causar, como o transtorno de estresse pós-traumático, que normalmente é gerado por uma situação violenta. Esse transtorno tem como sintomas o intenso medo, impotência, sofrimento intenso, lembranças do episódio violento através de recordações e sonhos aflitivos e normalmente foge de situações relacionadas àquele evento (Brasil, 2010). Futuramente, esses indivíduos que sofreram maus-tratos são mais vulneráveis ao uso das drogas, gravidez precoce, delinquência e podem tornar-se abusadores (Bohner, et al., 2012).

No atual contexto em que estamos vivendo, abre-se espaço para o aumento de ocorrência de violências dentro de casa, sejam elas de ordens físicas, psicológicas e/ou sexuais. As situações de violência tendem a ocorrer em contextos de estresse, e o isolamento social pode ser reconhecido como um momento estressante. Neste período, precisamos dar ainda mais atenção aos sinais e sintomas de que há algo de errado (Guimarães, et al., 2020).

Características orofaciais de maus-tratos

O diagnóstico se inicia quando a criança entra na sala de recepção ou no consultório. O cirurgião-dentista e sua equipe devem estar atentos à aparência geral da criança, sua compleição e estatura, o andar, seu relacionamento com os pais e sua vestimenta.

É necessária a atenção a alguns sinais físicos que podem ser sugestivos de violência, dentre eles: histórias incompatíveis com lesões existentes, lesões que não condizem com as fases de desenvolvimento das crianças ou adolescentes, número repetido de acidentes (Herrera, et al., 2015). De acordo com a pesquisa de Deans et al. (2014) a inconsistência entre o aparecimento de lesões recorrentes e seu histórico médico indica abuso.

Segundo o Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, publicado em 2008, deve-se suspeitar de maus-tratos quando observar atraso no desenvolvimento psicomotor, se há lesões em várias partes do corpo ou lesões bilaterais, lesões envolvendo partes do corpo geralmente cobertas como as áreas laterais do corpo, grandes extensões do dorso, pescoço, região interna da coxa, órgãos genitais, lesões em diferentes estágios de cicatrização ou cura, história de acidentes recorrentes que requerem tratamento hospitalar, ou história de internações por "traumas acidentais" e falta de explicação da demora entre o "acidente" e a procura de tratamento médico.

O cirurgião-dentista deverá atentar-se no exame extra-oral a assimetrias, inchaço, hematomas, analisar as orelhas, observar se há hematomas e petéquias no olho, lesão no nariz ou marcas sugestivas de maus-tratos. No exame intra-oral deve-se observar presença de queimaduras, contusões perto de comissuras, cicatriz em lábios, língua, palato ou frênulo lingual, manifestação oral de IST, freio labial lacerado, fraturas, ausência de elementos dentários, eritemas, petéquias em junção de palato duro e mole e verrugas (Herrera, et al., 2015).

Os odontopediatras e cirurgiões-dentistas que atendem crianças e adolescentes, devem atentar-se aos sinais de maus-tratos, uma vez que segundo dados internacionais, 65% das lesões decorrentes de maus-tratos físicos se localizam na região orofacial, local de maior atuação desse profissional (Cavalcanti, 2001). Pelas suas características anatômicas e funcionais, essa área torna-se muito fragilizada, necessitando de atenção especial dos profissionais de saúde e sendo muito importante nas relações sociais e interpessoais (Roselino, et al., 2009; Cardoso, et. al., 1997; Montovani, et al., 2006).

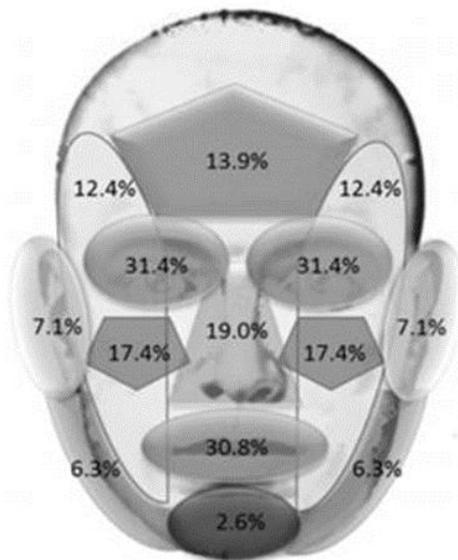
De acordo com Granville-Garcia, Menezes e Silva (2008) as lesões citadas como mais conhecidas pelos cirurgiões dentistas na cidade de Caruaru/PE, foram hematomas, aborrecimento psicológico e lesões em diferentes estágios de cicatrização. Poucos têm conhecimento sobre a falta de cuidados com a saúde bucal como uma forma de maus-tratos infantis, sugerindo negligência.

Além disso, odontopediatras de Uberlândia e Araguari/MG abordam o comportamento como sinal mais recorrente que os levaram a suspeitar de maus-tratos, seguido de hematomas, queimaduras e lesão em palato (Santos, et al., 2006).

A boca é a região facial que mais se afeta quando há agressão. Essas lesões podem ser decorrentes da introdução forçada

de um objeto na boca ou na tentativa de que a criança seja silenciada. Lesões na boca, lábio inferior e o assoalho da boca podem apresentar lesão decorrente de quando se tenta forçar uma criança a comer, mas também são sugestivos de tentativa de abuso sexual (Vidal, et.al. 2018). (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição das lesões de face.



Fonte: Vidal et al. (2018).

Com relação à cabeça, um estudo realizado com crianças em um hospital registrou que 78,8% dos pacientes tiveram traumas de crânio, 27,1% traumas de face e 0,7% traumas de pescoço. Quanto à localização observa-se que 36% acometeu a maxila, seguida de 32% em mandíbula, 21% em zigomático e 11% em nariz (Lucena, et al., 2020).

Em um estudo realizado por Montovani et al., em 2006, puderam perceber que em adultos e crianças onde foram observados 513 casos, os ossos mais acometidos foram à mandíbula, seguido do zigomático, ossos nasais, maxila, órbita e frontal. Nos casos de abuso físico as principais lesões encontradas em face são marcas de cigarro, marcas de mordidas, arranhões e estrangulamento e traumas nas orelhas causados por puxões. É possível identificar todas as marcas pela sua forma, como por exemplo, o aspecto circular e uniforme de uma queimadura de cigarro (Menoli, et al., 2008).

Algumas marcas físicas do abuso físico são visíveis como hematomas (manchas roxas) no corpo, sendo as áreas mais comuns: braços, pernas, olhos, costas, rosto, boca, pescoço, testa, mãos (Rover, et al., 2020).

As lesões podem ajudar a identificar informações importantes sobre há quanto tempo a lesão está presente, já que a cor da lesão se altera com o tempo decorrido. Quando a lesão encontra-se negra/vermelha/violácea indica que seu tempo de evolução é de 1 a 3 dias. Azulada indica que seu tempo de evolução é de 4 a 6 dias. Esverdeada indica que seu tempo de evolução é de 7 a 12 dias. Amarelada indica que seu tempo de evolução é de 13 a 21 dias e após 22 dias esse hematoma normalmente desaparece. Nessa hora devemos observar se a história e tempo contado pelo responsável sobre a lesão condiz com o tempo da mesma (Vidal, 2018). Em muitos casos observa-se também rosto inchado, marcas de queimadura nos lábios, braços e escoriações (Rover, et al., 2020).

Já especificamente na região oral, podemos observar alterações em lábios, dentes, gengiva, freios lingual e/ou labial, maxila, mandíbula, palato mole e mucosa oral (Massoni, et al., 2010; Vidal, 2018). Nos lábios podemos nos deparar com escoriações, equimoses, lacerações. Na língua pode haver mordedura e queimaduras. No palato pode-se ser vista sufusões, lacerações e queimaduras. Todas essas lesões, além de fraturas no complexo bucomaxilofacial, nos levarão a uma suspeita de abuso físico (Crespo, et al., 2011).

Em crianças abaixo de 2 anos é possível diagnosticar a “Síndrome do Bebê Sacudido”, gerada por movimentação violenta da criança, segurada pelos braços ou tronco. Pela fragilidade da musculatura do pescoço e volume cerebral elevado, pode causar choque entre a calota craniana e o tecido encefálico deslocado. Essa ação pode causar desde micro-hemorragias por rupturas de artérias, rompimento de fibras e tecido nervoso até hemorragias maciças. Compromete gravemente o sistema nervoso central gerando convulsões ou paralisia sem sinais que indiquem o estado da criança. Apesar de representar apenas 3% dos casos, pode estar acompanhada de hemorragia de retina (Brasil, 2010).

Uma grande suspeita de abuso sexual se dará caso o cirurgião-dentista observe fraturas faciais como fratura de corpo, ramos e côndilos da mandíbula e fratura do osso zigomático. Em crianças muito pequenas que ainda não andam, este é um alto indício de maus-tratos. Na região oral, pode-se encontrar indícios de abuso sexual em lábio e boca como contusões, lacerações em diversas áreas, desvio de abertura bucal, presença de lesões na comissura labial, equimose nas bochechas geradas por socos, queimaduras. Em dentes, maxila e mandíbula pode-se encontrar fraturas, luxações, intrusão, extrusão, avulsão ou perda precoce e alterações de cor nos dentes. Além de tudo isso, o cirurgião-dentista deve também atentar-se à presença de pêlos pubianos e esperma na cavidade bucal (Brasil, 2008).

Quando o cirurgião-dentista se depara com lesões de infecções em região orofacial, que podem estar relacionados à presença de alguma doença como condiloma oral, herpes oral ou podendo ser uma secreção por gonorreia é um caso com grave suspeita de abuso sexual (Costa, et al., 2019). Quando essas lesões estão presentes devemos atentar a possibilidade daquela criança sofrer maus-tratos, pois essas lesões estão associadas normalmente a doenças sexualmente transmissíveis onde há manifestação oral (Massoni, et al., 2010).

A doença mais comum com manifestação oral é a gonorreia, e quando essa doença é confirmada através de exame, há grandes chances dessa criança ser uma vítima de abuso sexual. O condiloma acuminado apresenta um aspecto de “couve-flor”, originizada do papilomavírus humano. Sífilis que manifesta pápulas nos lábios ou pele da região perioral, não tão comumente encontrada, mas caso haja um teste positivo para a doença, o indício de abuso sexual é forte. Eritema e petéquias quando se manifestam na junção dos palatos duro e mole ou assoalho da boca, podem ser indício de sexo oral forçado (Massoni, et al., 2010). Lacerações nos freios bucal e lingual também são indícios de abuso sexual. Esses são sinais dos casos mais graves (Costa, 2019).

Os exames de imagens são indispensáveis em casos de suspeita. Em crianças que ainda não falam é necessário solicitar exames de crânio, tórax, coluna cervical, coluna toracolumbar, membros superiores incluindo escapula e membros inferiores (Lombar e pelve). Em crianças maiores que consigam sinalizar a dor, deve-se pedir o exame apenas para as áreas suspeitas. Em casos onde há suspeita de abuso sexual pode-se pedir ainda exames para investigação de ISTs como VDRL e Sorologia Anti-HIV, por exemplo. (Cardoso, et al., 1997).

Em casos de abuso sexual pode-se também pedir exames complementares. Irão variar de acordo com a suspeita. O hemograma completo, creatinofosfoquinase total que normalmente se apresenta aumentado, exame de urina e Gama-GT são apenas alguns exemplos dos exames que podem auxiliar em um diagnóstico. (Sociedade de pediatria de São Paulo, 2011).

Entretanto, a Sociedade de Pediatria de São Paulo (2011) relata que a presença de um ou outro sinal não quer dizer necessariamente que ocorram maus-tratos, porém nunca devemos ignorar nenhum sinal ou sintoma. O cirurgião deve juntar evidências para que haja uma suspeita e um diagnóstico de maus-tratos (Herrera, et al., 2015).

A importância da odontologia no diagnóstico de maus-tratos

Com o assustador crescimento da violência, principalmente quando as vítimas em sua grande maioria são crianças e adolescentes, os cirurgiões-dentistas como cidadãos e profissionais da área de saúde, devem estar atentos e aptos para diagnosticar qualquer tipo de maus-tratos. (Vieira, 1998) Desse modo, esses profissionais podem contribuir para interromper o

ciclo da violência que compromete o futuro de muitos indivíduos (Carvalho, et al., 2013).

Cavalcanti (2003) relataram ser inquestionável o papel do cirurgião-dentista perante as situações de maus-tratos, uma vez que em casos de violência, as regiões de cabeça e pescoço englobam cerca de 60,9% das lesões.

Pode-se observar que os cirurgiões-dentistas estão menos envolvidos que outros profissionais de saúde na identificação de qualquer tipo de maus-tratos, mas esses profissionais podem detectar primariamente tais circunstâncias (Corrêa, 2003). É enfatizado seu posicionamento estratégico na detecção de casos, pois a maioria das lesões ocorre na região da cabeça, pescoço, face e boca (Uldum, et al., 2010; Austin, 2012; Carvalho, et al., 2013).

Além disso, a crescente conscientização da população referente à importância da saúde bucal leva os jovens a procurarem os consultórios odontológicos com maior frequência. Isto permite que o cirurgião-dentista tenha mais chance de identificar sinais suspeitos de agressão a crianças e adolescentes (Vidal, et al., 2018).

Ainda conta muito o fato de que os agressores evitam ir ao médico por medo de serem descobertos, por isso é mais fácil procurar ajuda de um dentista do que de uma instituição médica ou pediatra (Ramos-Gomes, et al., 1995).

Portanto, a triagem visando os maus-tratos deve fazer parte de qualquer exame clínico de crianças. Na sala de espera já é possível que o cirurgião-dentista observe o comportamento da criança e veja se apresenta alguma anormalidade, o estado de saúde, nutrição, roupas e saúde em geral. Deve também observar a presença de hematomas ou algo visível no rosto ou o corpo da criança e também avaliar como a criança interage com outras pessoas. Crianças vítimas de maus-tratos tendem a reagir violentamente, mostrar raiva excessiva e perda de controle, ou podem se sentir tristes, deprimidas (Mathur, et al., 2013).

Ao lidar com casos suspeitos de violência infantil, um diagnóstico diferencial abrangente é de suma importância. Será uma oportunidade para os profissionais de saúde compararem as características das lesões com a história relatada pelos pais ou responsáveis. Podendo determinar o tipo de agressão, localização, características clínicas e as ferramentas que podem ser utilizadas em caso de confirmação de agressão (Cavalcanti, 2001).

Uma vez que não existe apenas abuso físico, os profissionais devem ser altamente qualificados para observar o comportamento das crianças, os níveis de ansiedade, as relações parentais e os comportamentos familiares (Hajeri, et al., 2018). A identificação de maus-tratos representa a fase mais importante em que o profissional atuará para o enfrentamento do problema. A dificuldade em identificar violências contra crianças e adolescentes dificulta a notificação dos casos e o acionamento da rede de proteção social, impedindo o término da violência, o que acaba resultando em um aumento de morbidade e mortalidade de crianças e adolescentes (Moreira, et al., 2015).

Todavia, para os profissionais e estudantes de odontologia do Brasil, a falta de conhecimento sobre o assunto impede que haja um diagnóstico de maus-tratos. Caso suspeite de algo, ainda sim, não há conhecimento sobre a conduta a ser tomada (Vieira, 1998).

Em meio aos diversos fatores que impedem a notificação estão: a falta de confiança nos serviços destinados a proteção das crianças e adolescentes, medo de ocorrer um processo jurídico, (Pires, et al., 2005) a dificuldade de lidar com os responsáveis, insegurança com o diagnóstico e falta de conhecimento sobre as responsabilidades legais (Granville, et al., 2008).

Tendo como referência o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990), nas Portarias nº 1.968/2001 Art. 1 (Brasil, 2001) e nº 104/2011 Art. 7 (Brasil, 2011) do Ministério da Saúde, assim como no Código de Ética Odontológico, impõe a todos os profissionais da área da saúde notificar ao Conselho Tutelar de sua localidade os casos de suspeitas ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, atendidos por eles. Exercendo assim seu juramento de zelar pela saúde e dignidade do paciente, além de promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de trabalhar no setor público ou privado.

Conduta do cirurgião-dentista

O Protocolo de Atenção Integral a crianças e Adolescentes vítimas de violência (Soeder, et al., 2008) relata que é necessário ter consciência que esta situação necessita de intervenção, não se limitando às suas capacidades profissionais, ou seja, as diversas nuances da ocorrência levam, necessariamente, a outras competências profissionais e que caso uma suspeita de Maus-tratos isso não se limitará apenas a sua competência profissional.

De acordo com a Sociedade de Pediatria de São Paulo, o profissional deve sempre proteger a vítima, não ignorando que sua expectativa, normalmente, é de transformação da dinâmica familiar e não de afastamento da família; Escutar e compreender o que se passa com a família, evitando confrontos e julgamentos; Não deixar que os próprios preconceitos e emoções pessoais atrapalhem o atendimento. Deve-se ressaltar que simplesmente remover a criança do seio familiar dá abertura para que os pais encubram e neguem seus problemas emocionais e conjugais. Torna-se também importante identificar o papel de cada profissional da equipe, evitando ser onipotente. (Waksman, et al., 2018).

Ainda segundo a mesma sociedade de pediatria, a recomendação será que o profissional diagnostique, trate, encaminhe e acompanhe a vítima, o responsável e o agressor (este quando passível de tratamento), até que os maus-tratos estejam contidos, e a vítima esteja protegida e tratada. (Waksman, et al., 2018).

O mesmo Protocolo de atenção integral também prevê algumas posturas que devem ser evitadas, como não perguntar diretamente ao responsável sobre o que aconteceu, ou enfrentar os responsáveis, dramatizar a situação, e jamais subestimar os riscos reais que a criança corre. Deve-se evitar que a criança tenha necessidade de repetir a história para que não prolongue o sofrimento da mesma, não prometer o sigilo que não poderá cumprir. Ter uma linguagem apropriada para que a criança entenda e manter-se em uma posição onde consiga olhar e ser olhado. É preciso entender o que esse indivíduo espera de atitude e se será possível tomar essa atitude. (Soeder, et al., 2008).

Quando afirmada a suspeita, devemos imediatamente zelar pela proteção da criança, em seguida, denunciar às autoridades responsáveis. (Santos, et al., 2006).

Aspectos legais

O ECA (1990), com a Lei no 8.069, criado em 13 de julho de 1990, visa à proteção integral à criança e ao adolescente. Esta lei emprega-se a indivíduos até os 18 anos, sendo esses considerados como adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem idade, sexo, raça, etnia ou cor, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região, religião, crença ou deficiência.

No Art. 5º do mesmo estatuto decreta que: “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.” (ECA, 1990).

A Lei no 8.069 Capítulo II, Art. 18º impõe que: “é dever de todos zelar pelo bem da criança, advertindo quaisquer formas de maus-tratos”. (ECA, 1990).

Sendo assim, o Art. 130º nos mostra que “verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsável, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia.” (ECA, 1990). Já o Art. 245º diz que:

Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. (ECA, 1990). Desta forma, pode-se dizer que o acima concorda com o Art. 9º, Capítulo VII do Código de Ética Odontológico, que prega ser dever do cirurgião-dentista zelar pela saúde e dignidade do

paciente.

O Código de Ética Odontológico (2003) visa regular os direitos e deveres do cirurgião-dentista, profissionais técnicos e auxiliares, e pessoas jurídicas que exerçam atividades na área da Odontologia, em ambiente público e/ou privado. Segundo esse Código, no seu Art. 17º:

É obrigatória a elaboração do prontuário de forma legível e é necessário que o mantenhamos arquivados seja de forma física ou digital. No caso de suspeita de maus-tratos serão necessários os documentos desde o primeiro contato com a criança. Preencher em cada avaliação, em ordem cronológica com nome, data, hora, assinatura e número de registro do cirurgião-dentista no Conselho Regional de Odontologia.

Devemos notificar, também, lesões apresentadas pela criança, nomeadamente, com fotografia e radiografia, descrever sintomas exibido pela criança, a história apresentada pelos responsáveis deve ser registrada em detalhes, apresentação do estado emocional da criança e do responsável, exames complementares de diagnóstico como radiografias, tomografias, hemograma, procedimentos clínicos e tratamentos realizados (Crespo, 2011).

Penas em casos de maus-tratos

Incluído pela Lei nº 8.069, ou seja, o ECA, de 1990, o Art. 136 prevê penas em casos de maus-tratos em diferentes situações, tais como: Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina:

Pena - detenção, de dois meses a um ano, ou multa.

§ 1º - Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

§ 2º - Se resulta a morte:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

§ 3º - Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (catorze) anos. (ECA, 1990).

Em específico aos profissionais, o Art. 245º alerta:

Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:

Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. (ECA, 1990).

Não obstante da responsabilidade do cirurgião-dentista perante os casos de maus-tratos, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) ainda não elaborou um artigo referente às condutas e deveres que o cirurgião-dentista deve exercer perante esses casos (Granville, et al., 2008).

Denúncia

Os órgãos para denúncia mais citados são o Conselho tutelar antecedendo o Juizado de menores, ministério público e disque denúncia (Granville, et al., 2008).

Uma das maiores dúvidas dos profissionais é a conduta após a identificação dos maus tratos. As principais instituições de denúncia são os Conselhos Tutelares de sua cidade. A denúncia de maus-tratos é o processo que propõe pausar as atitudes e

comportamentos por parte do agressor. (Bohner, et al., 2012).

O Conselho Tutelar é um órgão civil criado pelo Estatuto com o intuito de zelar pelo cumprimento dos direitos da infância e adolescência no espaço social presente entre o cidadão e o juiz. Sendo assim, o Conselho Tutelar é escolhido pela comunidade para exercer medidas constitucionais e legais nessa área (Souza, et al., 2003).

Há ainda outras instituições que atuam contra os maus tratos, sendo eles Varas da Família, Promotorias de Justiça da Infância e da Juventude/Ministério Público, Defensoria Pública, Delegacias de Proteção à Criança e ao Adolescente, Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, Secretarias de Saúde, Secretarias de Desenvolvimento Social, Organizações Não Governamentais ligadas à Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Herrera, et al., 2015).

Mas sempre a primeira e melhor opção é notificar ao conselho tutelar de sua cidade. Caso não tenha conselho tutelar na cidade onde reside a criança, o artigo 262º do Estatuto da Criança e do Adolescente orienta: “Enquanto não for constituída comissão tutelar, o direito de pertencer à autoridade judiciária será exercido pela autoridade judiciária”.

Portanto, neste caso, a notificação deve ser enviada ao Juizado da Infância e da Juventude, à Vara da Família, ao Ministério Público ou a qualquer outra autoridade judiciária existente na localidade onde reside a vítima. A notificação dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos trata-se de uma medida que pretende desencadear uma atuação de proteção à criança ou adolescente e de suporte à família, não é uma ação policial (Herrera, et al., 2015).

A ficha de notificação compulsória serve como um importante instrumento de comunicação entre a Secretaria de Saúde, o Conselho Tutelar e o profissional que teve contato com a criança ou o adolescente, sua família e diagnosticaram o ato de violência. Por isso, a proposta é uma ficha que possa ser utilizada em toda a rede de serviços do SUS (Sistema Único de Saúde). Essa ficha deverá conter os quesitos necessários para a identificação e caracterização da criança ou do adolescente, da sua família, do agressor e da violência sofrida. Deverá também conter espaço para identificação do profissional e da Unidade de Saúde que estão fazendo a notificação. A intenção dessa ficha é construir um relato claro e compreensivo, dando informações e até mesmo sugestões aos conselheiros tutelares e demais autoridades de saúde (Brasil, 2002).

Depois de acolher a vítima, o profissional de saúde deve preencher a Ficha de Notificação e encaminhar o caso para as autoridades responsáveis. Nos casos de abuso sexual, violência física grave e negligência severa, denunciar à Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA). Caso não consiga fazer a denúncia à DPCA, deve-se notificar à Delegacia de Polícia mais próxima da Unidade de Saúde (Brasil, 2009).

Depois de feita a denúncia pelo profissional o conselho irá apurar a veracidade da situação por meio de conversas com a família e visita domiciliar, realiza-se um diagnóstico da situação de cada família. Somente em casos mais graves ou em que o Conselho esgote as tentativas para a mudança daquela vítima, o próprio Conselho tutelar irá acionar a Vara da Infância e da Juventude ou o Ministério Público. Ao contrário do que se pensa, são poucos os casos em que o profissional será chamado a prestar informações à Justiça. O profissional ficará apenas como uma referência para consulta do Conselho Tutelar. Ira depender do profissional acompanhar e cobrar do Conselho informações sobre o atendimento daquela família (Waksman, 2018).

4. Resultados e Discussão

Sendo um problema recorrente e em alto crescimento neste país, a definição de maus-tratos preconizada pela OMS aborda toda forma de maus-tratos físicos, emocionais, sexuais ou ainda, abandono e trato negligente, como formas de abuso ao de menor idade (OMS, 2002; Cavalcanti, et al., 2000). Para alguns autores, os profissionais de saúde não se atentam aos sinais psicológicos e principalmente físicos, deixando assim, passar despercebidos na maioria dos casos (Massoni, et al., 2010; Almeida, et al., 2012).

Existem várias formas de maus-tratos, e podem ser divididos em físico, abuso sexual, psicológico e negligente (OMS, 2002; Cavalcanti, et al., 2000). O abuso físico é abordado como uso da violência com a força física e assim características como

lacerações, fraturas ósseas frequentes, cicatrizes do trauma persistente, queimaduras causadas por alimento quente ou cigarros, equimose, arranhões ou cicatrizes podem ser observadas, pode ocorrer através de objetos e em alguns casos pode-se identificar a forma do mesmo sob a pele (Massoni, et al., 2010; Rover, et al., 2020). Além disso, hematomas podem ser espalhados pelo corpo e de caráter mais árduo, acrescenta-se as alterações mentais algumas vezes irreversíveis e a morte (Massoni, et al., 2010; Rover, et al., 2020; Silva, 2002).

Outra forma de abuso encontrada em literatura é o abuso sexual (Glaser, 1991; Tsang, et al., 1999; Herrera, et al., 2015). Esta forma cresce e se torna cada vez mais comum, acometendo diversas famílias pelo mundo, sendo praticada por membros da própria família (Glaser, 1991).

O abuso sexual é abordado como toda situação em que uma criança ou jovem é submetido a atividades sexuais que eles não entendem e não podem consentir, dessa forma observa-se na literatura que as alterações são principalmente em locais não aparentes, como lesões intra-orais e partes que não são vistas devido aos tipos de roupas utilizadas, sendo assim, torna-se de extrema importância que os profissionais se atentem ao comportamento da criança que apresenta como mecanismo de defesa exagerada por medo do toque físico, ao simples toque em uma consulta periódica (Glaser, 1991; Tsang, et al., 1999; Herrera, et al., 2015). Corroborando, pode-se notar ainda, em casos de abuso sexual que a lesão não é condizente com a explicação dada, ou com a idade e estágio de desenvolvimento da criança (Garrocho-Rangel, et al., 2015). A negligência define-se pela ausência, negação ou a renúncia dos cuidados básicos necessários à criança que deveria receber atenção. Pode-se apresentar de uma forma muito específica o desleixo com os cuidados da criança, não lhe proporcionando a satisfação das suas necessidades de cuidados básicos a nível físico, alimentar, intelectual, habitacional, de segurança, de higiene, apoio emocional, vacinação, acompanhamento médico regular ou cuidados médicos urgentes, pois na falta desses cuidados podem ocorrer danos à saúde e desenvolvimento. É importante avaliar sempre os recursos disponíveis pela família ou cuidadores e o contexto onde estão inseridos para se chegar ao real quadro vivido pela criança ou adolescente (Mata, 2016; Crespo, et al., 2011).

O abuso psicológico, pode se apresentar como o desprezo pela criança, ameaças além da criação de situações humilhantes e de ridicularizações, que abalam a saúde mental da mesma. Pode ser incluído o não oferecimento de um ambiente e cuidados pelo indivíduo, gerando assim danos que necessitará de trabalho de diversas áreas da saúde (Silva, 2002). Somando-se a conceitos teóricos, na prática pode-se observar tanto como formas de negligência, ou abuso psicológico: mudanças de comportamento, dificuldades de aprendizagem, agressividade, mau humor, sono, entre outros (Herrera, et al., 2015).

Logo, sem dúvida alguma há diversas formas de violências e abusos. Nota-se que a negligência é a forma mais persistente em estudos realizados (Apostólico, et al., 2020; Mdh, 2018). É indiscutível o papel do cirurgião-dentista perante as situações de maus-tratos, uma vez que em casos de violência, as regiões de cabeça e pescoço são sempre as mais afetadas (Cavalcanti, et al., 2002). Com isso, é necessário que saiba identificar as lesões ocasionadas para assim intervir e impedir mudando o curso do futuro das crianças (Vieira, 1998; Carvalho, et al., 2013).

O incentivo às consultas periódicas pode ser um fator a acrescentar na checagem de abusos, visto que neste momento o profissional irá perceber os sinais e sintomas (Vidal, et al., 2018), e ainda para uma conscientização para que se suspeitem de condutas inadequadas, procurem auxílio (Vieira, 1998). A identificação de maus-tratos representa a fase mais importante em que o profissional atuará para o enfrentamento do problema, como existe apenas abuso físico, os profissionais devem ser altamente qualificados para observar o comportamento das crianças (Hajeri, et al., 2018; Moreira, et al., 2015).

Entre as principais questões pelas quais os profissionais da saúde não fazem a ocorrência contra agressões está a falta de segurança no diagnóstico e a falta de conhecimento sobre o assunto, tendo em vista muitas vezes o medo do sistema judiciário em relação ao caso (Carvalho, et al., 2005). Acrescentando ainda, que a triagem para abuso deve fazer parte de qualquer exame clínico de crianças. Na sala de espera já é possível que o cirurgião-dentista observe o comportamento da criança e veja se apresenta algum sinal de maus-tratos (Mathur, et al., 2013), para que, assim, direcione a anamnese.

O cirurgião dentista tem o dever de observar principalmente, as alterações em região de cabeça e pescoço (Uldum, et al., 2010; Austin, 2012; Carvalho, et al., 2013), para assim, ao observar anormalidades, imediatamente notificar as autoridades para intervenção e atendimento não só às crianças e adolescentes, como também aconselhar pais ou responsáveis (Minayo, et al., 2002).

Algumas características psicológicas que nos indicam possíveis maus-tratos como o comportamento incomum, falta de contato visual, medo ao toque, oscilações bruscas de humor, abstinência ou agressividade, baixa autoestima, passividade, timidez excessiva, carência afetiva e incompreensão, diminuição do autocontrole, rituais compulsivos, comportamentos autodestrutivos, isolamento, mau humor, agressividade, enurese e/ou fuga fecal, depressão, sono e distúrbios do sono, angústia, medo, raiva, instabilidade ou ambiguidade afetiva, ansiedade, depressão, crises de pânico, sentimentos de desânimo e impotência, sentimentos de desconfiança, principalmente relacionado aos adultos, isolamento social, mentir compulsivamente, caimento do rendimento escolar, apresentar comportamentos regressivos, autodestrutivos ou suicidas. Ou ainda atitudes sexuais impróprias para a idade, mal-estar pela sensação de modificação do corpo e confusão de idade, culpa. (Santos, 2009; Herreira, et al., 2015; Crespo, et al., 2011).

A incoerência entre o aparecimento de lesões recorrentes e seu histórico médico indica abuso (Deans, et al. 2014; Herrera, 2015). As lesões citadas como mais comumente reconhecidas pelos cirurgiões dentistas são hematomas e indicadores psicológicos (Granville-Garcia, et al., 2008; Santos, et al., 2006).

Já especificamente na região oral, podemos observar alterações em lábios, dentes, gengiva, freios lingual e/ou labial, maxila, mandíbula, palato mole e mucosa oral (Massoni, et al., 2010; Vidal, 2018). Podemos também nos deparar com equimoses e lacerações, além de fraturas faciais que indicam também alto índice de maus-tratos (Crespo, et al., 2011; Brasil, 2008). Ainda observam-se lesões de infecções em região orofacial, que podem estar relacionados à presença de alguma doença como condiloma oral, herpes oral ou podendo ser uma secreção por gonorreia é um caso com grave suspeita de abuso sexual (Costa, et al., 2019).

Quando a denúncia, a principal instituição de denúncia é o Conselho Tutelar, seguido do Juizado da Infância e da Juventude (Granville-Garcia, et al., 2008; Bohner, et al., 2012; Herrera, et al., 2015). Sendo obrigatória à notificação em caso de conhecimento ou suspeita de maus-tratos, tendo em vista que o dever do profissional da saúde é sempre zelar pela saúde e dignidade do paciente. Caso não haja notificação pode-se ser aplicada uma multa de três a vinte salários de referência (ECA, 1990; CFO, 2003).

5. Conclusão

Concluiu-se que a falta de conhecimento sobre os maus-tratos na infância e adolescência por parte dos profissionais acaba dificultando o diagnóstico. Além do despreparo para diagnosticar lesões e aspectos psicológicos, nota-se uma escassez de informação sobre a conduta a ser tomada e perante essa situação inicia-se um receio sobre a questão jurídica.

Os maus-tratos, principalmente na infância e adolescência são muito mais comuns do que imaginamos e com números cada vez mais crescentes, por isso, os profissionais da saúde, sobretudo os cirurgiões-dentistas, exercem um papel fundamental no diagnóstico desses casos, uma vez que as lesões se concentram em sua maioria na região orofacial, local de maior atuação desses profissionais.

Esta pesquisa destaca uma lacuna preocupante no conhecimento e preparo dos profissionais de saúde em relação aos maus-tratos na infância e adolescência, resultando em obstáculos significativos para o diagnóstico e intervenção adequada. A ausência de habilidades para reconhecer tanto as lesões físicas quanto os aspectos psicológicos, aliada à incerteza sobre os procedimentos legais, cria um ambiente complexo para lidar com essas situações delicadas. Dado o aumento constante nos casos de maus-tratos nessa faixa etária, é imperativo que os profissionais de saúde, especialmente os cirurgiões-dentistas,

desempenhem um papel proativo no diagnóstico precoce, uma vez que muitas lesões estão localizadas na região orofacial, área de sua competência.

À medida que avançamos, há várias direções que pesquisas futuras podem seguir para abordar essa problemática. Um enfoque essencial seria o desenvolvimento de programas de treinamento abrangentes e obrigatórios para os profissionais de saúde, visando aprimorar sua sensibilidade para detectar sinais de maus-tratos e prepará-los para lidar eficazmente com essas situações, incluindo os aspectos legais envolvidos. Além disso, a criação de diretrizes claras e protocolos de encaminhamento para casos suspeitos de maus-tratos pode oferecer uma estrutura sólida para a ação. Uma colaboração mais estreita entre os profissionais de saúde, assistentes sociais e equipes jurídicas também se mostra crucial para abordar a complexidade dessas situações. Por fim, a pesquisa contínua sobre a prevalência e os tipos de lesões associadas aos maus-tratos, bem como a investigação das abordagens mais eficazes para a intervenção e o apoio às vítimas, contribuirá significativamente para melhorar a resposta da área da saúde a essa importante questão social.

Referências

- Almeida, A. H. do V. de, Silva, M. L. C. A. da, Musse, J. de O., & Marques, J. A. M. (2016). A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. *Arquivos Em Odontologia*, 48(2), 109-115. <https://doi.org/10.7308/aodontol/2012.48.2.08>
- Apostólico, M. R., et al. (2020). Características da violência contra a criança na capital Brasileira. *Revista Latino-Americana*, 20(2), 1-8. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/kSVBCFJmJ7bXBppbPzrfshS/?format=pdf&lang=pt>
- Austin, M., et al. (2012). Growing up in a domestic violence environment: relationship with developmental trajectories of body mass index during adolescence into young adulthood. *J Epidemiol Community Health*, 66: 629-635. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.110932>
- Bohner, T. O. L., & Canto, G. de L. (2012). Maus tratos na infância e adolescência: Protocolo de atendimento no consultório odontológico. *Revista Eletrônica Em Gestão, Educação E Tecnologia Ambiental*, 6(6), 1239-1243. <https://doi.org/10.5902/223611703912>
- Brasil. (2008). Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais da saúde. Ministério da Saúde (MS). www.portal.saude.gov.br.
- Brasil. (2010). Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília.
- Brasil. (2009). Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Saúde do DF. <http://pfdc.pgr.mpf.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio>.
- Brasil. (2018). Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos (MDH). <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/consultorias/conada/violencia-contra-criancas-e-adolescentes-analise-de-cenarios-e-propostas-de-politicas-publicas.pdf>
- Brasil. (2017). Violações de Direitos Humanos: Balanço das Denúncias de Violações de Direitos Humanos. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos (MDH). <http://www.sdh.gov.br>.
- Brasil. (2001). Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes. Sociedade Brasileira de Pediatria. Escola Nacional de Saúde Pública. Ministério da Justiça. Rio de Janeiro; Sociedade Brasileira de Pediatria. 40 p.; 2. ed. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/maustratos_sbp.pdf
- Brasil. (2002). Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília Ministério da Saúde (MS). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_criancas_adolescentes.pdf
- Brasil. (2012). secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília Ministério da Saúde (MS). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
- Brasil. (2014). Secretaria de Direitos Humanos. Presidência da República (BR). Disque 100 – Disque Direitos Humanos/módulo criança e adolescente: Brasília https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/disque-100/relatorio-2019_disque-100.pdf
- Brasil. (2001) Maus-tratos infantis: guia de orientação para profissionais de saúde. João Pessoa: Ideia, 2001. <https://periodicos.ufpb.br>
- Briere, J., et al. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205-22. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.09.008>
- Bringiotti, M. I., et al. (2005) As famílias "em risco" em casos de violência familiar e abuso infantil. *Texto contexto*, 25(2):337-348. <https://www.scielo.br/j/csp/a/4R9sXFKdtfyvbFzqJtSNzp/?format=pdf&lang=pt>
- Cardoso, A. C. A., et al. (1997). Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus tratos). *Moreira Jr. Editora*, 41(9), 354-362. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0104/pdfs/IS24\(1\)014.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0104/pdfs/IS24(1)014.pdf)

- Carvalho L., et al. (2013). O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: o conhecimento dos profissionais no âmbito público e privado. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*, 46(3):297-304. <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/69146>
- Cavalcanti A. L., et al. (2001). Abuso Infantil: protocolo de atendimento odontológico. *RBO*, 58(6), 378-380. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-308205>
- Cavalcanti, A. L., et al. (2000). O odontopediatra diante de maus tratos infantis: diagnóstico e conduta. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*, 15 (2), 259-274. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200016>
- Cavalcanti, A. L., et al. (2003). Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico: uma revisão de literatura. *Ciências Biológicas da Saúde*, 9(3), 29-35. <https://doi.org/10.5212/publicatio%20uepg.v9i3.367>
- Cavalcanti, A. L., et al. (2003). Manifestações Bucais do Abuso Infantil em João Pessoa. *Rev. bras. ciênc. saúde*, 7(2): 161-170. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-361317>
- Brasil. (2003) Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológico. Rio de Janeiro, Brasil: CFO, 2003. <http://www.cfo.org.br>
- Correa, O. B. R., et al. (2003). Transmissão psíquica entre as gerações. *Psicologia USP*, 14(3), 35-45. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642003000300004>
- Costa C. C., et al. (2019). Maus-Tratos Infantis: lesões que podem ser identificadas por Cirurgiões-Dentistas. *Rev. Mult. Psic*, 13(44), 297-304. <https://doi.org/10.14295/online.v13i44.1608>
- Crespo M., et al. (2011). O papel do médico dentista no Diagnóstico e Sinalização do Abuso de Crianças. *Acta Med Port*, 24: 939-948. http://www.paediatric-dentistry.com/docs/papel_medico_dentista_diagnostico_sinalizacao_abuso_de_crianças.pdf
- Deans KJ., et al. (2014) Risk factors for recurrent injuries in victims of suspected non-accidental trauma: a retrospective cohort study. *BMC Pediatrics*, 14(217), 297-307. <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-14-217>
- Delfino, V., et al. (2005). A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular. *Texto contexto*, 14, 209-218. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000500005>
- Garrocho-Rangel, A., et al. (2015). Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *J Clin Exp Dent*, 1;7(3): 428-34. <https://doi.org/10.4317/jced.52301>
- Glaser, D., et al. (1991) Treatment Issues in Child Sexual Abuse. Londres. *British Journal of Psychiatry*, 159(6), 769 - 782 <https://doi.org/10.1192/bjp.159.6.769>
- Gomes, R., et al. (2002). Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cad. Saúde Pública*, 18(3), 707-714. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000300019>
- Gomide, P. I., et al. (2014). *Pais presentes, pais ausentes: regras e limites 14ª Edição*. Londrina, Brasil: Juruá.
- Granville-Garcia, A. F., et al (2008). Maus-tratos infantis: percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. *Odonto Ciência*, 23(1), 35-39. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fo/article/view/1112>
- Guimarães, D., et al. (2020). *Violência doméstica e pandemia de COVID-19: orientações para profissionais sobre sinais de abuso sexual em crianças e adolescentes*. Porto Alegre, Brasil: PUCRS.
- Hajeri, A. L. H., et al. (2018). Assessment of the knowledge of United Arab Emirates dentists of Child Maltreatment, protection and safeguarding. *Eur J Paediatr Dent*, 19(2):105-118. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2018.19.02.04>
- Herrera, L. M., et al. (2015). Cartilha sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes para o Cirurgião-Dentista. *OFLab – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo*, 23(2), 3-23, <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4182.2569>
- Hollis, C. S., et al. (2014). Validation of vulnerability markers of dysfunctions in the socioemotional development of infants. *Rev Lat Am Enfermagem*, 26, 1-10. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2736.3087>
- Kemoli, A. M., et al. (2014). A classic case report with literature review. *Contemp Clin Dent*, 5(2), 256-9. <https://doi.org/10.4103/0976-237X.132380>
- Lucena, M. I. H. M, et al. (2020). Traumatismo facial em crianças: estudo epidemiológico realizado no hospital da restauração. *Brazilian Journals*, 6(10), 74687-74695. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-045>
- Massoni A. C. L. T., et al. (2010). Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(2) 403-410. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200016>
- Mata, N. T., et al. (2016). *Afinal, o que é negligência? Um estudo sobre negligência contra crianças*. Rio de Janeiro, Brasil. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Mathur, S., et al. (2013). Combating child abuse: the role of a dentist. New Malden. *Oral Health Prev Dent*, 11(3):243-50. <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a29357>
- Melani, R. F. H., et al. (2020) *Cartilha sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes para o Cirurgião-Dentista*. São Paulo, Brasil: OFLab – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- Menoli, A. P.; Felipetti, F. A.; Golff, F.; & Ludwig, D. (2009) Manifestações bucais de maus tratos físicos e sexuais em crianças - Conduto do Cirurgião Dentista *Varia Scientia*, 11(3): 11–22. <https://e-revista.unioeste.br/index.php/variascientia/article/view/2602>.
- Minayo, M. C. S., et al. (2002). *Notificação de maus-tratos contra a criança e adolescente pelos profissionais da saúde um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

- Montovani, J. C., et al. (2006). Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. *Rev. Bras. Otorrinolaringologia*, 72(2):235-41. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992006000200014>
- Moreira, G. A. R., et al. (2015). Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária. *Saúde Debate*, 39: 257-267. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005235>
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília, Brasil: OMS
- Pires, A. L. D., et al. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão de literatura para profissionais de saúde. *Arquivo Ciência Saúde*, 12(1):42-9. <https://repositorio-racs.famerp.br/Vol-12-1/08%20-%20id%20102.pdf>
- Ramos-Gomez, F., et al. (1998). Knowledge and attitudes among California dental care providers regarding child abuse and neglect. *The Journal of the American Dental Association*, 129(3):340-8. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1998.0208>
- Roselino, L. M. R., et al. (2009). Danos buco-maxilo-faciais em homens da região de Ribeirão Preto (SP) entre 1998 e 2002. *Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais*. <https://repositorio.usp.br/item/001802464>
- Rover, A. de L. P., Oliveira, G. C. de, Nagata, M. E., Ferreira, R., Molina, A. F. C., & Parreiras, S. O. (2020). Violência contra a criança: indicadores clínicos na odontologia/Violence against children: clinical indicators in dentistry. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 43738-43750. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-114>
- Santos, B. R., et al. (2009). *Guia de referência: construindo uma cultura de prevenção à violência sexual*. São Paulo, Brasil: Secretaria de Educação.
- Santos, J.F., et al. (2006). Maus-tratos infantis: conhecimento e atitudes de odontopediatras em Uberlândia e Araguari, Minas Gerais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integrada*, 6(3), 273-279. <https://www.redalyc.org/pdf/637/63711504011.pdf>
- Santos, S. R. S., et al. (2020). Adaptação e aplicabilidade do componente "maus-tratos" à estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Brasil. Recife. *Bras. Saúde Mater. Infant*. <https://www.ee.usp.br/cartilhas/Livro-MPAPS.pdf>
- Silva, L. M. P., et al. (2002). Violência doméstica contra crianças e adolescentes. Recife, Brasil: EDUPE (1). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_crianças_adolesc.pdf
- Soeder, H. M. S. M., et al. (2008). Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência. *Secretaria Municipal da Saúde*, (1), Retrieved from: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/pmc/rede_de_protecao_de_ctba.pdf
- Souza, C. E., et al. (2017). Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista. Revisão de literatura. *Rev bras odontol*, 4(1), 53-63. <https://doi.org/10.21117/rbol.v4i1.75>
- Souza, P. R. M., et al. (2003). Conselho tutelar: um novo instrumento social contra o fracasso escolar? *Psicologia em Estudo*, 8(2), 71-82. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722003000200008>
- Tsang, A., et al. (1999). Detecting child abuse and neglect: are dentists doing enough? *J Can Dent Assoc*, 65(7):387-91. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10465918/>
- Uldum, B., et al. (2010). Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 20(5):361-5. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2010.01070.x>
- Vidal, H. G., et al. (2018). Lesões orofaciais e abuso infantil: uma ferramenta de notificação. *Editora Universidade de Pernambuco*, 15(2), 403-410. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200016>
- Vieira, A. R., et al. (1998). Abuso infantil. *J Bras Odontopediatria*, 9(3), 15-28. <https://doi.org/10.5212/publicatio%20uepg.v9i3.367>
- Von, M. M. B., et al. (1995). Child abuse education: do not overlook dental professionals. Chicago. *ASDC Journal of Dentistry for Children*, 62(1):57-63. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7775685/>
- Waksman, R. D., et al. (2018). *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*. Brasília, Brasil: Conselho Federal de Medicina.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório Mundial de Violência e Saúde*. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde.