

A CONDUTA DO CIRURGIÃO DENTISTA DIANTE DE CASOS DE VIOLÊNCIA INFANTO JUVENIL

THE CONDUCT OF THE DENTAL SURGEON IN CASES OF VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND YOUNG PEOPLE

LA CONDUCTA DEL CIRUJANO DENTISTA EN CASOS DE VIOLENCIA CONTRA NIÑOS Y JÓVENES

Rosana Maria Coelho Travassos¹
Maria do Socorro Orestes Cardoso²
José Afonso Milhomens Filho³
Paulo Maurício de Reis Melo Júnior⁴

RESUMO: **Objetivo:** Estudar a violência infanto juvenil em seus aspectos físicos e emocionais, bem como verificar a legislação brasileira para esses agravos e analisar a postura do Cirurgião Dentista diante desses casos além de apresentar os números de violência infanto juvenil que foram notificados no Brasil nos anos de 2016 a 2018. **Metodologia:** Tratou-se de uma revisão descritiva da literatura utilizando-se os bancos de dados da BIREME, MEDLINE, LILACS e livros publicados sobre a temática. Os critérios de inclusão foram artigos completos sobre violência infanto juvenil e os critérios de exclusão artigos que fugiam aos objetivos do estudo. Os descritores utilizados foram violência infanto juvenil, legislação sobre violência e alterações biopsicossociais de crianças e adolescentes vítimas da violência. **Resultados:** Ficou demonstrado nesse estudo que os danos biopsicossociais são graves, o Brasil possui legislação específica para coibir esse tipo de violência e cabe ao Cirurgião Dentista notificar casos suspeitos ou confirmados pois os números de violência infanto juvenil são altos como ficou demonstrado no referencial teórico consultado, pois de 2016 a 2018 foram notificados 208.924 casos de notificações. **Conclusão:** Os principais agravos físicos da violência infanto juvenil são: fraturas ósseas, queimaduras, acidentes caseiros evitáveis, quedas, asfixia, estresse pós-traumático, hematomas, lacerações, abuso sexual. Entre os agravos emocionais: timidez, ansiedade, choros constantes e sem motivo, medo, pesadelos, tentativas de suicídio, automutilação, ataques de pânico, depressão e baixo rendimento escolar. A conduta do cirurgião dentista frente a suspeita ou constatação real de violência infanto juvenil deve ser a denúncia no seu local de trabalho. Se não existir uma comissão ou posto policial a denúncia deve ser feita ao Conselho Tutelar, podendo ser por telefone e anônima, somente fornecendo os dados da vítima e agressor, ou também presencialmente. Em caso de presença de provas, procurar a Delegacia de Polícia da Infância e juventude. Os dados nacionais da violência contra criança e adolescente fornecidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde foram: em 2016 se teve 75.934 casos de notificação; em 2017 os números foram maiores com 80.475 casos e em 2018 um percentual menor com 52.515 casos.

2152

Palavras-chave: Violência. Legislação brasileira para violência. Aspectos biopsicossociais da violência.

¹Universidade de Pernambuco, Brasil, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4148-1288>.

²Universidade de Pernambuco, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9866-0899>.

³Universidade de Pernambuco, Brasil Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7113-365>.

⁴Universidade de Pernambuco, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9926-5348>.

ABSTRACT: Objective: To study juvenile violence in its physical and emotional aspects, as well as to verify the Brazilian legislation for these injuries and to analyze the position of the Dentist Surgeon in relation to these cases. 2018. **Methodology:** This was a descriptive literature review using databases from BIREME, MEDLINE, LILACS and published books on the subject. Inclusion criteria were complete articles on juvenile violence and exclusion criteria were articles that escaped the study objectives. The descriptors used were juvenile violence, legislation on violence and biopsychosocial alterations of children and adolescents victims of violence. **Results:** It was demonstrated in this study that the biopsychosocial damage is serious, Brazil has specific legislation to curb this type of violence and it is up to the Dentist Surgeon to notify suspected or confirmed cases because the numbers of juvenile violence are high as shown in the theoretical framework consulted, because From 2016 to 2018, 208,924 notification cases were notified. **Conclusion:** The main physical injuries of juvenile violence are: bone fractures, burns, preventable home accidents, falls, asphyxiation, post-traumatic stress, bruising, lacerations, sexual abuse. Among the emotional problems: shyness, anxiety, constant and unreasonable crying, fear, nightmares, suicide attempts, self-harm, panic attacks, depression and poor school performance. The conduct of the dental surgeon in the face of the suspicion or real finding of juvenile violence should be the complaint in your workplace. If there is no commission or police station, the complaint must be made to the Guardianship Council, and may be by telephone and anonymous, only providing the data of the victim and the aggressor, or also in person. If evidence is present, contact the Police Station for Children and Youth. The national data on violence against children and adolescents provided by the Ministry of Health's Reporting Disease Information System were: in 2016 there were 75,934 cases of notification; In 2017 the numbers were higher with 80,475 cases and in 2018 a lower percentage with 52,515 cases.

Keywords: Violence. Brazilian legislation for violence. Biopsychosocial aspects of violence.

RESUMEN: Objetivo: Estudiar la violencia contra niños y adolescentes en sus aspectos físicos y emocionales, así como verificar la legislación brasileña para estas lesiones y analizar la posición del Cirujano Dentista en estos casos, además de presentar las cifras de violencia contra los niños y adolescentes que fueron reportados en Brasil en los años de 2016 a 2018. Metodología: Se trata de una revisión descriptiva de la literatura utilizando las bases de datos BIREME, MEDLINE, LILACS y libros publicados sobre el tema. Los criterios de inclusión fueron artículos completos sobre violencia juvenil y los criterios de exclusión fueron artículos que estaban fuera del alcance del estudio. Los descriptores utilizados fueron violencia juvenil, legislación sobre violencia y cambios biopsicosociales en niños y adolescentes víctimas de violencia. Resultados: Se demostró en este estudio que el daño biopsicosocial es grave, Brasil tiene una legislación específica para frenar este tipo de violencia y corresponde al Cirujano Dentista notificar los casos sospechosos o confirmados porque los números de violencia contra niños y adolescentes son altos, como se demuestra en el referente teórico consultado, ya que de 2016 a 2018 se reportaron 208.924 casos de notificaciones. Conclusión: Las principales lesiones físicas de la violencia juvenil son: fracturas óseas, quemaduras, accidentes prevenibles en el hogar, caídas, asfixia, estrés postraumático, hematomas, laceraciones, abuso sexual. Entre los problemas emocionales: timidez, ansiedad, llanto constante e irrazonable, miedo, pesadillas, intentos de suicidio, automutilación, ataques de pánico, depresión y bajo rendimiento escolar. La conducta del cirujano dentista ante la sospecha o constatación real de violencia contra niños y jóvenes debe ser denunciada en su lugar de trabajo. En caso de no existir comisión o comisaría, la denuncia debe hacerse ante el Consejo Tutelar, lo que puede hacerse por vía telefónica y de forma anónima, aportando únicamente los datos de la víctima y el agresor, o también personalmente. Si hay evidencia presente, comuníquese con el Departamento de Policía para Niños y Jóvenes. Los datos nacionales de violencia contra niños, niñas y adolescentes proporcionados por el Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria del Ministerio de Salud fueron: en 2016 hubo 75.934 casos de notificación; en 2017 las cifras fueron mayores con 80.475 casos y en 2018 un porcentaje menor con 52.515 casos.

Palabras clave: Violencia. Legislación brasileña sobre violencia. Aspectos biopsicosociales de la violencia.

INTRODUÇÃO

A violência pode ser considerada como uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (WHO, 2002).

Mais do que qualquer outro tipo de violência, acometida contra a criança e jovens não se justifica, pois as condições peculiares de desenvolvimento desses cidadãos os colocam em extrema dependência de pais, familiares, cuidadores, do poder público e da sociedade. Em 2011, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), registrou 39.281 atendimentos na faixa de < 1 a 19 anos idade, que representam 40% do total de 98.115 atendimentos computados pelo sistema nesse ano que se deu por violência (WAISELFISZ, 2002).

A problemática da violência alcançou relevância política e visibilidade entre a sociedade, principalmente a partir da década de 1990, com a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente, através da Lei 8.069, que tem por finalidade: “Garantir às crianças e ao adolescente, a promoção da saúde e a prevenção de agravos, tornando obrigatória a identificação e a denúncia de violência”. Com isso, o Estado passou a ter instrumentos legais de proteção nas situações de violência na infância e na adolescência, tornando obrigatória sua notificação até mesmo nos casos de suspeita. (MASCARENHAS, et al 2010).

Os casos de violência infanto-juvenil ocorrem independentemente de raça, classe, religião ou cultura (WHO, 2002). Embora existam fatores socioeconômicos, demográficos e relacionados à família que se associam ao maior risco de violência na infância e em sua grande maioria, permanecem silenciosos e silenciados no ambiente em que ocorrem, sendo estimado que todos os dias morram 227 crianças e jovens no mundo e, a cada morte, muitos são hospitalizados em decorrência dos ferimentos e não são notificados (OMS,2012).

Considerando-se dados de pesquisa sobre violência infanto juvenil em 190 países foi notório verificar que um em cada três adolescentes foi vítima de violência emocional, física ou sexual. O Brasil abriga um quinto de todos os assassinatos de crianças e adolescentes ocorridos no mundo, além de ser o segundo país com maior número de assassinatos, atrás apenas da Nigéria (SOARES, et al 2016).

A violência contra crianças de 0 a 9 anos de idade é a quarta causa de morte entre essa faixa etária. O ambiente doméstico é o local mais comum de agressões contra crianças, já o

espaço extradomiciliar é tido como o local onde mais ocorrem agressões contra adolescentes. Quatro tipos de maus-tratos são comumente reconhecidos: abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico e negligência (MATOS et al, 2013).

As pessoas que trabalham com crianças na área da educação e da saúde podem ser os primeiros a identificar situações de violência contra as crianças e adolescentes, sendo necessário o conhecimento dos sinais físicos e psicológicos das crianças vitimadas. Muitas vezes as subnotificações surgem em decorrência da falta de informações desses profissionais sobre o assunto. O cirurgião dentista exerce importante papel na detecção de vítimas de maus-tratos, uma vez que a maioria das lesões ocorre na cabeça e face (TSANG, SWEET 1999).

Para os serviços de saúde, o registro de crianças vítimas de violência tem ainda o objetivo de gerar um perfil dos problemas e da demanda e, assim, subsidiar o planejamento adequado de atenção às vítimas nas unidades básicas e no sistema como um todo. No Brasil, os maus-tratos contra criança e adolescente passaram a merecer maior atenção no final dos anos oitenta. Nessa época, os maus tratos foram tratados na Constituição Federal (art. 277) e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que tornaram obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados (art. 13), prevendo penas para os médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que deixassem de comunicar os casos de seu conhecimento (art. 245). O artigo 5º da lei nº 8.069, de 1990, denominada “Estatuto da Criança e do Adolescente” (ECA), logo em suas disposições preliminares, afirma que “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL, 1988; ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1995).

Considerando o aumento nos casos de maus-tratos em crianças e adolescentes na sociedade, e sabendo-se que cabe aos profissionais que lidam com essa população saberem reconhecer as marcas corporais da violência, o objetivo deste estudo foi descrever os agravos físicos e emocionais na população infanto juvenil, verificar a legislação brasileira para as agressões infanto juvenil bem como, mostrar os dados da violência infanto juvenil nos anos de 2016 a 2018 no sentido de conscientizar o cirurgião dentista a notificar todos os casos suspeitos durante o atendimento odontológico para não haver subnotificações e políticas

preventivas sejam elaboradas pelos órgãos competentes que vão coibir ou atenuar a violência nessa população tão vulnerável.

METODOLOGIA

Para a revisão da literatura foi realizado uma busca nas bases de dados BVS/ Portal Bireme (Medline – Literatura Internacional em Ciências da Saúde, LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scielo – Scientific Electronic Library Online).

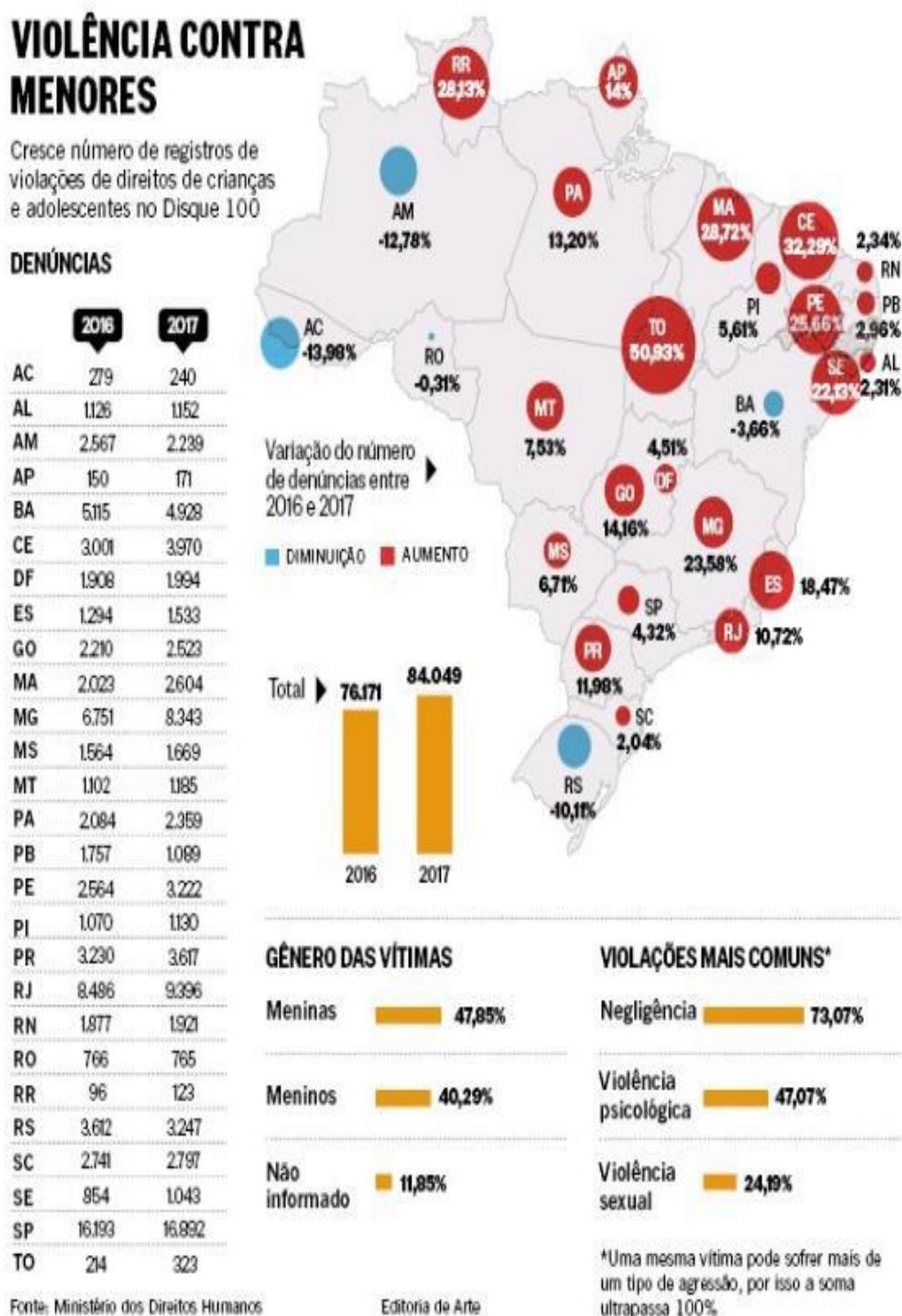
Foi utilizado um conjunto de descritores preconizado pelo DeCS que, são os Descritores em Ciências da Saúde e seus similares, em inglês e português, no sentido de ser incluído o maior número de pesquisas referentes ao tema do estudo. Os termos de busca foram: violência contra crianças e adolescentes; marcas físicas e psíquicas da violência; Legislação sobre violência contra crianças e adolescentes. Por se tratar de um estudo de revisão narrativa da literatura, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Os artigos foram selecionados com base na leitura dos resumos identificados com o tema violência, e como critério de inclusão optou-se por estudos em Português e Inglês, de 2156
coortes transversais, para contemplar o que foi proposto no presente estudo em seus objetivos, com um intervalo de tempo variando de 1978 a 2019. Entre os 106 artigos e livros sobre o tema, foram selecionados 45. O critério de exclusão foi artigos que não contemplassem os objetivos do trabalho.

RESULTADOS

Dados da Violência Infante juvenil de 2016 a 2018 no Brasil. No Sistema de Informação de Agravos de Notificação, do Ministério da Saúde (SINAN/MS), foram registrados 39.281 atendimentos na faixa de < 1 a 19 anos idade, o que representam 40% do total de 98.115 atendimentos computados pelo sistema nesse ano de 2016 a 2017. Esses dados dispostos no mapa abaixo mostram a violência infante juvenil em todos os estados brasileiros com seus percentuais (Figura 1,2 e 3).

Figura 1 – Índice de Registros de Violência contra Crianças e Adolescentes – Brasil, 2018.



Fonte: o globo, 21 de abril de 2018. Acesso 15 de agosto de 2019.

Figura 2 – Tipos de violência, das vítimas e porcentagem de atendimentos.

Tipos de Violência	Números de Atendimentos						% Atendimentos					
	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	Total	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	total
Física	1.114	1.549	2.258	5.243	11.115	21.279	29,4	21,7	26,9	36,0	59,6	40,5
Psicológica/ Moral	322	874	1796	2965	2991	8.948	8,5	12,3	21,4	20,4	16,0	17,0
Tortura	41	67	170	287	427	992	1,1	0,9	2,0	2,0	2,3	1,9
Sexual	183	1.552	2.542	4.118	2.030	10.425	4,8	21,8	30,3	28,3	10,9	19,9
Abandono/ Negligência	1.893	2.846	1.425	1.281	830	8.275	49,9	39,9	17,0	8,8	4,5	15,8
Outras	240	244	198	667	1.247	2.596	6,3	3,4	2,4	4,6	6,7	4,9
Total*	3.793	7.132	8.389	14.561	18.640	52.515	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SINAN/SVS/MS - Mapa da Violência 2018: Crianças e Adolescentes

Figura 3 - número e % de atendimentos de crianças e adolescentes (< 1 a 19 anos) por violência física segundo relação com o agressor e faixa etária das vítimas – Brasil, 2018.

VIOLÊNCIA FÍSICA												
Segundo a Relação da Vítima e o Agressor	Faixa Etária (anos)											
	Números de Atendimentos						% Atendimentos					
	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	Total	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	total
Pai	189	302	368	609	464	1.932	21,7	20,5	16,4	12,3	5,1	10,4
Mãe	218	425	490	541	336	2.010	25,0	28,9	21,8	11,0	3,7	10,8
Padrasto	37	115	238	348	224	962	4,2	7,8	10,6	7,1	2,5	5,2
Madastra	1	17	39	46	30	133	0,1	1,2	1,7	0,9	0,3	0,7
Conjuge				52	835	887	0,0	0,0	0,0	1,1	9,2	4,8
Ex-conjuge				23	283	306	0,0	0,0	0,0	0,5	3,1	1,6
Namorado				74	377	451	0,0	0,0	0,0	1,5	4,2	2,4
Ex- namorado				33	240	273	0,0	0,0	0,0	0,7	2,6	1,5
Irmão	37	32	63	205	376	713	4,2	2,2	2,8	4,2	4,1	3,8
Amigo/ Conhecido	102	129	461	1426	1996	4.114	11,7	8,8	20,6	28,9	22,0	22,1
Desconhecido	112	76	159	719	2080	3.146	12,8	5,2	7,1	14,6	22,9	16,9
Outros	176	374	425	860	1827	3.662	20,2	25,4	18,9	17,4	20,1	19,7
Total	872	1.470	2.243	4.936	9.068	18.58	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pais	445	859	1.135	1.544	1.054	5.037	51,0	58,4	50,6	31,3	11,6	27,1
Parceiros/ex				182	1.735	1.917	0,0	0,0	0,0	3,7	19,1	10,3

Fonte: SINAN/SVS/MS - Mapa da Violência 2018: Crianças e Adolescentes.

DISCUSSÃO

Essa pesquisa veio evidenciar e chamar a atenção para a violência intencional, que incide principalmente sobre a população infanto juvenil e vem sendo reconhecida por sua grave repercussão biopsicossocial, ocasionando consequências significativas nas esferas física, sexual, comportamental, psicológica, emocional e cognitiva, interferindo no crescimento e desenvolvimento e podendo fazer das vítimas futuros agressores, mostrando assim a complexa e infundável trama existente na violência de todos os tipos. Nas últimas décadas, o reconhecimento da violência como problema de saúde pública e da necessidade de proteger as crianças e adolescentes, a fim de contribuir para seu crescimento e desenvolvimento, veio ampliar as políticas e estratégias voltadas para a emergente questão da violência dentro dessa faixa etária (WASELFSZ, 2002; MATOS, BORGES, MAMEDE-NETO et al 2013; SOARES et al., 2016)

Neste sentido, quando a violência infanto juvenil saiu do contexto privado para o público a sociedade e o governo começou a se mobilizar para coibir essas agressões covardes e criou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sancionado pela Lei nº 8.069, de 13/07/1990, que se constituiu no instrumento de garantia da cidadania de crianças e adolescentes, criando obrigações legais aos profissionais de saúde quanto à notificação; dando prioridade absoluta à criança e ao adolescente na sua proteção contra a negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade, opressão e todos os atentados, por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais; e criando o Conselho Tutelar, órgão responsável por iniciar a avaliação da situação denunciada, desencadeando as medidas a serem tomadas pelas redes específicas de atenção - proteção da criança, afastamento da vítima do agressor, punição do agressor, tratamentos- (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1995; TSANG, SWEET, 1999; MASCARENHAS et al., 2010).

Diante do referencial teórico utilizado para essa pesquisa pode ser ressaltado que os agravos físicos da violência infantil mais freqüente são; marcas diversas no corpo, escoriações, hematomas, queimaduras, fraturas ósseas, mordidas, lacerações de mucosa e abusos sexuais (AZEVEDO, GUERRA 1989; VILELA, 2008; HIBBARD, SANDERS 2001).

Constatou-se que as alterações psicossociais mais comuns em vítimas de violência infanto juvenil são: baixo rendimento escolar, sentimento de inferioridade, medo, ansiedade, choro sem motivo aparente, pesadelos, depressão, auto mutilação e ideação suicida (CAVALCANTI, 2009; ASSIS, 2002; MOSCATELLO, 2003).

No que diz respeito a legislação brasileira sobre violência infanto juvenil, ficou demonstrado que o problema em questão ganhou espaço na Constituição Federal brasileira de 1988, em seu artigo 227. Mas, convém salientar que a violência não diminuiu, essa questão merece ser analisada levando em consideração que as questões políticas, sociais e culturais são antigas e o contexto que envolve problemas privados ficam restritos no interior dos lares do nosso país (MARTINS, MELLO JORGE 2009).

Um ganho real para o combate a violência infanto juvenil foi a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, neste, tornou compulsória a notificação de casos suspeitos ou confirmados conforme o artigo 13 do ECA (MARTINS, MELO JORGE 2009). Daí se pode ressaltar que junto ao Estatuto da Criança e do Adolescente foi criado os Conselhos Tutelares que são órgãos permanentes que zelam pelos direitos dessa população e as denúncias podem ser feitas no referido órgão se no local de trabalho dos profissionais não houver um posto policial ou uma comissão própria (SEI, 2005).

Os resultados dessa pesquisa mostraram que a legislação brasileira sobre violência infanto juvenil ainda é insuficiente, mas, a obrigatoriedade de profissionais de saúde, educação e a população de modo geral serem obrigadas por lei a notificar casos suspeitos ou confirmados de violência já é uma medida protetiva importante (DARO, 1992; MONTE ALTO, 1996; HUERTAS, 1997; GONÇALVES 2002).

2160

Os resultados dessa pesquisa evidenciaram que os dados da violência infanto juvenil são elevados. Em 2016, o número de atendimentos na faixa etária de 1 a 19 anos foi de 75.934 casos em um total de 98.115 casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (GLOBO, 2018).

Em 2017 o Número de Notificações foi de 80.475 casos. Convém ressaltar a desproporção das notificações nos diversos Estados brasileiros. O Amapá teve 171 notificações apenas, enquanto em São Paulo esses números foram de 16.892 casos. Esses resultados sugerem que a Região Norte do Brasil tem os menores números de notificações o que pode significar que a população infanto juvenil não é prioridade de Estado, os profissionais de saúde não conhecem ou não querem notificar (GLOBO, 2018).

Os resultados dessa pesquisa apontaram em 2018 um número de 52.515 casos notificados em todo território brasileiro. Esses indicadores chamam a atenção para a diminuição da violência infanto juvenil em relação aos anos de 2016 e 2017 e outros aspecto merece ser considerado, que foi uma melhora de informações dos bancos de dados que tratam

essa questão. Aos poucos o tema vem sendo visualizado pela mídia, sociedade e melhora nas medidas de proteção à criança e ao adolescente (SINAN/SVS/MS, 2018).

CONCLUSÃO

Os principais agravos físicos da violência infanto juvenil são: fraturas ósseas, queimaduras, acidentes caseiros evitáveis, quedas, asfixia, estresse pós-traumático, hematomas, lacerações, abuso sexual. entre os agravos emocionais: timidez, ansiedade, choros constantes e sem motivo, medo, pesadelos, tentativas de suicídio, automutilação, ataques de pânico, baixo rendimento escolar, depressão e baixo rendimento escolar. A conduta do cirurgião dentista frente a suspeita ou constatação real de violência infanto juvenil é denunciar no seu local de trabalho. Os dados nacionais da violência contra criança e adolescente fornecidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde foram: em 2016 se teve 75.934 casos de notificação; em 2017 os números foram maiores com 80.475 casos e em 2018 um percentual menor com 52.515 casos.

REFERÊNCIAS

- [Internet]. 2013[cited 2017 Mar 2];9-44. Availablefrom: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85671/1/9789275317488_spa.pdf24];26(2):347-57. Availablefrom: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200013>
- ALVES, M.A, da F. B.A.; SOARES, T.R.C, de França A.K.A, AZEVEDO, R.N, TINOCO, R.L.R. Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de abuso sexual infantil–revisão de literatura. **RBOL**. V 3, n 2, p 92-9. 2016.
- ASSIS, S. G. **Crescendo em meio a violência**.In: WESTPHAL, M. F. (Org.). *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP, 2002. p.5-13.
- ASSIS, S.G. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **CienSaude Colet**. v 17, n 9, p 2305-2317, 2012.
- ATWAL, G. S.; RUTTY, G. N.; CARTER, N., GREEN, M. A. Bruising in non-accidental head injured children: a retrospective study of the prevalence, distribution and pathological associations in 24 cases. **Forensic SciInt**: Lausanne, v 96, n 2-3, p. 215-230, Sept. 1998.
- BECKER, D. B.; NEEDLEMAN, H. L.; KOTELCHUCK, M. Child Abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentists. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 97, n. 1, p. 24-28, July, 1978.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Brasil. Presidência da República.

CAVALCANTI, A. L. Abuso Infantil: protocolo de atendimento odontológico. **RBO**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 6, p. 378-340, nov./dez. 2001.

CAVALCANTI, A.L., GRANVILLE-GARCIA, A.F., COSTA, E.M.M, FONTES, L.BC., SÁ, L.O.P.D, LEMOS, A.D. Dentist's role in recognizing child abuse: a case report. **Rev. OdontoCiência**, V 24, p 432-434, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO nº 42 de 20 de maio de 2010. Dispõe sobre o Código de Ética dos profissionais da Odontologia. [resolução na internet]. [acessado 2013 mar 12]. Disponível em: http://www.cfo.org.br/download/pdf/codigo_etica.pdf.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988. Brasília; 1988. Brasil. Lei 8.069, de 13 julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 16 jul. Oliveira J, organizador.

DARO D., GELLES R.J. Public Attitudes and Behaviors With Respect to Child Abuse Prevention. **Journal of Interpersonal Violence**. v. 7 p.4, 1992.

DARUGE, E.; CHAIM, L.; GONÇALVES, R. J. Criança maltratada e a odontologia: conduta, percepção e perspectivas - uma visão crítica. Disponível em: <www.odontologia.com.br>. Acesso em agosto 2004. *do Brasil*. São Paulo: Instituto Sangari; 2012.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. 5ª ed. São Paulo: Saraiva; 1995.

2162

GARBIN, C.A.S, ROVIDA, T.A.S, COSTA, A.A, GARBIN, A.J.I. Reconhecimento e notificação de violência pelos profissionais da estratégia de saúde da família. **Arch Health Invest**. V5, n1, p 8-12, 2016.

GOMES R, JUNQUEIRA, M.F.P., SILVA, C.O, JUNGER, W.L. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciências de Saúde Coletiva**, v7, p 275-283, 2002; 7 275-283.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 315-319, jan./fev. 2002.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L.; MARQUES, M. J. V. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 547- 553, dez. 1999.

HIBBARD, R.; SANDERS, B. Negligência e abuso da criança. In: McDONALD, R. AVERY, D. **Odontopediatria**, 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001, p. 17- <22.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf>

HUERTAS, J. A. D., 1997. **Epidemiologia**. In: Niños Maltratados (J. C. Flores, J. A. D. HUERTAS, C. M. GONZALEZ, org.), p 15-25, Madrid: Diaz de Santos. 1997.

KITTLE, P. E.; RICHARDSON, D. S.; PARKER, J. W. Examining for child abuse and child neglect. **PediatrDent**, Chicago, v. 8, n. 1, SpecialIssue, p. 80-82, May, 1986.

MARTINS, C.B.de G.; MELLO-JORGE, M. H. P. violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v 18, n 4, Brasília, dez. 2009.

MASCARENHAS, M.D.M, MALTA, D.C, LIMA, C.M, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violencia contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergencia, Brasil, 2006 e 2007. **CadSaude Publica[Internet]**. 2010[cited 2017 Feb]

MASSONI ACLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. **Ciênc SaúdeColetiva**, v15, p 403-410, 2010.

MATOS, F. Z.; BORGES, A. H.; MAMEDE-NETO, I.; REZENDE, C. D. et al. Avaliação do conhecimento dos alunos de graduação em odontologia x cirurgião dentista no diagnóstico de maus-tratos a crianças. **Revista Odontol. Bras. Cent.** V 22, n 63, 2013.

MONTE ALTO, L.A.; Modesto, A.; MASSÃO, J. M.; SOVIERO, V. L.M.; RAMOS, M. E. B. Criança maltratada: O que pode ser feito? **RevBras Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 22- 26, maio/jun. 1996.

MOSCATELLO, R. A neurobiologia do abuso infantil. Disponível em: <www.amputadosvencedores.com.br/_a_neurobiologia_do_abuso.htm>. Acesso em outubro 2019.

2163

MOUDEN, L. D.; BROSS, D. C. Legal issues affecting dentistry's role in preveting child abuse and neglect. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 126, n. 8, p. 1173-1180, Aug. 1995.

OLIVEIRA, B.;; FREIRE, I.V.; ASSIS, C.S. et al Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. **Ver Bioética**, v 26, n 3, 2018.

Organizacion Mundial de La Salud-OMS. Organizacionpanamericana de lasalud-OPAS. Prevencion de laviolencia: la evidencia.

PIRES, J.; GOLDANI, M.; VIEIRA, E.; NAVA, T.; FELDENS, L.; CASTILHO, K. et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus tratos infantis. **Ver BrasSaudeMaterInfant**, Recife, v. 5, n. 1, p. 103-108, jan./mar. 2005.

SBP/Fiocruz/MJ 2001 - Sociedade Brasileira de Pediatria/ Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Justiça, s/d. *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e naadolescência*, 40pp.

SEI, M. B. Desenvolvimento emocional e os maus tratos infantis: uma perspectiva winnicottiana. 107f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SKIFOS, P. M. Does the dentist have an ethical duty to report child abuse and neglect? *J Am Dent Assoc*, Chicago, v. 127, n.6, p. 521-523, Apr. 1996.

SOARES, A.L, HOWE, L.D, MATIJASEVICH, A, WEHRMEISTER, F.C, MENEZES, A.M, GONÇALVES, H. Adverse childhood experiences: prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 2];51:21-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4710615/pdf/main.pdf>

SOUSA MGC. Percepção dos Educadores sobre Maus-Tratos Infantis na Cabeça e Face (Trabalho de Conclusão de Curso) (Graduação em Odontologia). Caruaru: ASCES Faculdade de Odontologia de Caruaru; 2005.

SOUZA, E. Avaliação e conduta de médicos e cirurgiões-dentistas sobre maus-tratos e violência contra a criança e o Adolescente. 235f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Araçatuba, 2002.

TSANG, A.; SWEET, D. Detecting child abuse and neglect: are dentists doing enough? *Journal Can Dent Assoc*. v 65, P 387-391.1999.

VIEIRA, A. R. Abuso Infantil. *J Bras Odontoped Odontol Bebê*, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 57-61, abr./jun.1998.

VILELA, L. F. **Manual para atendimento as vítimas de violência**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 68p, 2000.

2164

VON BURG, M. M.; HIBBARD, R. A. Child abuse education: do not overlook dental professionals. *J Dent Child*, Chicago, v. 62, n. 1, p. 57-63, Jan./Feb. 1995.

WASELFSZ, J.J. Mapa da violência 2012. *Crianças e Adolescentes*

WELBURY, R. R.; MURPHY, J. M. The dental practitioner's role in protecting children from abuse. 2- The orofacial signs of abuse. *Br Dent J*, London, v. 184, n. 3, p. 61-65, Feb. 1998.

World Health Organization – WHO. World report on violence and health [Internet]. 2002 [cited 2017 Feb 24].