



**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**DANIELLE BRITO NOGUEIRA**

**CONDUTA DE CIRURGIÃO-DENTISTA PERANTE  
VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL: revisão de literatura**

**CONDUCT OF DENTAL SURGEONS IN THE FACE OF  
CHILD VIOLENCE: literature review**

**SALVADOR**

**2022**

**DANIELLE BRITO NOGUEIRA**

**CONDUTA DE CIRURGIÃO-DENTISTA PERANTE  
VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL: revisão de literatura**

**CONDUCT OF DENTAL SURGEONS IN THE FACE OF  
CHILD 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. Carla Figueiredo Brandão Maciel

Co-Orientador: Prof. Dr. Francisco Xavier Paranhos Coelho Simões

SALVADOR

2022

## **DEDICATÓRIA**

Desde o início da minha graduação, ou melhor, da minha vida, lembro de meus pais me tranquilizando e me inspirando à não desistir e me dando forças para o que fosse necessário. Com meu Trabalho de Conclusão de Curso não seria diferente, e por esse motivo, eu dedico a eles meu TCC.

Pai, Mãe, sem vocês esse sonho não teria se concretizado. Minha eterna gratidão e reconhecimento por ter os melhores ao meu lado.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que de alguma forma colaboraram com a elaboração desse trabalho.

Em especial aos meus pais, pelo suporte e amor de sempre.

À minha irmã, por todo o carinho e cuidado e conselhos.

Aos meus colegas de curso que contribuíram direta e indiretamente para o meu crescimento pessoal e profissional durante a minha graduação e elaboração desse trabalho.

A todos os excelentes mestres da Faculdade Bahiana de Medicina e Saúde Pública que através de seus ensinamentos, ampliaram meus conhecimentos, despertando em mim sede de saber.

Em especial à minha orientadora Carla Brandão, por ter aceitado contribuir com meu trabalho.

E por final, à Deus, sempre presente, abrindo meus caminhos e os preenchendo com as mais incríveis pessoas e vivências.

# SUMÁRIO

## RESUMO

## ABSTRACT

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>10</b>
3.1	TIPOS DE VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL E ASPECTOS OROFACIAIS .....	11
3.2	ASPECTOS LEGAIS NO MANEJO DA VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL	13
3.3	CONDUTA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL.....	15
3.4	FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA QUANTO À VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL.....	17
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>19</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>21</b>
	<b>ANEXO A – DIRETRIZES PARA AUTORES</b>	
	<b>ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS</b>	

## RESUMO

**Introdução:** Sabe-se que o conceito de criança e de adolescente se modificou ao longo da história, hoje privilegiando um desenvolvimento saudável e seguro que deve ser garantido por toda a sociedade, incluindo profissionais de saúde, que devem prevenir e tratar casos de violência. **Objetivo:** conhecer a conduta do cirurgião-dentista diante de violência infanto-juvenil. **Método:** revisão de literatura na Biblioteca Virtual em Saúde, contemplando estudos publicados em português entre 2003 e 2022 com os descritores “dentista” e “violência infantil”. Foram encontrados 28 artigos, usados 8 destes e acionados outros 4 materiais de órgãos governamentais e não governamentais de saúde e outro artigo científico ausente do banco de dados supracitado. **Resultados e discussão:** os estudos selecionados versam sobre os tipos de violência, a física, a psicológica, a sexual e a negligência. Dispõem sobre as lesões orofaciais que podem ser identificadas pelo profissional como fraturas, hematomas, cicatrizes e queimaduras. Descrevem os aspectos legais que fazem recomendações de como conduzir casos de suspeita e confirmação de violência infanto-juvenil. Relatam as condutas de cirurgiões-dentistas frente à violência, salientando orientações para tal e dificultadores do processo de realizar denúncias e expõem sobre a formação deste profissional sobre o tema, o que é bastante regular e carece de melhorias. **Considerações finais:** O cirurgião-dentista é um profissional-chave na identificação de casos de violência infanto-juvenil, que precisa de formação profissional adequada para intervir nestes casos e proporcionar saúde, conforme preconiza o código de ética da profissão.

**Palavras-chave:** Cirurgião-Dentista; Violência infantil; Conduta de saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** It is known that the concept of a child and an adolescent has specialized throughout history, today privileging a healthy and safe development that must be guaranteed by the whole society, including health professionals, who must prevent and treat cases of violence. **Purpose:** to know the behavior of the dentist in the face of child violence. **Method:** literature review in the Biblioteca Virtual em Saúde, including articles published in Portuguese between 2003 and 2022 with the descriptors “child violence” and “child violence” searched in portuguese. 28 articles were found, 8 of these articles and 4 other materials from governmental and no governmental health organization and other scientific missing from the aforementioned database were activated. **Results:** studies bring the types of violence, such as physical, psychological, physical, sexual and negligence. Its has about the orofacial injuries that can be identified by the professional, such as fractures, bruises, scars and burns. The articles describe the legal aspects that make such configuration templates and child confirmation; behavior of dentists in the face of violence, emphasizing the orientation process for this and making it difficult to investigate complaints. And explain about the formation of this theme, which is quite regular and needs improvement. **Conclusions:** finally, it is clear that the dentist is a key professional in the identification of cases of child violence, but that he needs adequate professional training to intervene in these cases and provide health, as recommended by the profession's code of ethics.

**Keywords:** Dentists; Child Abuse; Health Behavior.

## 1 INTRODUÇÃO

Até a Idade Média, segundo Ariès (1), crianças, adolescentes e adultos eram socialmente iguais, o que facilitava os maus-tratos. Neste período o índice de mortalidade infantil era alto, sendo a morte de crianças era comumente vivenciada com naturalidade (1). Assim, o conceito de infância e adolescência vai se remodelando a partir da Idade Moderna, quando estes sujeitos passam a ter direitos e cuidados específicos para sua faixa etária (2).

Hoje, é considerada criança até doze anos, e adolescente até dezoito anos (3). Em 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi aprovado como instrumento legal dos direitos destes indivíduos, colocando-os em condição de prioridade, não podendo ser objetos de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, sendo punido quem o fizer (3). Cabe ressaltar o papel de proteção que família, sociedade em geral e poder público cumprem no sentido de efetivação de seus direitos.

Mesmo assim, os atos de violência infanto-juvenil seguem acontecendo e são muitas vezes naturalizados dentro do âmbito privado da família (4). A violência infanto-juvenil se apresenta como um problema social e de saúde pública, envolvendo fatores culturais, étnicos e socioeconômicos. A violência é caracterizada como a intenção de usar força física ou poder com a finalidade de causar lesões, problemas psicológicos, deficiência de desenvolvimento, privação e até a morte (5). Dentre as possibilidades de violência contra crianças e adolescentes, estão: violência patrimonial, física, psicológica, sexual, negligência, abandono, adoção ilegal, trabalho infantil, tráfico infantil, dentre outras (6).

Neste contexto, entre 2016 e 2020 foram verificadas 34.918 mortes violentas de crianças e adolescentes, uma média de 6.970 mortes por ano (7). Contudo, há uma difícil identificação e notificação por falta de informação e porque, em muitos casos, a violência infanto-juvenil é tratada como algo íntimo e privado da família, conforme Minayo (4), o que faz com que a estatística não se apresente conforme a realidade.

Os reflexos da violência surgem na área da saúde através do quantitativo de mortes, traumas físicos e agravos mentais decorrentes do ato, pelo comprometimento da qualidade de vida dos sujeitos, mediante custos com



tratamentos e reabilitação ou pela necessidade de reorganização das práticas assistenciais de saúde (8).

Assim, os serviços de saúde tornam-se portas de entrada para as vítimas, colocando a equipe multiprofissional em posição especial na identificação de situações suspeitas e confirmadas de violência. Diante dessa circunstância, o cirurgião dentista, parte integrante da equipe multiprofissional, exerce papel importante na identificação e notificação de violência, sobretudo quanto às lesões faciais que ocorrem na região da cabeça e pescoço, mais visíveis para o profissional (9).

Por se tratar de um assunto relevante à saúde pública, este deveria ser um tema mais abordado no curso de graduação e na educação continuada de tais profissionais. Diante disso, o presente estudo visa conhecer a conduta do cirurgião-dentista diante de violência infanto-juvenil.

## **2 MÉTODOS**

Para atingir tal objetivo, foi realizada uma revisão da literatura sobre violência infanto-juvenil e a conduta do cirurgião-dentista frente a essa situação. A revisão de literatura pode ser considerada uma pesquisa bibliográfica, já que é desenvolvida por meio de material já elaborado e publicado, como livros e artigos científicos (10). Esse tipo de pesquisa é relevante por permitir ao pesquisador investigar fenômenos muito amplos, consultando pesquisas que puderam diretamente observar a temática (10).

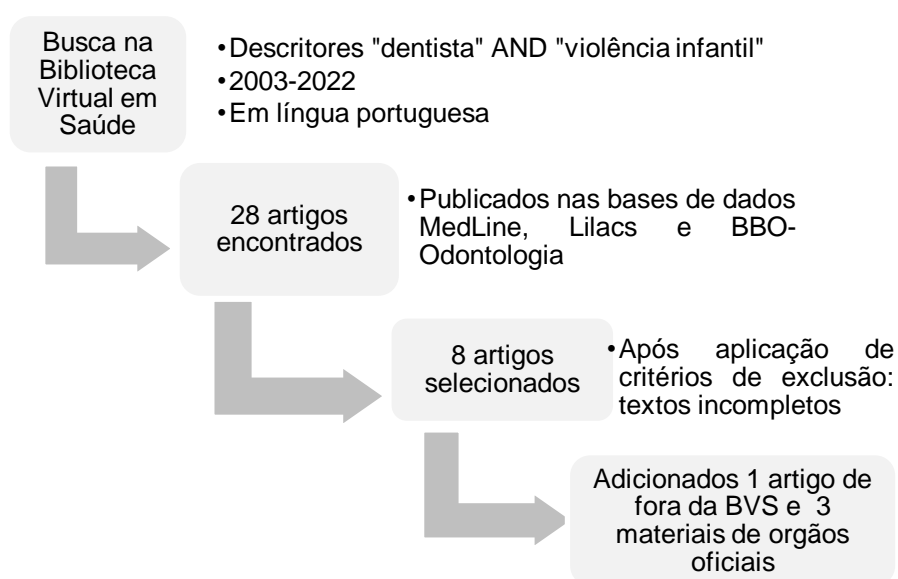
Assim, foi realizada uma revisão de literatura a partir de artigos científicos publicados na língua portuguesa entre 2003 e 2022, encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Utilizou-se como estratégia de busca os descritores “dentista” e “violência infantil”, com auxílio do booleano AND. Foram excluídos artigos cujo texto completo não estava disponível, ou seja, apenas o resumo se encontrava na BVS.

Foram incluídos também outros produtos publicados: o ECA (3), o Código de Ética Odontológica (11) e a Portaria nº 1.102/2022 (12), do Ministério da Saúde, que traz a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Além dos artigos selecionados via busca supracitada, também foi utilizado o artigo de De Paula *et al.* (13), intitulado “Reconhecimento e conduta de cirurgiões-dentistas diante de maus-tratos em

crianças e adolescentes”, a fim de acrescentar à revisão um organograma do fluxo da denúncia de maus tratos pelo cirurgião-dentista.

Assim, após aplicação dos critérios de inclusão foram identificados 28 artigos indexados nas bases de dados MedLine, Lilacs e BBO-Odontologia. Ao refinar a busca com os critérios de exclusão, foram eliminados da revisão 20 artigos, restando 8 para a análise, conforme consta no Quadro 1.

**Quadro 1** – Infográfico do fluxo da revisão de literatura.



Fonte: revisão de literatura, 2022.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os materiais avaliados na revisão de literatura executada ofertam um panorama do manejo da violência infanto-juvenil por cirurgiões-dentistas em serviços assistenciais. Estes descrevem os tipos de violência e as lesões orofaciais, os aspectos legais na identificação e notificação de violência infanto-juvenil, as condutas cabíveis por parte dos cirurgiões-dentistas e a formação profissional quanto à temática.

Os artigos encontrados estão sintetizados na Tabela 1, junto com informações primordiais da publicação. A maioria deles foi realizado por múltiplos autores (13,15,17-19,21), sobretudo em 2019 (13,15,16,19) e

publicados principalmente no banco de dados Lilacs (14,16-21). Baseando-se na conclusão, são relevantes ao trazer a conduta do cirurgião-dentista frente aos casos de violência infanto-juvenil.

**Tabela 1** – Artigos recuperados na revisão de literatura, 2022.

<b>Autoria / Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Conclusão</b>
De Lima e Pieri 2021 (14)	Avaliação do conhecimento de docentes de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas sobre maus-tratos infantis.	LILACS	Conhecimentos para detecção e manejo de violência infantil.
Martins-Junior <i>et al.</i> 2019 (15)	Abuso físico de crianças e adolescentes: os profissionais de saúde percebem e denunciam?	BBO - Odontologia	Profissionais percebem abuso da amostra, porém médico é a categoria que mais denuncia.
Costa e Tinoco 2019 (16)	Maus-tratos infantis no currículo dos cursos de Odontologia do Rio de Janeiro.	LILACS; BBO - Odontologia	Acadêmicos de Odontologia da amostra possuem um conhecimento regular sobre o tema.
Souza <i>et al.</i> 2017 (17)	Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista: revisão de literatura.	LILACS; BBO - Odontologia	As principais violências são negligência e abuso físico, devendo o profissional notificar o ocorrido.
Santos <i>et al.</i> 2016 (18)	Violência contra crianças e adolescentes: conhecimentos dos odontopediatras da capital paraibana – estudo piloto.	LILACS; BBO - Odontologia	Conhecimento parcialmente satisfatório sobre maus-tratos infantis.
Moreira <i>et al.</i> 2013 (19)	Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes.	LILACS	Dificuldades na notificação de maus-tratos, existindo lacunas no conhecimento e fragilidades na instrumentação para a prática.
Fracon, Silva e Bragagnolo 2011 (20)	Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP).	LILACS	Profissionais são capazes de identificar, sabem o que fazer, porém, necessitam de mais informações ou treinamento sobre o tema.
Massoni <i>et al.</i> 2010 (21)	Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica.	LILACS	Cirurgião-dentista é essencial na proteção infantil, sendo necessária maior atuação.

**Fonte:** revisão de literatura, 2022.

### 3.1 TIPOS DE VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL E ASPECTOS OROFACIAIS

A violência infanto-juvenil foi citada pela maioria dos artigos como um grave problema de saúde pública que envolve aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos (13,15,16,18,19,21). Santos *et al.* (18) destacam que a

violência infanto-juvenil é bastante grave e injustificável, já que se aplica a um público que se encontra em pleno desenvolvimento físico e psicológico e está em dependência extrema de pais ou responsáveis, do poder público e da sociedade, o que corrobora com o conceito atual de criança e de adolescente que mudou ao longo da história, conforme Ariès (1) e Linhares (2). Vale destacar que o trabalho de Martins-Junior *et al.* (15), em sua introdução, salienta o caráter irreversível dos danos da violência à saúde física, emocional e social da criança e do adolescente.

A violência foi dividida em quatro tipos por alguns dos artigos: a violência física é o uso intencional de força com objetivo de ferir ou provocar danos a criança ou o adolescente, deixando ou não marcas evidentes; a violência sexual é qualquer situação envolvendo menores para fim sexual, nem sempre deixando evidência física; a emocional ou psicológica é definida como a ação ou omissão que cause danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento do indivíduo (13,14,15,21). Por fim, a negligência é a omissão dos responsáveis em gerar os cuidados básicos para o desenvolvimento da criança ou do adolescente, sendo a violência mais frequente no país e com difícil notificação (13,14,15,21).

Souza *et al.* (17) definiu os tipos de violência, ofertando uma nomenclatura a mais para a negligência, a privação. Já Fracon, Silva e Bregagnolo (20) usaram da literatura três diferentes tipos de maus-tratos: violência física, abandono físico ou moral, e exploração sexual.

A violência deixa marcas que podem ser encontradas em forma de lesões no corpo, como hematomas, queimaduras, escoriações, equimoses e lesões em fase de cicatrização (14). Os sinais podem, inclusive, afetar a região orofacial com contusões e fraturas nasais, danos à membrana timpânica, laceração do freio labial, traumas dentários recorrentes e, na cabeça, hematomas, queimaduras, marcas de mordida e lesões cáries não tratadas de grau avançado em muitos dentes (14,17). Assim, o cirurgião-dentista pode ser um aliado na identificação e notificação dos casos de violência durante a consulta odontológica, como bem trazem os estudos de De Paula *et al.* (13), De Lima e Pieri (14), Fracon, Silva e Bregagnolo (20) e Massoni *et al.* (21).

Martins-Junior *et al.* (15) esclarecem em seu estudo que profissionais odontólogos, dentre outros de saúde, foram os que mais identificaram casos de traumatismo orofacial, pois a região é comum em traumas infantis. Assim,

salientam a importância de treinar a categoria profissional para reconhecer e denunciar maus-tratos (15).

O cirurgião-dentista também pode deparar-se com pelos pubianos, úlceras, vesículas secretivas em lábios, língua, palato ou faringe ou identificar doenças sexualmente transmissíveis (14). Outro sinal de violência sexual oral é a presença de eritema e petéquias na junção do palato duro e do palato mole ou no assoalho bucal. Através da averiguação de histórico e da situação atual do paciente, os dentes anteriores deslocados, mobilizados, avulsos ou com alteração de coloração também pode ser sinais de violência (14).

Em casos de negligência, o dentista pode identificar feridas persistentes, não curadas ou infectadas, sugerindo cuidado inadequado e falta de assistência de saúde de rotina, como Souza *et al.* (17) descrevem. Massoni *et al.* (21) inclui a categoria de negligência odontológica, tratando-se de uma falha dos pais ou responsáveis em procurar e/ou continuar tratamento para cárie visualmente não tratada, infecções buscais e dor.

Massoni *et al.* (21) também propiciam uma descrição interessante sobre as lesões orofaciais de violência, ao apontar sinais nos lábios, como hematomas, lacerações, cicatrizes, queimaduras, equimose e arranhões; na boca, com lacerações no freio labial e lingual, na gengiva, no palato ou assoalho da boca e queimaduras; nos dentes, através de fraturas, deslocamentos, mobilidades, avulsões e raízes residuais; bem como na maxila e na mandíbula, com fraturas e má-oclusões. Assim também, destacam a importância de observar sinais de mordida de adultos em crianças, a partir da avaliação do tamanho da arcada dentária, que se diferencia entre crianças e adultos (21).

### 3.2 ASPECTOS LEGAIS NO MANEJO DA VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL

Primordialmente, o ECA atribui como dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente, configurando-se infração quando profissional de saúde deixa de comunicar à autoridade competente casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes (3). Souza *et al.* (17) destacaram a importância de tal legislação ao introduzir a temática.

Os encaminhamentos devem ser feitos ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais, pois tal órgão é encarregado por zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente (3). A denúncia ao

Conselho não tem caráter policial, mas sinaliza que a criança e família precisam de ajuda, com bem expuseram Souza *et al.* (17).

Moreira *et al.* (19) também sinalizaram o dispositivo legal de denúncia aos maus-tratos via ECA (3), salientando também a importância de notificar a situação como modo de romper atitudes e comportamentos violentes no seio familiar. Igualmente, Fracon, Silva e Bregagnolo (20) trouxeram de forma introdutória a revolução em termos doutrinários e legislativos trazida pelo ECA (3) diante da irregularidade relacionada à falta de proteção em casos de violência.

Do ponto de vista da saúde, qualquer tipo de violência, incluindo a infantil, compõe a lista de agravos e eventos de saúde pública de notificação compulsória, sem objetivo de denúncia policial, mas como instrumento epidemiológico. Os artigos trazem o tópico do ponto de vista de uma portaria mais antiga, porém a Portaria nº 1.102/2022 atualiza a lista, novamente incluindo a violência (12). De Paula *et al.* (13) e Moreira *et al.* (19) chamam atenção para a necessidade de gerar registros fidedignos que possibilitem o dimensionamento do problema pelo viés epidemiológico, na tentativa de criar políticas que solucionem tal problema de saúde pública.

Em se tratando da ética profissional, o Conselho Federal de Odontologia esclarece o objetivo da atenção odontológica no art. 2: “[...] 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.” (11).

Como bem destacam De Paula *et al.* (13), o Código não determina de forma direta que o cirurgião-dentista tem obrigação de notificar situações suspeitas de maus-tratos contra crianças e adolescentes, mas que tem o dever de colaborar com a justiça nos casos previstos em lei. Assim também, é seu dever fundamental zelar pela saúde e pela dignidade do paciente, podendo realizar notificação compulsória de agravos e eventos de saúde, sem configurar tal ação como infração ética por quebra de sigilo profissional (11).

Souza *et al.* (17) deu destaque ao amparo legal a respeito da obrigatoriedade de comunicar ao Conselho Tutelar casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos pelo Conselho Federal de Odontologia. Assim, agindo de forma omissa, o profissional infringe o Código de Ética proposto (17). Santos *et al.* (18) também realçaram a obrigação ética e legal na identificação e

notificação de casos de violência, dando relevância ao papel privilegiado do dentista na condução, já que a maioria das lesões ocorre na região da cabeça e pescoço, como trazido na subseção anterior por outros artigos (13,14,20,21).

### 3.3 CONDUCTA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL

De Paula *et al.* (13) destacam que um cirurgião-dentista pode suspeitar de um caso de maus-tratos através de três tipos de indícios: alegação direta da criança ou adolescente, do responsável ou de outra pessoa; sinais e sintomas sugestivos, sobretudo os orofaciais; e observação comportamental de crianças ou adolescentes e pais ou responsáveis.

Em primeiro caso, ao conduzir um diálogo com vítimas de agressão, o profissional pode questionar sobre o assunto com naturalidade em meio às questões do prontuário a fim de reduzir o desconforto gerado, como salienta Massoni *et al.* (21). Souza *et al.* (17) e Massoni *et al.* (21) citam também a importância de uma boa comparação durante a consulta odontológica entre os achados clínicos na região orofacial e a história relatada pelos pais ou responsável e pela criança ou adolescente para identificar casos de maus-tratos.

Assim, a escuta e a observação de comportamentos parecem um dos primeiros passos na identificação de maus-tratos. As crianças e adolescentes podem comportar-se com submissão, timidez, passividade, olhar vigilante e apreensão frente ao choro de outras crianças, bem como podem apresentar indiferença quando separadas de seus pais ou responsáveis, agressividade e mudanças de humor (17,21). Já os pais ou responsáveis tendem a ser retraídos, ansiosos e preocupados em casos de violência, como descrevem Souza *et al.* (17) e Massoni *et al.* (21).

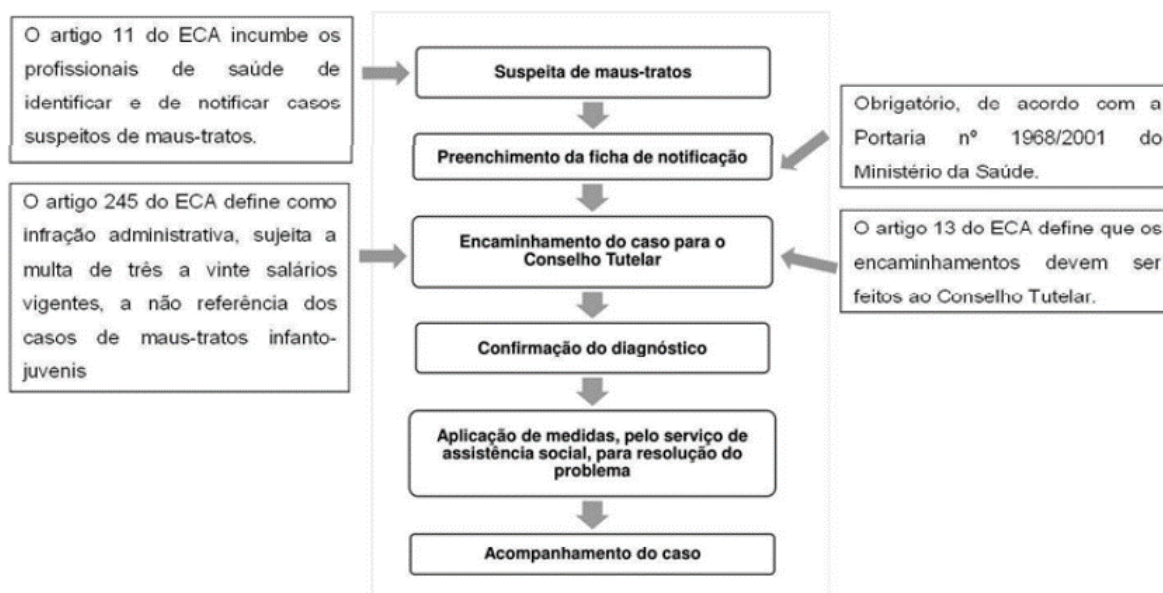
Para o registro das informações, segundo a revisão de Massoni *et al.* (21), a documentação da agressão pode incluir descrição do ferimento, fotografias, radiografias das estruturas envolvidas, registro da circunstância relatada pelos pais ou responsáveis e o mecanismo de agressão. Os autores ainda resgatam e adaptam da literatura um formulário de registro (21). Faz-se relevante, se possível, o registro do período em que o abuso ocorreu e sua frequência, podendo ser realizada uma linha do tempo contextualizada da vida da criança ou adolescente, como pontuaram Massoni *et al.* (21), ao citar achados da sua revisão.

Assim, após identificar caso de maus-tratos, Souza *et al.* (17) apontam que o profissional de saúde deve realizar o atendimento emergencial da sua competência e notificar aos órgãos competentes, conforme a legislação supracitada.

De Lima e Pieri (14), assim como Fracon Silva e Bregnolo (20) e Massoni *et al.* (21), ainda salientam que os casos de suspeita ou confirmação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências são de notificação compulsória. Se o profissional de deixar de comunicar à autoridade casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos de que tenha conhecimento, pode receber pena de três a vinte salários mínimos, aplicando-se o dobro do valor em caso de reincidência (14,20,21).

Em sua revisão, De Paula *et al.* (13) construíram um organograma, disposto na Figura 2, que demonstra e sintetiza o fluxo da denúncia que deve ser seguido pelo cirurgião-dentista após a suspeita. Tal organograma incorpora a legislação vigente, contando com o ECA (3) e a notificação compulsória de agravos em saúde, conforme portaria antiga, mas que pode ser considerada a nova de 2022 (12), como descrito na subseção anterior.

**Figura 2.** Organograma sobre o processo de notificação de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes.



**Fonte:** De Paula *et al.* (13)

Porém, a literatura sinaliza que há dificultadores na conduta das medidas cabíveis, já que os profissionais costumam duvidar da suspeita de maus-tratos, desconhecem a temática, têm medo de tratar com os pais ou responsáveis e de



se envolver demais no que consideram assuntos da vida privada (13,21), como exposto por Minayo (4). Também se recusam a acreditar que pais e responsáveis podem ser negligentes, têm medo de perder o paciente e não participam de treinamentos para conduzir os casos de forma adequada (13,21).

Martins-Junior *et al.* (15), em um levantamento com cirurgiões-dentistas, identificaram que são dificuldades dos profissionais o medo (51,9%), a falta de conhecimento (40,7%), a insegurança em denunciar erroneamente (33,3%) e não saber onde efetivar a denúncia (7,4%). De Paula *et al.* (13) também sintetiza outras pesquisas, inclusive internacionais, sobre tais dificuldades de manejar casos suspeitos de maus-tratos infanto-juvenis para cirurgiões-dentistas.

Ao sentir insegurança em relação à denúncia, Massoni *et al.* (21) recomendam consultar profissionais de saúde de outras categorias que atendem o paciente, outros cirurgiões-dentistas mais experientes no assunto, e até mesmo pessoas do contexto da criança ou adolescente para verificar suspeitas similares. Uma das pontuações dos autores é a importância de as informações serem transmitidas de forma sigilosa sem que o agressor tome conhecimento de quem realizou a denúncia (21).

### 3.4 FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA QUANTO À VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL

Para avaliar a formação do profissional cirurgião-dentista, De Lima e Pieri (14) investigaram o conhecimento de 45 docentes de Odontologia de uma universidade estadual, chegando à conclusão de que 53,3% definiram corretamente os maus-tratos infantis (14). Sobre os tipos, 75,56% os citaram incompletamente, sendo que físico, com 71,11%, e psicológico (57,78%) foram os mais citados (14). Os autores perceberam que de 0 a 10, a capacidade de identificar maus-tratos teve média 5,71, cujos sinais físicos (84,44%) e comportamentais (77,78%) foram os mais citados (14). Dentre os dados, 80% dos docentes consultados não souberam dizer se sofreriam consequências legais caso não notifiquem suspeitas de casos de violência infanto-juvenil (14).

Já Costa e Tinoco (16) realizaram uma avaliação curricular de oito cursos de Odontologia do Rio de Janeiro com 200 estudantes. Os autores descobriram que 74,5% dos participantes tiveram a temática abordada, principalmente nas disciplinas de Odontologia Legal e Odontopediatria (16). De forma unânime, os estudantes afirmaram a importância de o tema ser estudado na graduação, mas

14,5% citaram não acreditar ser responsabilidade do cirurgião-dentista diagnosticar casos de maus-tratos (16). Apesar de 64,5% afirmarem conhecer o ECA, 53,3% desconheciam as implicações de não denunciar maus-tratos (16). A maioria citou que ao suspeitar de violência deveria comunicar ao Conselho Tutelar (16). De Lima e Pieri (14), bem como Costa e Tinoco (16), concluíram que os participantes dos estudos apresentaram conhecimento básico e regular sobre o tema.

Ao verificar se profissionais de saúde percebem e denunciam violência infanto-juvenil, Martins-Junior *et al.* (15) chegaram ao resultado que 51,9% dos odontólogos pesquisados conhecem os mecanismos para informar casos de abuso do tipo físico.

Santos *et al.* (18) observaram que dos 31 odontólogos consultados no estudo, 74,2% responderam ter capacidade suficiente para classificar os maus-tratos infantis. Dos participantes, 90,3% acreditam ser de responsabilidade do profissional diagnosticar tais casos, sendo que 76,9% citam ser correto acionar Conselho Tutelar, 7,6% conversar com pais ou responsáveis, 5,13% acionar Polícia Militar e a mesma porcentagem, ligar no Disque 100 (18.) Os autores concluíram sobre a importância de introduzir o tópico na grade curricular da graduação de Odontologia, principalmente na Odontopediatria (18).

Ao investigar a instrumentação e conhecimento sobre o assunto em uma unidade básica de saúde, Moreira *et al.* (19) entrevistaram 16 cirurgiões-dentistas, dos quais nenhum havia participado de treinamento sobre o conteúdo; três desconheciam o ECA; apenas dois conheciam a ficha de notificação deste agravo; somente dois liam sobre o tema; e um deles tinha a temática debatida no trabalho. É relevante citar que apenas dois participantes se depararam com casos de maus-tratos na assistência prestada e nenhum deles realizou a conduta adequada frente à violência. De forma geral, o estudo identificou lacunas na notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes.

Em Cravinhos, Fracon, Silva e Bregagnolo (20) verificaram se 19 cirurgiões-dentistas haviam recebido orientação e treinamento para reconhecer e proceder diante de maus-tratos. Identificaram que 26,31% já desconfiaram de agressão, porém, nenhum profissional havia feito sequer uma notificação (20). Em caso de violência, 42,10% disseram que fariam a denúncia ao Conselho Tutelar, 36,84% ao Ministério Público, 15,8% à Polícia Militar e 5,26% às Entidades de Classe (20). Com relação à conduta que adotariam, 35%

conversariam com pais ou responsáveis, 15% fariam a notificação à autoridade competente, 5% fariam ambas as ações supracitadas e 5% conversariam apenas com a criança ou o adolescente (20). Quanto à formação destes profissionais, foi relevante que 73,7% nunca receberam informação a respeito da temática, sendo que dos demais (20). Novamente, os achados evidenciam a demanda de mais informação e/ou treinamento sobre o reconhecimento de violência infanto-juvenil e seu encaminhamento.

Em revisão de literatura, Souza *et al.* (17) também obtiveram conclusões similares, salientando a relevância de estimular a postura ativa do cirurgião-dentista em situações de violência e incentivar práticas interdisciplinares e multiprofissionais para prevenir tais agravos.

Sapiente da escassa abordagem do tema na graduação, De Paula *et al.* (13) apontam a deficiência da formação do profissional de saúde quanto à identificação e notificação de violência infanto-juvenil como objetivo a ser estudado em pesquisas científicas. Tais autores também salientam a relevância de conscientizar tais profissionais acerca do seu papel na prevenção e notificação de casos de violência (13).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir desta revisão de literatura, foi possível atingir o objetivo de conhecer a conduta do cirurgião-dentista diante de violência infanto-juvenil. Os artigos mapeados na literatura proporcionam conhecimentos sobre os tipos de violência e os sinais orofaciais advindos; os aspectos legais que recomendam condutas obrigatórias a toda a sociedade frente à violência infanto-juvenil, sobretudo para profissionais de saúde; a conduta do cirurgião-dentista frente a violência, salientando os dificultadores de agir conforme o recomendado; e a formação profissionais sobre o tema.

As lesões na região orofacial tornam o cirurgião-dentista um profissional-chave na identificação de casos suspeitos ou confirmados. Sobre os aspectos legais, há a obrigatoriedade de notificação de violência às instâncias de saúde para fins epidemiológicos.

Com relação às condutas, há recomendações conforme os aspectos éticos e orientações específicas sobre como conduzir diálogos, construir diagnóstico diferencial para confirmar suspeitas e comportamentos da criança

ou adolescente e de pais ou responsáveis que devem ser observados para conduzir caso. Deve-se registrar tais dados, a fim de embasar a denúncia realizada, bem como os profissionais tem lidado com casos suspeitos, incluindo os dificultadores do processo.

Os profissionais de saúde têm conhecimento regular sobre o tema, possuindo pouco acesso às informações de como atuar em casos suspeitos ou confirmados de violência durante a formação profissional, o que é um ponto focal de melhora durante a graduação, a pós-graduação e os cursos de educação em serviços assistenciais.

Assim, o cirurgião-dentista precisa receber formação profissional adequada desde a graduação, aos cursos de educação continuada, para conduzir casos conforme a legislação e atuar de forma integral no cuidado de crianças e adolescentes de modo a prevenir e tratar casos de violência infanto-juvenil.

## REFERÊNCIAS

1. Ariès P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Guanabara; 1981.
2. Linhares JM. História social da infância. 1.ed. Sobral: Inta; 2016. [acesso em 20 jul 2022]. Disponível em <https://md.uninta.edu.br/geral/historia-social-da-infancia/pdf/historia-social-da-infancia.pdf>.
3. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF; 1990 [acesso em 20 jul 2022]. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm).
4. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [internet]. 2021 [acesso em 20 jul 2022];1(2):91-102. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1519-38292001000200002>.
5. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. [acesso em 20 jul 2022]. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>.
6. Ministério Público do Paraná. Criança e adolescente: tipos de violência [internet]. Paraná: Mppr; 2022. [acesso em 20 jul 2022]. Disponível em <https://crianca.mppr.mp.br/pagina-2148.html#>.
7. Unicef. Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. Brasil: Unicef; 2021. [acesso em 20 jul 2022]. Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/media/16421/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf>.
8. Oliveira MT, Samico I, Ishigami ABM, Nascimento RMM. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. Rev. Bras. Epidemiol. 2012 [acesso em 20 jul 2022];15(1):166-178, Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100015>.
9. Carvalho LMF, Galo R, Silva RHA. O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado. Rev. Med. 2013 [acesso em 20 jul 2022];46(3):297-304, Disponível em <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/69146/71601>.
10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4.ed. São Paulo: Atlas; 2002.

11. Conselho Federal de Odontologia. Resolução nº 118, de 11 de maio de 2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 14 de junho de 2012 [acesso em 20 jul 2022]. Disponível em <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cfo-118-2012.htm>.
12. Brasil. Portaria nº 1.102, de 13 de maio de 2022. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS [...]; 2017. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2022. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1102\\_16\\_05\\_2022.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1102_16_05_2022.html).
13. De Paula ACF, Carvalho BO, Fróes DTC, Ferreira GSF, Pinto RA, Santa-Rosa TTA. Reconhecimento e conduta de cirurgiões-dentistas diante de maus-tratos em crianças e adolescentes. Revista Pró-univerSUS [internet]. 2019;10(1):137-144. Disponível em <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1732>.
14. De Lima BBS, Pieri A. Avaliação do conhecimento de docentes de odontologia da universidade do estado do Amazonas sobre maus-tratos infantis. Rev. Bras. Odontol. [internet]. 2021 [acesso em 18 ago 2022];8(11):43-54. Disponível em <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/347/269>.
15. Martins-Junior 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? Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2019 [acesso em 18 ago 2022];24(7):2609-2619. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.19482017>.
16. Costa AP, Tinoco RLR. Maus-tratos infantis no currículo dos cursos de Odontologia do Rio de Janeiro. Rev. Abeno [internet]. 2019 [acesso em 18 ago 2022];19(2):54-62. Disponível em <http://dx.doi.org/10.30979/rev.abeno.v19i2.825>.
17. Souza CE, Rodrigues IFMM, Zocratto KBF, Oliveira CAS. Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista: revisão de literatura. Rev. Bras. Odontol. [internet]. 2017 [acesso em 18 ago 2022];4(1):53-63. Disponível em <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/75/96>.
18. Santos CAO, Lacerda MC, Caldas ATL, Souza INN, Silva SA, Silva CAM et al. Violência contra crianças e adolescentes: conhecimentos dos odontopediatras da capital paraibana – estudo piloto. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo. [internet]. 2016 [acesso em 18 ago 2022];28(3):223-229. Disponível em

[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/09/849201/odonto\\_03\\_2016\\_223-229-2.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/09/849201/odonto_03_2016_223-229-2.pdf).

19. Moreira GA, Vasconcelos AA, Marques AA, Vieira LJES. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. *Rev. Paul. Pediatr.* [internet]. 2013 [acesso em 18 ago 2022];31(2):223-230. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-05822013000200014>.
20. Fracon ET, Silva RHA, Bregagnolo JC. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP). *Rev. Sul Brasileira de Odontol.* [internet]. 2011 [acesso em 18 ago 2022];8(2):153-159. Disponível em <http://revodontol.bvsalud.org/pdf/rsbo/v8n2/a06v8n2.pdf>.
21. Massoni ACLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2010 [acesso em 18 ago 2022];15(2):403-410. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200016>.

## **ANEXO A – 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](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

14. De Lima BBS, Pieri A. Avaliação do conhecimento de docentes de odontologia da universidade do estado do Amazonas sobre maus-tratos infantis. Rev. Bras. Odontol. [internet]. 2021 [acesso em 18 ago 2022];8(11):43-54. Disponível em <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/347/269>.
15. Martins-Junior 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? Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2019 [acesso em 18 ago 2022];24(7):2609-2619. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.19482017>.
16. Costa AP, Tinoco RLR. Maus-tratos infantis no currículo dos cursos de Odontologia do Rio de Janeiro. Rev. Abeno [internet]. 2019 [acesso em 18 ago 2022];19(2):54-62. Disponível em <http://dx.doi.org/10.30979/rev.abeno.v19i2.825>.
17. Souza CE, Rodrigues IFMM, Zocratto KBF, Oliveira CAS. Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista: revisão de literatura. Rev. Bras. Odontol. [internet]. 2017 [acesso em 18 ago 2022];4(1):53-63. Disponível em <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/75/96>.
18. Santos CAO, Lacerda MC, Caldas ATL, Souza INN, Silva SA, Silva CAM et al. Violência contra crianças e adolescentes: conhecimentos dos odontopediatras da capital paraibana – estudo piloto. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo. [internet]. 2016 [acesso em 18 ago 2022];28(3):223-229. Disponível em [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/09/849201/odonto\\_03\\_2016\\_223-229-2.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/09/849201/odonto_03_2016_223-229-2.pdf).
19. Moreira GA, Vasconcelos AA, Marques AA, Vieira LJES. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. Rev. Paul. Pediatr. [internet]. 2013 [acesso em 18 ago 2022];31(2):223-230. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-05822013000200014>.
20. Fracon ET, Silva RHA, Bregagnolo JC. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP). Rev. Sul Brasileira de Odontol. [internet]. 2011 [acesso em 18 ago 2022];8(2):153-159. Disponível em <http://revodontol.bvsalud.org/pdf/rsbo/v8n2/a06v8n2.pdf>.
21. Massoni ACLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica.

Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2010 [acesso em 18 ago 2022];15(2):403-410. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200016>.