



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE ODONTOLOGIA

CAROLINA SANTOS DE ALMEIDA CARNEIRO

**CONDUTA DO CIRURGIÃO-DENTISTA ANTE A
VIOLÊNCIA INFANTIL: revisão de literatura**

**DENTIST'S BEHAVIOR REGARDING CHILDHOOD
VIOLENCE: literature review**

SALVADOR

2020.1

CAROLINA SANTOS DE ALMEIDA CARNEIRO

**CONDUTA DO CIRURGIÃO-DENTISTA ANTE A
VIOLÊNCIA INFANTIL: revisão de literatura**

**DENTIST'S BEHAVIOR REGARDING CHILDHOOD
VIOLENCE: literature review**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Xavier Paranhos Coêlho Simões.
Co-Orientadora: Profa. Mônica Moura da Costa e Silva.

SALVADOR

2020.1

AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa muito mais que uma pesquisa acadêmica. Além de instigar os alunos graduandos a se qualificarem melhor durante seu curso, me fez ter uma visão mais cuidadosa a respeito da vida como um todo. E que devemos ser sempre gratos. E nada mais justo do que agradecer as pessoas que estão ligadas a esta trajetória.

Primeiramente, meu agradecimento a Deus, sem o seu amor, sabedoria, cuidado e força concedida, eu não venceria mais uma etapa.

Aos meus pais, que através de orações, amor e apoio, deram o melhor de si para que eu chegasse até aqui.

Ao orientador, Prof. Dr. Francisco Xavier Paranhos Coêlho Simões e à co-orientadora Profa. Mônica Moura da Costa e Silva pela brilhante orientação, pelos ensinamentos adquiridos, pela paciência, cuidado e por todo respeito.

À Tatiana Frederico, que além de ser uma professora que admiro, tornou-se uma grande amiga. Me recebeu de braços abertos no estágio e se dispôs a compartilhar seus conhecimentos comigo.

A toda comunidade que se dispôs a ser atendida na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, pois sem o atendimento a este público, que depositou toda a confiança em minhas mãos, eu não teria passado por experiências incríveis e engrandecedoras como as que eu passei.

A meu amigo Gabriel, agradeço pela sua amizade, por me apoiar em tantos momentos difíceis que passei, pelas suas mensagens de conforto e por acreditar tanto em mim. À Eliana, pelo seu companheirismo. Você foi uma das peças fundamentais para que eu chegasse até aqui. E a todos os meus amigos, pelo carinho e pela compreensão de muitas vezes não estar presente fisicamente, vocês moram em meu coração.

A todos os professores, pelos ensinamentos que irei levar para o resto da minha vida.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu êxito profissional.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	7
2. METODOLOGIA	9
3. REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 HISTORICO	10
3.2 TIPOS DE MAUS TRATOS E ASPECTOS OROFACIAIS	11
3.2.1 Violência física	12
3.2.2 Violência sexual	13
3.2.3 Negligência ou privação	14
3.2.4 Violência psicológica	15
3.3 IMPLICAÇÕES DA VIOLÊNCIA INFANTIL E O SETOR SAÚDE	16
3.4 ASPECTOS LEGAIS E A CONDUTA DO CIRURGIÃO- DENTISTA	17
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	
ANEXOS A – DIRETRIZES PARA AUTORES	
ANEXOS B – ARTIGOS REFERENCIADOS	

RESUMO

A violência contra as crianças se constitui um grave problema social e de saúde pública, provocando um impacto no desenvolvimento do menor e repercutindo no comportamento na fase adulta. Apesar da violência não ser recente, e as estatísticas não condizerem com a realidade, nas últimas décadas tem recebido atenção por parte da sociedade e de associações de proteção desses indivíduos. Os profissionais da área de saúde, especificamente os cirurgiões-dentistas, têm atenção maior na região facial (cabeça e pescoço) e conseguem perceber lesões nestas áreas. O objetivo desse estudo foi realizar uma revisão de literatura narrativa sobre a conduta do cirurgião-dentista ante a violência infantil descrevendo os principais tipos de violência infantil, os principais aspectos clínicos que podem ser identificados pela equipe de saúde bucal e a importância desses profissionais no enfrentamento desse problema. Como fonte de pesquisa foi feita a busca nas bases de dados: BVSsalud, SciELO e Google Científico. Nos artigos pesquisados, as violências física e de negligência em crianças, são as mais prevalentes. Além disso, afirmaram que a maioria dos agressores é alguém da família. Muitos estudos enfatizam que os cirurgiões-dentistas se consideram inseguros ao se deparar com tais situações, principalmente em como proceder, pois, a incerteza do diagnóstico e a falta de conhecimento dos serviços de proteção infelizmente ainda é muito grande. Com isso, os resultados demonstram a necessidade do assunto ser abordado de forma mais aprofundada capacitando estes profissionais a como conduzir os casos de violência infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Maus-Tratos Infantis. Agressão. Odontólogos. Responsabilidade Legal.

ABSTRACT

Violence against children is a serious social and public health problem, causing an impact on the development of minors and impacting behavior in adulthood. Although the violence is not recent, and the statistics do not match reality, in recent decades it has received attention from society and associations protecting these individuals. Health professionals, specifically dental surgeons, pay greater attention to the facial region (head and neck) and are able to perceive injuries in these areas. The objective of this study was to conduct a narrative literature review on the dentist's conduct in the face of child violence, describing the main types of child violence, the main clinical aspects that can be identified by the oral health team and the importance of these professionals in coping this problem. As a research source, the databases: BVSalud, SciELO and Google Científico were searched. In the articles surveyed, physical violence and neglect in children are the most prevalent. In addition, they stated that most of the aggressors are family members. Many studies emphasize that dental surgeons consider themselves unsafe when faced with such situations, especially in how to proceed, as the uncertainty of diagnosis and the lack of knowledge of protection services is unfortunately still very large. Thus, the results demonstrate the need for the subject to be addressed in a more in-depth way, enabling these professionals to manage child abuse cases.

KEY-WORDS: Child Abuse. Aggression. Dentists. Liability, Legal.

1. INTRODUÇÃO

A violência infantil constitui um problema social, sendo uma das grandes causas de morbidade/mortalidade nas cidades brasileiras, onde muitas das vezes não é identificado e nem notificado por falta de informação tanto em relação a amplitude do problema quanto a insipiência das pessoas que convivem com essas crianças, o que faz com que a estatística não retrate a realidade (1,2).

A violência pode ser dividida de acordo com a natureza dos atos agressivos, sendo considerado como física, sexual, psicológica e negligência. Embora ela possa atingir ambos os sexos, trabalhos científicos relatam a maior predominância de violência física em crianças do sexo masculino e violência sexual do sexo feminino (3,4) sendo o agressor, na maioria das vezes, um parente, amigo ou até mesmo o pai ou a mãe (5). Fato este, que pode muitas vezes ser fator dificultador na ocorrência de denúncia, uma vez que, muitos dos casos acabam sendo velados pelos próprios familiares.

A agressão em crianças e adolescentes além de deixar marcas evidentes físicas e psicológicas, se constitui como um sério problema de saúde pública, pois invariavelmente afeta a dimensão social desse grupo específico em questão. O serviço de saúde por essas razões, acaba sendo um dos mais procurados em situações de emergência, e, portanto, coloca os profissionais de saúde em posição especial na identificação primária de situações de violência.

O cirurgião-dentista, como parte integrante da equipe multiprofissional exerce papel determinante quando relacionada, especialmente, a injúrias associadas a lesões faciais, que ocorrem na região da cabeça e do pescoço, com graves consequências biopsicossociais (6). De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente o cirurgião-dentista deve informar à autoridade responsável os casos de que tenha conhecimento, seja suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente (7). Assim como enfatiza no Código de Ética Odontológica no artigo 9º, inciso VII e IX:

“Constitui como dever do profissional zelar pela saúde e pela dignidade do paciente, além de promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado.” (8)

A suspeita de maus-tratos pelo profissional da Odontologia, baseia-se essencialmente nas informações adquiridas durante a anamnese e nos exames clínicos e complementares (9). E, invariavelmente é necessário que o paciente retorne ao atendimento para terminar tais procedimentos e esse fato dá ao cirurgião-dentista a oportunidade para observar e avaliar não só a condição física como a psicológica da criança, mas também do ambiente familiar (9). Muitos desses profissionais têm dúvidas quanto à maneira correta de agir (2). Por esse motivo, protocolos de orientação profissional são importantes para ajuda-los no diagnóstico e registro dos casos de violência, proporcionando maior segurança para a sua identificação (10).

A violência infantil é mais comum do que os dados estatísticos apresentam, além de ser de alta relevância, devido aos impactos que trazem para saúde. Porém podem ser irreversíveis, ocasionando, muitas das vezes, traumas para criança, sendo bastante delicado e pela importância, deveria ser mais abordada no curso de graduação. Dessa forma, o presente estudo visa realizar uma revisão da literatura sobre violência infantil e a conduta dos cirurgiões-dentistas frente a essa situação, pelo fato de muitos dos sinais desta condição ocorrerem na região de cabeça e pescoço, área de atuação destes profissionais. Com isso, acredita-se que este trabalho irá contribuir para o aprofundamento do tema, trazendo o assunto à tona e servindo de orientação a estes profissionais com o que devem fazer em situações delicadas como essa.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma revisão de literatura narrativa, sobre os sinais mais comuns provenientes da violência infantil, a conduta do cirurgião-dentista frente a esta situação e as implicações legais relacionadas. Para a realização deste, necessitou pesquisar-se artigos científicos na língua portuguesa e inglesa encontrados nas seguintes bases de dados: BVSaúde (Biblioteca Virtual da Saúde), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Científico.

Como estratégia de busca, foram utilizadas palavras-chaves: “Maus-Tratos Infantis”, “Agressão”, “Odontólogos”, “Responsabilidade Legal” na língua portuguesa; “Child Abuse”, “Agression”, “Dentists” e “Liability Legal” na língua inglesa, selecionadas segundo a classificação dos Descritores em Ciências de Saúde (DeCS). Outras palavras chaves foram utilizadas para facilitar a busca como: crianças, traumas, psicologia e ética. Após a pesquisa inicial, foi feita o refinamento dos artigos encontrados. Dos 225 artigos encontrados na BVSaúde e SciELO, foram selecionados 30 artigos que se enquadraram no critério de inclusão, sendo estudos contextuais sobre a violência infantil e epidemiológicos. No Google Científico foram encontrados 188 artigos e selecionados 29, sendo excluídos 10 artigos que já continham nas outras bases de dados.

Foram incluídos artigos originais no período de 2009 a 2019, porém oito artigos mais antigos foram utilizados para base histórica e para melhor compreensão do tema. Foi incluído também livros, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Código de Ética Odontológica (CEO) e o Código Penal Brasileiro (CP). Os critérios de exclusão foram: ausência de resumo nas plataformas de busca online, relatos de casos ou experiências envolvendo violência contra mulher e idosos e a outros profissionais sem ser cirurgiões-dentistas, de forma mais específica (médicos e enfermeiros) e anos de publicações inferiores a dez anos, com exceção dos artigos que foram mencionados na revisão bibliográfica.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 HISTÓRICO

A palavra “violência”, segundo Mori (11) tem um significado negativo porque está relacionada à noção de ato moralmente reprovável, portanto quem comete intencionalmente este tipo de ato é obrigado a justificá-lo. As consequências deste ato podem resultar em dano psicológico ao indivíduo, deficiência de desenvolvimento ou privação e morte (12). A criança, pela sua vulnerabilidade e dependência, muitas das vezes são alvos de violência (13).

Nas civilizações antigas, os maus-tratos à criança já existiam por meio do infanticídio, utilizado para descartar as crianças que nasciam com alguma deficiência física. Crianças eram mortas ou abandonadas desnutridas ou alimentadas por animais por motivos econômicos, religiosos e equilíbrio de sexos (14). De acordo com Scherer e Scherer (15), o século XVI se caracterizou como a era da violência infantil, pois, as crianças sem condições e sem família, rejeitados pela sociedade, se abrigavam nos colégios e eram submetidas aos piores maus tratos e humilhações deliberados. Contudo, Martins e Jorge (14), discorrem, que ao longo do tempo a figura da criança veio adquirindo novos valores. A imagem do menor passou a retratar através da ingenuidade a esperança de uma vida melhor.

Em contrapartida dessa evolução, a violência infantil vem se perpetuando como um dos maiores problemas da sociedade atual e sendo responsável por prejuízos que atingem as crianças e adolescentes em plena fase de crescimento (16). Segundo Formosinho e Araújo (17), um dos primeiros relatos de maus-tratos físicos foi nos Estados Unidos em 1874, tendo como agente agressor os pais adotivos. Este caso foi encaminhado para a sociedade de prevenção da crueldade contra os animais. O argumento empregado para intervenção foi de que a menor era um membro do reino animal e que, por isso, merecia proteção contra os maus-tratos (17).

No mesmo ano, foi fundada em Nova York a sociedade para a prevenção da crueldade em relação a crianças (NYSPCC). A partir disso, ainda no século XIX, outras sociedades se formaram nos Estados Unidos com os

mesmos propósitos. No Brasil, até 1830 não era crime o espancamento cometido pelos pais (15). Mas foi em 1927, que surgiu o crime de abandono e maus-tratos, ocorrendo um despertar da sociedade para esse grave problema social (14).

Em 1985, em São Paulo, foi instituída a Fundação do Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI). Em 1989, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), foi aprovado pelo Congresso Nacional e transformado na Lei nº 8069, constituindo no instrumento legal na garantia da cidadania de crianças e adolescentes. Em 1998, no Rio de Janeiro, foi fundada a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA). Essas leis e fundações foram criadas mudando a concepção de atendimento à criança e ao adolescente (14).

3.2 TIPOS DE MAUS-TRATOS E ASPECTOS OROFACIAIS

Segundo a ABRAPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e a Adolescência) e a OMS (Organização Mundial da Saúde), as violências podem ser classificadas em três categorias: auto infligida que envolve o comportamento suicida e de auto abuso, interpessoal que ocorre entre membros da família e conhecidos e a coletiva que insere os conflitos por estados, por grupos organizados e por motivos econômicos. A violência infantil é mais comum na categoria interpessoal: pelos membros da família e conhecidos, exigindo que a criança se cale e se anule, usando autoritarismo por serem mais velhos, maus-tratos, ameaças ou provocando danos à sua saúde ou a sua morte (10,18). Além das categorias, a violência é dividida de acordo com a natureza das agressões, sendo consideradas como física, sexual, psicológica, negligência ou privação. Essas categorias se superpõem; todos os tipos de maus-tratos infantis apresentam consequências psicológicas e o abuso sexual é também categoria de maus-tratos físicos (19).

Cirurgiões-dentistas podem desempenhar um papel importante para interromper os maus-tratos, visto que, segundo um estudo feito por Rangel et al. (6), 75% das lesões provocadas por abuso infantil estão presentes na região da cabeça, pescoço, face e/ou boca. Dessa maneira, o cirurgião-dentista, por

estar em constante contato com essas regiões dos pacientes, pode ser o primeiro a suspeitar que uma criança esteja sendo vítima de maus-tratos (20).

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 (21).

Segundo Souza et al. (1), o abuso físico é a forma de agressão mais reconhecível, sendo o segundo tipo de violência mais predominante. Alves et al. (2), discorrem que essa violência quando há presença de lesões, grandes partes estão situadas na região de cabeça e pescoço, variando de 40 a 60%. Em um estudo realizado com dados secundários coletados das fichas de notificação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) em Feira de Santana, Souza et al. (22) identificaram que nessas regiões é comum a observação de lesões como corte/lacerações/perfurações. Além de marcas de espancamento e áreas das regiões frontais e parietais, decorrentes de puxões e batidas violentas no cabelo (6).

As lesões podem ser pequenas e/ou moderadas, como queimaduras, fraturas simples, rompimento do frênulo labial, quando o agressor força agressivamente uma garrafa na boca de um bebê ou de uma criança ou atinge a boca com outro objeto. Até porque, em sua atividade normal, o freio não é rompido, ao menos que a criança caia com um objeto na boca (16).

As lesões dentárias também são comuns e os elementos dentários anteriores são os mais atingidos (23). Podendo ocorrer fraturas, luxações e deslocamentos (intrusão e extrusão), avulsão, perda precoce e alterações da coloração, indicando necrose pulpar, lacerações dos lábios e da língua, desvio da abertura bucal, machucados no canto da boca (16).

Além disso, as marcas de mordida podem estar presentes e apresentar informações minuciosas, podendo ser utilizadas como prova de que o suspeito mantém contato com a vítima, sendo alguém próximo ou até mesmo da família. As mordidas deixam impressões com formato dos dentes, sendo elípticas ou ovais, nesse caso é muito importante comparar as impressões encontradas no corpo da vítima com a arcada do suposto agressor (24).

3.2.2 Violência sexual

A violência sexual infantil é qualquer ação na qual a criança seja usada para a estimulação sexual do agressor. Fundamentando numa relação de soberania ou de autoridade em função do período de desenvolvimento da criança. 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 pornografias gravadas ou capturadas (16).

Souza et al. (22) enfatizam que as crianças estão em fase de desenvolvimento psicossocial, cuja imaturidade não permite perceber a teia criada pelo agressor, que impõe autoridade, para concretizar a sedução e a prática sexual. Além disso, eles discorrem que os resultados do estudo em Feira de Santana apontaram a alta frequência de agressor sexual familiar e conhecidos, achados que mostram o impacto que causa nessa relação e no ambiente, propondo a necessidade de sensibilização e envolvimento da família e da comunidade, nas ações e programas de prevenção e proteção.

O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), em seu artigo 130, determina 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 comum.” (7)

Muitas vítimas do abuso sexual infantil não evidenciam nenhum sinal físico óbvio (25). Quando presentes, são indícios muito fortes de abuso sexual. Esses sinais podem ser mostrados com marcas de mordidas juntamente com

equimoses de sucção no pescoço, vermelhidão, roxeados, podendo levar até a problemas emocionais, como medo, raiva e isolamento (26).

Hohendorff, Koller e Habigzang (19) dizem que o abuso sexual pode atingir pessoas de várias idades e ambos os sexos, porém a prevalência se dá em crianças do sexo feminino, sendo vitimizadas antes dos 18 anos, uma a cada quatro meninas, e um a cada dez meninos. Souza et al. (22) também afirmam no seu estudo, a vitimização predominantemente feminina, com altas proporções nas faixas da infância, com elevada ocorrência de manifestação grave (estupro, com penetração genital e crianças grávidas antes dos doze anos de idade). Isso mostra que o abuso é caracterizado pela sua progressão, a medida que a criança vai se desenvolvendo e muitas delas se consentem, não buscam ajuda ou não compreende de fato o que está acontecendo, como se fosse algo normal.

Aproximadamente metade das crianças vítimas de abuso sexual podem apresentar lesões na cavidade oral, independentemente de apresentar lesões nos órgãos genitais (2). Isso expressa a grande importância do cirurgião-dentista na identificação dessas lesões e do tipo de maus-tratos.

Dentre os sinais claros que podem ser encontrados e devem gerar suspeitas estão principalmente os relacionados a infecções sexualmente transmissíveis, como a gonorreia, que podem aparecer sintomatologia nos lábios, na língua, no palato, na face, 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 (2,25).

3.2.3 Negligência ou privação

A negligência implica em atos de omissão do responsável em proporcionar os cuidados básicos para o desenvolvimento da criança, colocando em risco devido a não supervisão adequada, e não estando física e emocionalmente disponível para tal sujeito (9).

Para haver negligência, são necessários dois aspectos: a cronicidade do fato e o descuido ao atender alguma necessidade básica do menor (1). Alguns exemplos podem ser citados como: privação de higiene, de medicamentos, de cuidados necessários à saúde, não participação dos pais nas tarefas escolares, abandono, supressão alimentar. O abandono também é uma negligência, sendo considerada extrema (27).

Quanto à negligência odontológica, geralmente os pais ou responsáveis, tendo informações e acessos aos atendimentos, não buscam ou não seguem com tratamento da criança, resultando em complicações orais, como: cárie, gengivite e trauma na região orofacial (28,29).

Segundo Zambon et al. (30), a negligência é a forma mais frequente de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Garcia, Silva e Menezes (31), ressaltam que tem alta prevalência nas mais variadas localidades e tem sido dita na literatura como preocupante, uma vez que este tipo de violência, apesar de não apresentar o mesmo grau de indignação dos demais, representa cerca de 40% das fatalidades registradas. Além disso, Faleiros, Matias e Bazon (32), afirmam que a negligência está associada diretamente ao desenvolvimento da criança. Como Glaser (33), que mostra consideráveis evidências de lesões no cérebro decorrentes ao abuso e privação, bem como mudanças bioquímicas e funcionais.

Essas consequências negativas geradas pela negligência tornam patente que, em uma primeira instância, detectada, a necessidade de procurar meios de intervenção, e que contenham e amenizem seus efeitos negativos, assim como, no plano de cuidados entre o responsável da criança.

3.2.4 Violência psicológica

A violência psicológica infantil é toda ação ou omissão que tem a finalidade de causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança. Ela está presente concomitantemente com todos os tipos de violência (28).

Isso ocorre por insultos constantes, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento, ridicularização, manipulação afetiva, exploração,

ameaças, privação, omissão de carinho, negação (18). De acordo com Crespo et al. (16), a violência psicológica é a mais difícil de detectar e provar. Zambon et al. (30), discorrem por meio dos resultados da sua pesquisa, que 84,5% das crianças foram abusadas por agressores identificáveis, a maioria do núcleo familiar. Muitos ocultam as lesões das crianças e as descrevem como má ou desobediente, defendendo a disciplina severa.

Isso expõe que não só os comportamentos das crianças devem ser observados, mas a dos responsáveis também, uma vez que os pais, quando agressores, tendem a apresentar retraídos (25,34). As crianças pedem amparo não somente pela linguagem verbal, mas também corporal. Quando não tem marcas, ou evidências imediatas, as crianças tendem a apresentar comportamento indiferente (27).

Ao serem separadas dos pais, podem se apresentar agressivas, com constantes e graves mudanças de humor e muitas vezes, sentem desconforto ao contato físico (1). Comportamento de excessiva submissão, tristeza, passividade, olhar vigilante e apreensão frente ao choro de outra criança também são indicadores de possível agressão.

Alguns estudos relatam os traumas de infância como responsáveis por cerca de metade das psicopatologias encontradas nos adultos (35). Isso deve-se ao fato do efeito negativo que propicia e as repercussões no desenvolvimento da criança. Velasco et al. (24), discorrem que esses traumas de infância, são mais significativos quando a vítima é do sexo masculino, pois além dos atos violentos, o menor enfrenta o estigma do homossexualismo, tendo que lidar com a suposta masculinidade que o foi submetido.

3.3 IMPLICAÇÕES DA VIOLÊNCIA INFANTIL E O SETOR SAÚDE

A violência é a terceira causa de óbito no Brasil, e a primeira na faixa etária de 0 a 19 anos (14,36). A alta incidência e o impacto da violência infantil na vida da sociedade fizeram que essa questão se tornasse um problema de saúde pública (1,37). Configurando-se na ausência ou vazio de afeto, de reconhecimento, de valorização, de socialização, de direitos (filiação, convivência familiar, nacionalidade) e de pleno desenvolvimento da criança.

Na maioria dos casos, as implicações são grandes, pois provocam traumas que afetam o psiquismo da criança, implicando nas atitudes e as emoções, traduzindo-se até na incapacidade da criança em interagir socialmente dentre das condições próprias da sua idade, podendo tornar-se agressiva (38).

O serviço de saúde por esses motivos, acaba sendo um dos mais recorridos em situações de emergência, com isso, coloca a equipe multiprofissional de saúde em posição estratégica na identificação primária de situações de violência (36). O cirurgião-dentista, como parte integrante da equipe, exerce papel determinante no diagnóstico e acompanhamento desses casos, especialmente a injúrias associadas a lesões faciais decorrente aos maus-tratos infantis (36).

O cirurgião-dentista, atuante na Estratégia Saúde da Família (ESF), pelo contato direto e vínculo com as famílias, emergem como elementos-chave na prevenção, detecção, intervenção e encaminhamento aos órgãos competentes (39). Contudo, no estudo realizado pelo mesmo autor, com 212 cirurgiões-dentistas que atuam na atenção primária de saúde, revela que, apesar da proximidade do profissional com as famílias, uma pequena parcela dos cirurgiões-dentistas identificou alguma situação de maus-tratos na sua prática nesse âmbito.

Moreira et al. (20) discorrem sobre a dificuldade, que se deve a pouca abordagem durante a graduação e sobre as limitações do modelo biomédico diante de pacientes infantis com sintomas indefinidos. Porém, Serpa e Ramos (26), em seus estudos, reafirmam o pensamento dos autores acima, observado que duas horas de aula durante a graduação sobre violência surgiu efeito, visto que a percepção dos alunos no último ano do curso de Odontologia foi condizente com o esperado por um profissional de saúde.

3.4 ASPECTOS LEGAIS E A CONDUTA DO CIRURGIÃO-DENTISTA

O cirurgião-dentista apresenta um papel fundamental na detecção, no tratamento das lesões decorrentes de maus-tratos infantis e em notificar esses casos, pois a maioria das lesões suspeitas ou diagnosticadas estão presentes

na região de cabeça e pescoço (6,40). Porém, de acordo com um questionário realizado na cidade de Cravinhos (São Paulo) com 19 cirurgiões-dentistas, verificou-se que 73,7% nunca tiveram nenhum tipo de orientação a respeito do assunto (41).

Além disso, outra entrevista feita na atenção básica de quatro municípios pertencentes à região de São José do Rio Preto (São Paulo) com 54 profissionais, 75% destes alegam nunca ter suspeitado casos de violência infantil e 96,2% não foram orientados sobre preenchimento da ficha de notificação compulsória (42). Matos et al. (43) discorrem que os resultados de sua pesquisa demonstram que 98,4% dos alunos de graduação de odontologia sabem da importância da anamnese, do exame clínico e físico, mas 67,7% ao examinar preocupam-se apenas com a cavidade oral.

Losso et al. (28) discorrem que no ambiente odontológico, seja no âmbito privado ou numa atenção primária de saúde, o cirurgião-dentista quando se encontrar frente a algum tipo de lesão de natureza suspeita, é dever acolher a vítima, realizar uma anamnese detalhada, ter bom senso quanto ao uso da linguagem e da posição corporal, especialmente quando se trata de criança, em uma posição que possa olhar e ser olhado, realizar exame físico/clínico detalhados verificando se a lesão apresentada é coerente com o ferimento, descrevendo as lesões de acordo com a região, tamanho e o aspecto, não deixar de ser observado a face, pescoço, palato, lábios, assoalho da boca, freios labial e lingual, descrevendo as lesões minuciosamente e se for necessário realizar exames complementares, como radiografias e fotos auxiliando no diagnóstico e buscando informações com os pais ou com o acompanhante.

Isso exige do profissional não só uma boa capacidade de diagnóstico, bem como capacitação adequada para interpretação de linguagem emocional (2,9). Afinal, a revelação pode ocorrer a qualquer momento e, por isso, os profissionais devem estar preparados no que deve dizer e conduzir diante do caso. Caso ocorra a revelação pela criança, é necessário acreditar no relato e nunca questionar sobre o motivo do seu traje e o seu comportamento no atendimento odontológico (44).

A empatia e a compressão da situação deve estar à frente de todo o diálogo com a criança. Não prometer sigilo. Inclusive fazer analogia com super-

heróis pode ser atribuída, explicando que o conselho tutelar são super-heróis dos direitos da criança e do adolescente (19). Além disso, deve-se basear nos indicadores comportamentais e dos sinais e sintomas físicos comuns às crianças abusadas, sendo questionada separada dos pais, e posteriormente, estes, sendo questionados (28).

Hibbard e Sanders (45) relataram que o diagnóstico começa quando a criança entra na sala de recepção ou no consultório. A maioria dos pais que acompanham a criança abusada mostram-se ansiosos e preocupados sobre a situação da criança (25). É importante ser observado relatos discordantes quando o responsável é entrevistado por mais de um profissional ou separadamente da criança, analisando a dinâmica familiar, relatos dos pais sobre experiências próprias de terem sido agredidos violentamente na infância, o uso excessivo de álcool e drogas ilícitas e as recorrentes faltas da criança ao atendimento odontológico.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n 8.069/90), na parte dos Direitos Fundamentais, Capítulo 1, do Direito à Vida e à Saúde, artigo 13:

“Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.” (7)

Assim como, na parte dos Crimes e das Infrações Administrativas, Capítulo 11 no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as Infrações Administrativas, artigo 245:

“Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, resulta em pena de multa de três salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.” (7)

Incluindo o Conselho Federal de Odontologia, o qual explicita no capítulo I das Disposições Preliminares no artigo 3º do Código de Ética:

“O objetivo de toda a atenção odontológica é a saúde do ser humano. Constitui como dever dos profissionais da Odontologia, como integrantes da equipe de saúde, dirigir ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população.” (8)

Com isso, o cirurgião-dentista tem o papel de cuidar do paciente como um todo, zelar pela saúde e integridade dele, com o dever de notificar não só na confirmação do diagnóstico, mas em caso de suspeita de maus-tratos. A

ficha de notificação compulsória insere-se como uma estratégia primordial do Ministério da Saúde, inserida no SINAN (Sistema de Informação aos Agravos de Notificação) que foi implantada de forma gradual em 1993, porém só em 1998 foi regulamentada e se tornou obrigatória, com o objetivo de ser uma ferramenta como vigilância epidemiológica na área da saúde, agindo na coleta, transmissão e disseminação dos dados rotineiramente gerados por ele (46).

Segundo Hohendorff e Patias (44), a ausência de um sistema de registros dos casos de violência em saúde, constitui como uma enorme limitação na viabilização e de informações fidedignas. Além disso, eles discorrem que é por meio da notificação se cria um elo entre o sistema de saúde e o sistema legal. Iniciando, assim, uma interação da rede multiprofissional.

A notificação compulsória nos casos de abuso de crianças e adolescentes deve ser realizada em três vias (nas unidades notificantes), em geral, aquelas que prestam atendimento ao Sistema Único de Saúde, uma via fica no serviço de saúde onde o cirurgião-dentista trabalha, a segunda via deve ser encaminhada ao Setor Municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica e a terceira via ao Conselho Tutelar ou na falta desses, comunicação ao Juizado da Infância e Juventude, conforme exigência do Estatuto da Criança (ECA) (46).

Em outras unidades, como nos consultórios particulares poderão ser cadastradas no Sistema de Informação aos Agravos de Notificação e encaminhada ao Setor Municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica ou ao Distrito Sanitário para que a notificação se proceda. Importante destacar que a notificação deve ser feita não só pelo profissional, como alguém que presencie algum ato de violência pelo Disque 100 (Denúncia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes) ou pelo aplicativo “Direitos Humanos Brasil”.

Garbin et al. (36) discorrem que a notificação de cada situação deve seguir uma trajetória específica, isto é, de acordo com o caso diagnosticado pelo profissional de saúde. Hohendorff, Koller e Habigzang (19) destacam que após a notificação, o profissional deve acompanhar a criança e o contexto familiar, uma vez que, o agressor que pode fazer parte desse ciclo, precisará ser alvo de atenção e ajuda.

A notificação compulsória está subdividida em campos, englobando os dados de identificação da vítima, a natureza da agressão sofrida, dados sobre evolução da agressão e os encaminhamentos necessários, descrevendo a unidade de saúde em que notificou e para onde está encaminhando (46). Martins et al. (47), relatam que as principais barreiras para os cirurgiões-dentistas notificarem é a preocupação com as consequências da denúncia para o exercício da sua profissão. Por outro lado, a certeza do sigilo foi a solução mais mencionada pelos participantes da sua pesquisa, com o objetivo de auxiliar os profissionais a denunciarem os casos suspeitos (47).

Ao notificar, é importante que as informações sejam transmitidas de forma sigilosa, conforme é dito no Código de Ética Odontológica, no capítulo II dos Direitos Fundamentais, artigo 5º, inciso II: “Guardar sigilo a respeito das informações adquiridas no desempenho de suas funções”. Caso isso não ocorra, o Código Penal Brasileiro, no Artigo 154, prevê:

“Pena de três meses a um ano de detenção, ou multa para aquele que, sem justa causa, revele segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem.” (48)

Ou seja, o cirurgião-dentista terá, por força natural da sua profissão, acesso a informações íntimas da criança e essas informações devem se manter preservadas entre os profissionais de saúde e as autoridades legais.

Em alguns países, os cirurgiões-dentistas estão aptos a diagnosticar abusos infantis, devido ao fato de os médicos pediatras receberem pouco treinamento no que diz respeito à cavidade oral (2). Diante dessa necessidade, os Estados Unidos, incluiu, em seu currículo de graduação em Odontologia, o abuso infantil como conteúdo programático (27). Além disso, em Nova York, os profissionais de saúde são exigidos a fazer um curso de duas horas sobre identificação e relato de abuso como pré-requisito para obterem suas licenças (12).

Diante das pesquisas realizadas por Serpa e Ramos (26), a maioria dos cirurgiões-dentistas ou estudantes de Odontologia dizem ter conhecimento de sinais de abusos em criança, porém as lesões e as consequências ocorridas deste ato foram pouco citadas, o que pode acarretar no não diagnóstico e consequentemente na falta de notificação.

Alves et al. (2), comentam que este resultado, em sua maioria, é devido a não terem recebido a base necessária durante a graduação e, quando receberam, somente ocorreu na disciplina de Odontologia Legal, vendo a necessidade de o tema ser melhor abordado no currículo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir por meio desta revisão de literatura que apesar de termos passado por marcos históricos e avanços no entendimento a violência infantil, o enfrentamento perdura, uma vez que muitos dos casos são omitidos e não notificados. Ressaltar a importância do cirurgião-dentista frente à violência infantil, uma vez que as regiões mais acometidas são as regiões de cabeça e pescoço, participando desde o acolhimento a notificação compulsória, para que os dados estatísticos sejam mais fidedignos e a amplitude do problema seja trabalhada nos diversos segmentos, possibilitando discussões e reflexões entre diversos setores, e que possam culminar em estratégias preventivas e recursos terapêuticos.

Sabe-se que a denúncia não é fácil, mas garantir a segurança das crianças é prioridade. Além disso, registrar significa contribuir e assumir responsabilidade social enquanto um profissional de saúde. Com base na literatura, muitos cirurgiões-dentistas relataram à falta de conhecimento sobre o seu papel no relato de abusos de crianças. Com isso, é necessário que este assunto seja abordado de forma mais específica nos cursos de graduação, pós-graduação, em jornadas, palestras e práticas interdisciplinares como medida de prevenção e que se tornem aptos a conduzir corretamente os casos de suspeitas de maus-tratos.

REFERÊNCIAS

1. Souza CE, Rodrigues IFMM, Zocratto KBF, Oliveira CAS. Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista – revisão de literatura. *Rev Bras Odontol Leg.* 2017; 4(1):53-6.
2. Alves MA, Fonseca BA, Soares TRC, França AKA, Azevedo RN, Tinoco, RLC. Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de abuso sexual infantil: revisão de literatura. *Rev Bras Odontol Leg.* 2016; 3(2):92–8.
3. Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents - a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dent Traumatol.* 2010; 26(2):149–53.
4. Stoltenborgh M, Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011; 16(2):79–101.
5. Ramos AB. Abuso sexual infantil: consequências emocionais e comportamentais [monografia]. [Ariquemes, Rondonia]: Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA); 2015. 42p.
6. Garrocho-Rangel A, Márquez-Preciado R, Olguín-Vivar AI, Ruiz-Rodríguez S, Pozos-Guillén A. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *J Clin Exp Dent.* 2015; 7(3):428–34.
7. Brasil. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) [Internet]. Câmara dos Deputados, CEDECA; 2017. [acesso em 20 out 2019]. Disponível em: www.cedecarj.org.br
8. Brasil. Resolução CFO-118/2012. Código de Ética Odontológica [Internet]. Conselho Federal de Odontologia; 2012. [acesso em 20 out 2019]. Disponível em: http://cfo.org.br/wpcontent/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf
9. Mathur S, Chopra R. Combating child abuse: the role of a dentist. *Oral Health Prev Dent.* 2013; 11(3):243–50.

10. Almeida ISF, Viana RRF. A responsabilidade do cirurgião-dentista na detecção de maus-tratos em crianças [monografia]. [Aracaju, Sergipe]: Universidade Tiradentes; 2018.14p.
11. Mori M. A bioética: sua natureza e história. Humanidades [Internet].1994. [acesso em 23 fev 2020]; 9(4):332–41. Disponível em: <https://social.stoa.usp.br/mag/texto-1-a-bioetica-sua-natureza-e-historia.pdf>
12. Krug EG, Dahlberg LL. Violência – um problema global de saúde pública. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra, Suíça: Biblioteca da Organização Mundial da Saúde; 2002. 1-22p.cap1.
13. Park CM, Welbury RR. Current and historical involvement of dentistry in child protection and a glimpse of the future. Oral Dis. 2016; 22(7):605–8.
14. Martins CBG, Jorge MHPM. Child abuse: a review of the history and protection policies. Acta Paul Enferm. 2010; 23(3):423–8.
15. Scherer EA, Scherer ZA. A criança maltratada: uma revisão da literatura. Rev Latino-Americano Enferm. 2000; 8(4):22–9.
16. Crespo M, Andrade D, Alves ALS, Magalhães T. O papel do médico dentista: no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças. Acta Med Port. 2011; 24(4):939–48.
17. Oliveira-Formosinho J, Araújo SB. Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. Educ e Pesqui. 2002; 28(2):87–103.
18. Saúde M. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência [Internet]. Secretária de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, Distrito Federal, Brasil. 2009. [acesso em 22 de out 2019]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livreto_pronasci_08_07_09.pdf

19. Hohendorff JV, Habigzang LF, Koller SH. Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: panorama e alternativas de atendimento. *Psicol Ciênc Prof*. 2015; 35(1):182–98.
20. Moreira GAR, Rolim ACA, Saintrain MVL, Vieira LJES. Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária. *Saúde em Debate [Internet]*. 2015. [acesso em 18 de set 2019]; 39(1):257–6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500257&lng=en&nrm=isso
21. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciênc Saude Colet*. 2016; 21(3):871–80.
22. Souza CS, Costa MCO, Assis SG, Musse JO, Nascimento Sobrinho C, Amaral MTR. Sistema de vigilância de violências e acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no sistema único de saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Ciênc e Saude Colet*. 2014; 19(3):773–84.
23. Silva KBG, Cavalcanti AFC, Cavalcanti AL. Maus-tratos infantis: conhecimentos e condutas dos cirurgiões-dentistas da estratégia saúde da família de Guarabira-PB, Brasil. *Rev Família, Ciclos Vida e Saúde no Context Soc [Internet]*. 2016. [acesso em 18 de set 2019]; 35(1):108–17. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1977>
24. Velasco LEL, Rosa GC, Baldasso RP, Fernandes MM, Oliveira RN, Oliveira AMG. Responsabilidade dos cirurgiões dentistas frente a maus-tratos contra a criança – revisão de literatura. *Brazilian J Forensic Sci Med Law Bioeth*. 2015; 4(3):294–309.
25. Massoni ACLT, Ferreira ÂMB, Aragão AKR, Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Ciênc Saúde Colet [Internet]*. 2010. [acesso em 18 de set de 2019]; 15(2):403-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200016&lng=pt&tlng=pt
26. Serpa EM, Ramos AAS. Percepção dos maus tratos infantis pelos estudantes de odontologia da UFPB. *Int J Dent*. 2011; 10(4):234-41.

27. Alves PM, Cavalcanti AL. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico: uma revisão de literatura. *Cienc Biol Saúde* [Internet]. 2003. [acesso em 20 de out 2019]; 9(3/4):29–35. Disponível em: <http://revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/viewArticle/367>
28. Losso EM, Duda MDJGD, Bertoli FMP, Pizzatto E, Correr GM, Souza JF et al. Maus-tratos infantis: o papel dos cirurgiões-dentistas na proteção das crianças e adolescentes. *Universidade Positivo*. 2015; 9:1–12.
29. Dalledone M, Paola APB, Correr GM, Pizzatto E, Souza JF, Losso EM. Child abuse: perception and knowledge by public health dentistry teams in Brazil. *Brazilian J Oral Sci*. 2015; 14(3):224–9.
30. Zambon MP, Jacintho ACÁ, Medeiros MM, Guglielminetti R, Marmo DB. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58(4):465–71.
31. Granville-Garcia AF, Silva MJF, Menezes VA. Maus-tratos a crianças e adolescentes: um estudo em São Bento do Una, PE, Brasil. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2008; 8(3):301–7.
32. Faleiros JM, Matias ADSA, Bazon MR. Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(2):337–48.
33. Glaser D. Child abuse and neglect and the brain - a review. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000; 41(1):97–116.
34. Assis F, Ferreira EB. Repercussões da violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Adolesc Saúde*. 2012; 9(2):53–9.
35. Waikamp V, Serralta FB. Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Cienc Psicol*. 2018; 12(1):137–44. doi: <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1603>
36. Garbin CAS, Rovida TAS, Costa AA, Garbin AJI. Reconhecimento e notificação de violência pelos profissionais da estratégia de saúde da família. *Arch Heal Investig*. 2016; 5(1):8–12.

37. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc Saude Colet*. 2015; 20(6):1879–90.
38. Moreschi MT. Violência contra crianças e adolescentes: análise de cenários e propostas de políticas públicas. Ministério dos Direitos Humanos Brasil [Internet]. 2018. [acesso em 03 de mar 2020]; 494p. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/violencia-contra-criancas-e-adolescentes-analise-de-cenarios-e-propostas-de-politicas-publicas-2.pdf>
39. Zanelatto PF, Medeiros M, Santos WS, Munari DB. Violência contra crianças e adolescentes: significados e atitudes por equipes da estratégia saúde da família. *Cienc enferm* [Internet]. 2012. [acesso em 03 de mar 2020]; 18(2):41–9. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200005
40. Menoli AP, Felipetti F, Golff F, Ludwig D. Manifestações bucais de maus-tratos físicos e sexuais em crianças – conduta do cirurgião-dentista. *Rev Varia Sci*. 2009; 7(14):11–22.
41. Tornavoi DC, Galo R, Silva RHA. Conhecimento de profissionais de odontologia sobre violência doméstica. *RSBO Rev Sul-Brasileira Odontol*. 2011; 8(1):54–9.
42. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Saliba O, Costa ACO, Queiroz APDG. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. *Rev Bras Pesqui em Saúde*. 2011; 13(2):17–23.
43. Matos FZ, Borges ÁH, Mamede Neto I, Rezende CD, Silva KL, Pedro FLM, et al. Avaliação do conhecimento dos alunos de graduação em odontologia x cirurgião dentista no diagnóstico de maus-tratos a crianças. *Rev Odontol Bras Central*. 2013; 22(63):153–7.
44. Hohendorff JV, Patias ND. Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo. *Barbarói*. 2017; 49:239–57. doi:10.17058/barbaroi.v0i49.9474.

45. Hibbard RA, Sanders BJ. Abuso e negligência à criança. In: Dean JA, Avery DR, McDonald RE. McDonald e Avery: odontopediatria para crianças e adolescentes. 9th ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2011.19-26p.cap2.
46. Brasil. Ministério da Saúde, Secretária da Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN). 2nd ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2007. 68p.
47. Martins-Júnior PA, Ribeiro DC, Peruch GSO, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Abuso físico de crianças e adolescentes: os profissionais de saúde percebem e denunciam?. Cienc Saude Colet. 2019; 24(7):2609–16.
48. Brasil. Decreto Lei nº 2848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro [Internet]. Senado Federal: Brasília, DF; 2017. [acesso em 03 de mar 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm

ANEXO A – DIRETRIZES PARA AUTORES

NORMAS DA REVISTA DE ODONTOLOGIA DA BAHIANA

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens laterais direita e esquerda de 3 cm e superior e inferior de 2 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto

1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.

1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.

1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).
- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado (CAAE) como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório).

Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação

prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em sequência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos: Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico: Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro: Paiva JG, Antoniazzi JH. Endodontia: bases para a prática clínica. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro: Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. Principles of neural science. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico: Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu “Tabela” do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

- c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.
- d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.
- e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.
- f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL

ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS

Os artigos referenciados desta revisão de literatura seguem em anexo no e-mail encaminhado.