



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



LETICIA CRISTINA DE SOUZA SILVA

**MANIFESTAÇÕES OROFACIAIS DA
VIOLÊNCIA INFANTIL**

UBERLÂNDIA

2018

LETICIA CRISTINA DE SOUZA SILVA

**MANIFESTAÇÕES OROFACIAIS DA
VIOLÊNCIA INFANTIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alessandra Maia de Castro Prado

UBERLÂNDIA

2018



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

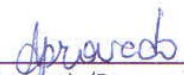
ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A) DISCENTE **Leticia Cristina de Souza Silva** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

No dia **05 de novembro de 2018**, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo(a) aluno(a) **Leticia Cristina de Souza Silva**, COM O TÍTULO: “MANIFESTAÇÕES OROFACIAIS DA VIOLÊNCIA INFANTIL”. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo se encontra em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.


Uberlândia, 05 de novembro de 2018.




Profª. Drª. Alessandra Maia de Castro Prado
Universidade Federal de Uberlândia – UFU




Aprovado/Reprovado



Prof. Dr. Roberto Bernardino Júnior
Universidade Federal de Uberlândia – UFU




Aprovado/Reprovado



Prof. Dr. Roberto Elias Campos
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



Aprovado/Reprovado



Ana Laura Rezende Vilela
Aluno(a) de doutorado – PPGO/UFU



Aprovado/Reprovado

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela sua grandeza em minha vida, o qual é a luz que guia meus caminhos nessa longa jornada, pelas oportunidades desta vida plena. Agradeço por acalantar meus anseios e amparar minhas lutas. Obrigada pelo sustento, pela graça derramada e por todas as bênçãos.

À minha Nossa Senhora, minha grande amiga e segunda Mãe, que sempre esteve presente em minha vida e nos meus sonhos. Muito obrigada por fazer parte dos momentos bons e dos momentos ruins, quando precisei de sua interseção e colo de mãe.

Aos meus pais, Luciana e Ordeir, e irmãos, Natalia e Gustavo, agradeço por sempre lutarem por mim, por estarem presentes em cada pequeno e grande momento de minha vida. Obrigada, Natalia, por sempre ter tido tempo para me escutar quando precisei, por me dar conselhos quando precisava, por ser a minha melhor amiga para todos os momentos. Agradeço por todo sacrifício, carinho e amor. Amo vocês demais.

À minha orientadora, Prof^a Alessandra Maia, por ter me orientado e pela imensa paciência em me guiar perante tantas dificuldades. Fico feliz em finalizar este trabalho tendo a senhora como guia. Agradeço imensamente por todo aprendizado, cuidado, incentivo, carinho disponibilidade e atenção. Você é luz! Tudo que se propõe a fazer faz com amor, e cativa todos.

Agradeço a todos os professores, por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo da formação profissional.

Aos meus avós, pelo amor e carinho. Por toda sabedoria e afeto que rega a minha vida, e por se fazerem presentes mesmo nas horas difíceis. Amo vocês.

Agradeço aos meus amigos em geral, por todo apoio durante minha vida. Agradeço todas as risadas, companheirismo e cumplicidade, por sempre se fazerem presentes, por me escutarem, por se lembrar de mim, por todos os momentos bons e ruins, por todas as festas, conselhos, ombros para eu chorar, por todos os puxões de orelha, enfim, sem vocês talvez tivesse enlouquecido. Vocês são grande parte do que me tornei hoje e sempre serão meus grandes amigos. Agradeço à minha dupla de clínica, Angélica, por todo aprendizado, parceria, e todas as experiências vividas, em que tenho absoluta certeza, que fizeram toda a diferença pra mim. Agradeço, também em especial, aos colegas e professores a Liga Acadêmica de Odontologia Forense, na qual sou diretora geral e tanto aprendi com o conhecimento do Prof^o Thiago Beaini; à Liga Acadêmica de Odontopediatria, que me adotaram como parte de vocês, e fico imensamente feliz pelo lindo trabalho que realizam e à Bateria Dentadura, em que vivi momentos que jamais esquecerei; vocês fizeram da minha graduação a melhor fase da minha vida.

Por fim agradeço a todos aqueles que de alguma forma estiveram comigo nessa caminhada fazendo desse sonho uma realidade.

Leticia Cristina de Souza Silva

Resumo

A violência contra crianças e adolescentes é um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo que ameaça o bem-estar mental e causa danos irreparáveis. No Brasil, 107.572 casos de abuso infantil foram registrados em 2011. O abuso infantil é qualquer ação ou omissão que prejudique o bem-estar físico e psicológico, liberdade e direito para o pleno desenvolvimento das crianças. O objetivo desse estudo é revisar a literatura sobre as principais lesões orofaciais relacionadas a violência infantil; o conhecimento do cirurgião-dentista (CD) sobre os sinais da violência e como deve ser a forma de notificação. As manifestações orofaciais mais comuns foram: hematoma, abrasões ou lacerações do lábio, língua, freios labiais e linguais, mucosa oral, dentes, gengiva, cicatrizes de traumas persistentes, equimoses, marcas de mordida, e arranhões. Os cirurgiões-dentistas apresentaram dificuldades na identificação e conduta de maus-tratos infantis, no entanto compete ao cirurgião-dentista também a notificação aos órgãos competentes. Foi possível concluir que maioria dos ferimentos decorrentes dos maus-tratos infantis envolve a região orofacial: cabeça, face, boca e pescoço, que os cirurgiões-dentistas apresentam dificuldades na identificação e condutas frente à violência, mas é de extrema importância que o profissional saiba como realizar a notificação aos órgãos competentes.

Palavras-chave: maus tratos infantis, manifestações bucais, cirurgião-dentista.

Abstract

Violence against children and adolescents is one of the major public health problems worldwide that threatens mental well-being and causes irreparable harm. In Brazil, 107.572 cases of child abuse were registered in 2011. Child abuse is any act or omission that damages the physical and psychological well-being, freedom and right for the full development of children. The objective of this study is to review the literature about the main orofacial lesions related to child violence; the knowledge of the dentist surgeon about signs of violence and how the notification should be. The most common orofacial manifestations were: hematoma, abrasions or lacerations of the lip, tongue, lip and lingual braces, oral mucosa, teeth, gingiva, persistent trauma scars, bruises, bite marks, and scratches. The dental surgeons presented difficulties in the identification and conduct of child maltreatment, however, it is also the responsibility of the dental surgeon to notify the competent organs. It was possible to conclude that most injuries resulting from child maltreatment involve the orofacial region: head, face, mouth and neck, that dental surgeons present difficulties in identifying and conducting to violence, but it is extremely important that the professional knows how to make the notification to the competent authorities.

Key words: child abuse, oral manifestations, dentists.

SUMÁRIO

Introdução	08
Metodologia	10
Revisão de Literatura	11
Discussão	18
Conclusão	21
Referências Bibliográficas	22
Anexos	27

INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2002), abuso infantil é qualquer ação ou omissão que prejudique a bem-estar físico e psicológico, liberdade e direito para o pleno desenvolvimento das crianças. O abuso pode ser classificado como abuso ou negligência física, sexual ou psicológica. A violência física pode ser considerada leve (por exemplo, contusões e algumas abrasões), moderada (por exemplo, contusões mais graves, queimaduras e fraturas simples) e graves (por exemplo, grandes queimaduras e múltiplas fraturas que podem ameaçar a vida).

A violência contra crianças e adolescentes é um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo, ameaçando o bem-estar mental e causando danos irreparáveis. Isto é um fenômeno complexo, desencadeado por múltiplos fatores, incluindo questões sociais, políticas, econômicas e culturais. No Brasil, 107.572 casos de abuso infantil foram registrados em 2011 (VALENTE et al., 2015).

Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), constituído por dois componentes: a) Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan); e b) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (Viva Inquérito). O objeto de notificação do Viva/Sinan é a violência doméstica, sexual e outros tipos de violência (psicológica/moral; financeira/ econômica; tortura; tráfico de pessoas; trabalho infantil; negligência/abandono; intervenção por agente legal) contra mulheres e homens de todas as idades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Dados de 2004 a 2008, na cidade de Curitiba, indicaram que a violência doméstica foi a mais frequente, sendo de 88 a 91,9% dos casos de crianças e adolescentes informados à Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente. Negligência e violência física compreendiam mais de 80% dos os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos infantis (APOSTOLICO et al., 2012). Em 2010, 5.112 casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes foram relatados em Curitiba. Entre estes, 84,7% foram caracterizados como intrafamiliar, sendo 73% casos de negligência e 13,3% de agressão física (CURITIBA, 2010). Em 2011, 5.371 suspeitos ou casos confirmados foram relatados. Entre estes, 81,8% foram intrafamiliares, dos quais 74,8% foram casos de negligência e 12,1% foram casos de agressão

física. Nesses 2 anos, mais de 50% das crianças vitimadas foram 5 a 14 anos de idade (CURITIBA, 2011).

Em relação à faixa etária, entre as crianças menores de 10 anos de idade, a negligência foi o tipo de violência mais comum (43,1%), seguido da violência física (33,3%). Na maior parte dos atendimentos, tratava-se de um familiar o provável autor da agressão, e a mãe apareceu em mais de 36% dos casos notificados. Já para a faixa etária de 10 a 19 anos de idade, a violência física (65,3%) foi a mais comum e na maior parte dos atendimentos, tratava-se de um amigo ou conhecido o provável autor da agressão (20,0%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE – 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 (OWAIS et al., 2009)

O diagnóstico dos maus-tratos infantis baseia-se no reconhecimento de indicadores comportamentais e dos sinais e sintomas físicos comuns às crianças abusadas e negligenciadas (CARVALHO et al., 2006). Estudos demonstram que a maioria dos ferimentos decorrentes dos maus-tratos infantis envolve a região orofacial: cabeça, face, boca e pescoço (MASSONI et al., 2010; BOHNER et al., 2012). Por isto, o cirurgião-dentista encontra-se em posição de destaque na identificação de casos suspeitos de maus-tratos (MASSONI et al., 2010; LIMA et al., 2005)

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

Assim, o objetivo deste estudo foi por meio de revisão de literatura verificar quais as principais lesões orofaciais relacionadas a violência infantil, o conhecimento do CD sobre sinais da violência infantil e descrever como deve ser a forma de notificação.

METODOLOGIA

Foi realizada uma busca bibliográfica nas bases de dados Bireme, Pubmed e Google scholar no período de 2000 a 2018 utilizando-se, de forma combinada, os descritores manifestações orofaciais, abuso infantil e dentistas e os mesmos termos em inglês (child violence, orofacial manifestations and dentists). Foram selecionados artigos nos idiomas em inglês e português.

Foram encontradas mais de 170 publicações nas bases de dados pesquisadas; destas, foram selecionadas 57 publicações por se referirem ao objetivo desse estudo. Alguns dos critérios para exclusão foram publicações que se referiam ao conhecimento de alunos de graduação em odontologia sobre a violência infantil, por serem relatos de casos clínicos e aqueles que relatavam as formas de notificações em outros países.

REVISÃO DE LITERATURA

Principais lesões orofaciais relacionadas a violência infantil

Vários estudos na literatura mostraram que o trauma oral ou facial ocorre em cerca de 50% das crianças abusadas fisicamente; e que a cavidade bucal pode ser um foco central para abuso físico. Manifestações orofaciais de abuso físico incluem hematomas, abrasões ou lacerações da língua, lábios, mucosa oral, palato duro e mole, gengiva, mucosa alveolar, frênulo, fraturas dentárias, luxações dentárias, avulsões dentárias; fraturas maxilar e mandibular. (NAIDOO, 2000)

As lesões físicas mais comuns que foram relatadas em 2010 e 2011 foram hematoma (CURITIBA, 2010; CURITIBA, 2011; NAIDOO, 2000). Este tipo de lesão pode fornecer informações sobre o tempo do incidente e a força usada pelo agressor no ato violento. Hematomas são fortes indicadores de abuso, e os profissionais podem estimar tempo de ocorrência da lesão, averiguando sua cor. Contusões vermelhas ou azuis indicam ocorrência no passado de um a três dias, amarelo esverdeado indica ocorrência dentro dos últimos quatro a sete dias e castanho amarelado indica ocorrência dentro nos últimos oito a 26 dias (RESENDE, 2013).

Em relação ao abuso sexual infantil, embora a boca seja um local frequente para esse tipo de abuso, lesões orais visíveis ou infecções são consideradas raras (MATHUR, 2013). De acordo com Percinoto et al. (2014), alguns sinais orais podem representar indicações significativas de abuso sexual, como eritema, úlcera, vesícula com drenagem purulenta ou pseudomembrana e lesões condilomatosas dos lábios, língua, palato e naso-faringe.

Além disso, se eritema e petéquias presentes, de etiologia desconhecida, encontradas na junção dos palatos moles e duros ou no assoalho da boca, podem ser certamente provas evidentes do sexo oral forçado (ARORA et al., 2013).

Qualquer profissional de saúde pode identificar agressão contra crianças. Aproximadamente 50-75% das lesões físicas em casos de maus-tratos infantis ocorrem na cabeça, pescoço, rosto e boca, que pode ser facilmente visualizada (NAIDOO, 2000). Entre as lesões na parte superior do corpo, 41% estavam localizados no rosto da vítima, com vários ferimentos orofaciais, incluindo fratura o crânio, hematomas subdurais, hemorragia retiniana,

hematomas, queimaduras e lacerações. Na boca, os ferimentos relatados incluíram dentes fraturados, dentes avulsionados, fraturas mandibulares e lacerações dos lábios, frênulo e língua (NAIDOO, 2000).

Segundo Thompson et al. (2013), lesões orais podem ser infligidas com instrumentos como talheres ou uma mamadeira durante alimentações forçadas, mãos, dedos, líquidos escaldantes ou substâncias cáusticas. Esta forma de abuso pode resultar em contusões, queimaduras ou lacerações da língua, lábios, mucosa bucal, palato mole e duro, gengiva, mucosa alveolar ou freio; fraturas, dentes deslocados ou avulsionados; ou fraturas no osso facial e nos maxilares. Naidoo (2000) citou os lábios como o local mais comum das lesões orofaciais (54%) seguidas pela mucosa oral, dentes, gengiva e língua. Lacerações ao frênulo labial em crianças são muitas vezes o resultado de abuso físico e são frequentemente associados a outras descobertas de abuso físico grave (MAGUIRE et al., 2008).

Segundo o estudo de El Sarraf et al (2012), os cirurgiões-dentistas devem observar a criança principalmente quanto aos seguintes sinais: lábios com hematomas, lacerações, cicatrizes de traumas persistentes, queimaduras, equimose, arranhão ou cicatrizes na comissura (sinais de amordaça); boca com lacerações no freio lingual ou labial (devido a beijos, alimentação ou sexo oral), lacerações na gengiva, língua, palato ou assoalho da boca, equimoses nas bochechas, condiloma acuminado, sífilis, gonorreia oral e perioral em crianças pré-puberais; dentes fraturados, deslocados com mobilidade, avulsionados, raízes residuais múltiplas sem história plausível; maxila ou mandíbula com sinais de fratura atual ou passadas, má oclusão incomum resultando de traumas anteriores; na face, notar hemorragia da retina, hematoma periorbital contusões, fraturas nasais, danos a membrana timpânica, hematoma na orelha. Alopecia nas regiões frontais e parietais (devido a puxões de cabelo); pele com hematomas, contusões, queimaduras, marcas de mordida e equimoses; alterações psicológicas como: ansiedade, depressão, apatia, rebeldia, agressividade, isolamento, aversão ao contato físico, comportamento extremo de obediência, distúrbio do sono e da alimentação, baixo desempenho escolar e baixo autoestima; comportamento sexual precoce através de brincadeiras ou conversas, lesões na região genital e anal (desconforto ao ficar na cadeira odontológica), doenças sexualmente transmissíveis na cavidade oral.

É importante que os profissionais da odontologia tenham consciência de suas limitações a respeito do recolhimento de evidências de marcas de mordida; assim sendo, o relato a um cirurgião-dentista forense pode ser importante para a documentação e a preservação da

evidência (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC, 2006). Marcas de mordida devem ser suspeitas quando as equimoses, abrasões ou lacerações são encontradas em padrão elíptico, em forma de ferradura ou ovoide (SILVA et al., 2006). Para a avaliação de uma marca de mordida, utiliza-se o teste padrão no qual características importantes são identificadas, como a forma da dentição, dos dentes e as características anatômicas específicas do suspeito (AVON, 2004). A típica marca de mordida humana tem uma configuração oval ou circular de equimose, sendo que com o exame mais aproximado pode-se revelar o dente de forma individual e a forma do arco. Uma área de hemorragia característica a qual representa o ato de "sugar" ou de "empurrar" a língua durante o ato de morder pode ocasionalmente ser encontrada entre as marcas de dentes (AAPD, 2006). As marcas de mordida humana são geralmente superficiais, se apresentando como hematomas ou abrasões. Por outro lado, as mordidas de animais resultam geralmente na penetração profunda, sendo acompanhadas por lacerações e até avulsões dos tecidos (AVON, 2004).

As marcas de mordida encontradas na pele humana são difíceis de interpretar por causa da distorção apresentada e do tempo decorrido entre a lesão e a análise (SILVA et al., 2006). Investigações recentes levaram a questões sobre a validade da evidência científica forense (análise da marca de mordida em particular) e seu papel em processos judiciais (GOLDEN, 2015).

Lesões craniofaciais, da cabeça, face e pescoço ocorrem em mais de metade dos casos de abuso infantil (CAIRNS et al., 2005). Todas as suspeitas de abuso ou negligência, incluindo crianças sob custódia do estado ou assistência social, devem ser examinadas cuidadosamente pelo provedor apropriado em algum ponto durante o curso da avaliação para sinais de trauma oral e outros problemas de saúde bucal, que são mais prevalentes em crianças maltratadas (VALENCIA-ROJAS et al., 2008).

Conhecimento do CD sobre sinais da violência infantil

Mais de dez milhões de crianças e adolescentes sofrem maus-tratos anualmente no Brasil (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2015). Os atos de violência podem ocasionar injúrias permanentes e problemas psicossociais (BOHNER et al., 2012). Sendo assim, “os profissionais de saúde devem atuar em conjunto, pois o abuso infantil é uma desordem

médico-sócio-psicológica” (ALVES, 2003). Devido a sua magnitude, a violência deixou de ser um problema social e se tornou um problema de saúde pública, refletindo nos serviços de saúde onde o cirurgião-dentista faz parte (TORNAVOI et al., 2011).

Os cirurgiões-dentistas apresentam dificuldades na identificação e condutas frente à violência (CARVALHO et al., 2013). A forma mais fácil de reconhecer uma agressão é quando ela é física, devido aos traumas físicos ou falta de desenvolvimento, principalmente porque quando ela ocorre, geralmente a justificativa dada não condiz com a severidade das lesões observadas (ALVES; CAVALTANTI, 2003; BOHNER et al., 2012).

Para o diagnóstico de maus tratos pelo cirurgião-dentista, o passo inicial é a anamnese e o exame físico extra e intra-oral realizados criteriosamente; observar aparência geral da criança, vestimenta, estatura, comportamento (depressão, distímia, ansiedade, rebeldia, agressividade, delinquência, interação com o responsável); sinais e sintomas físicos e registrar tudo no prontuário. Esses indicadores isoladamente não caracterizam maus-tratos é preciso uma combinação de informações além de uma história médica e um exame físico associado a história clínica dentária para uma conduta adequada (COSTA NETO et al., 2011).

A decisão de enxergar ou negar a violência gera angústia nos profissionais, uma vez que eles temem reações principalmente por parte dos familiares. Capacitar os profissionais e cuidar da saúde dos mesmos são imprescindíveis para que o trabalho de combate a violência seja efetivo (LOPES et al., 2012).

Moreira et al. (2013) analisaram o conhecimento dos profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. Participaram da pesquisa 51 profissionais, sendo médicos (9), enfermeiros (26) e cirurgiões-dentistas (16) que trabalhavam na Estratégia Saúde da Família. Utilizou-se um questionário para a coleta dos dados e verificou-se que predominaram profissionais que não haviam participado de treinamento na área de violência contra crianças e adolescentes (86,3%), conheciam o Estatuto da Criança e do Adolescente (90,2%) e conheciam a ficha de notificação de maus-tratos (62,7%). A maioria afirmou que a unidade de saúde possuía a ficha (70,5%) e que sabia para qual lugar encaminhar as vítimas (82,3%), mas que não havia se deparado com situações de maus-tratos (62,8%); sendo que dos 37,2% que já tinham identificado algum caso, 60,0% relataram as ocorrências. Houve associação significativa entre o ato de notificar e a participação do profissional em treinamento sobre o tema.

Laud et al. (2013) em Ática, na Grécia, aplicaram um questionário sobre a conscientização em relação aos maus-tratos, a frequência de incidentes suspeitos, bem como as razões para não relatá-los para 368 dentistas. Com uma taxa de resposta de 83%, apenas 21% dos entrevistados receberam

treinamento em proteção infantil em nível de graduação. A suspeita de abuso foi de 13% e suspeita de negligência foi de 35%. Apenas seis dos 368 entrevistados fizeram um relatório oficial de um caso suspeito de maus-tratos infantis. O motivo mais comum que impediu o relato foi a dúvida sobre o diagnóstico (44%). Os dentistas não se sentiram adequadamente informados sobre o reconhecimento e encaminhamento de casos de abuso e negligência infantil. A baixa percentagem de incidentes relatados e a falta de legislação indicam uma grande necessidade de educar continuamente dentistas sobre maus-tratos infantis, bem como para a criação de um sistema organizado na Grécia para relatar tais incidentes para proteger o dentista que encaminha o caso, bem como a criança vitimada.

Da Silva et al. (2014) investigaram as experiências, atitudes e conhecimentos dos dentistas no reconhecimento e notificação de casos suspeitos de abuso infantil. Os dados foram coletados por meio de um questionário auto administrado, distribuído aleatoriamente para 500 dentistas. O questionário investigou características da população, conhecimento sobre abuso infantil, experiência e atitudes na notificação de casos suspeitos e a capacidade de reconhecer sinais de abuso. Aproximadamente 60% dos dentistas responderam à pesquisa, sendo que 87% acreditavam que o reconhecimento do abuso infantil é importante, no entanto, 63,2% relataram não saber como agir em tais situações, e 44,2% desconheciam as autoridades de proteção infantil adequadas ao contato. Entre os dentistas pesquisados, 94,7% relataram que não receberam educação suficiente sobre abuso infantil em seus estudos de graduação. Enquanto 31,3% dos dentistas suspeitavam de abuso infantil entre seus pacientes, 84% relataram suas suspeitas às autoridades competentes. A razão mais citada (33,3%) para não relatar suspeita de abuso foi o medo de litígios e seu impacto potencial em sua prática. Apenas 34,2% dos dentistas demonstraram conhecimento sobre os possíveis sinais de abuso infantil.

As universidades exercem um papel importante para que os cirurgiões-dentistas tenham a melhor conduta frente a suspeita ou constatação de violência ao paciente infantil (SALES-PERES et al, 2008).

Forma de notificação

Compete ao cirurgião-dentista não apenas o diagnóstico e tratamento das vítimas, mas também a notificação aos órgãos competentes (COSTA NETO et al., 2011). Crianças vítimas de violência deverão receber inicialmente o atendimento emergencial, caso necessário, seguido da notificação (SALES-PERES et al., 2008). Os profissionais de odontologia devem analisar e

identificar indícios de maus-tratos observando a presença de lesões físicas, principalmente na cabeça e face, realizar uma boa anamnese, observar o comportamento da criança e a relação dela com os responsáveis. E ainda, quando os profissionais estiverem inseridos nas equipes de Estratégias de Saúde da Família vivenciar o contexto da criança durante as visitas domiciliares (CAVAZZOLA, 2011).

A violência contra crianças é uma infração à legislação brasileira e um agravo de saúde pública. As crianças têm seus direitos garantidos tanto pela Declaração Universal de Direitos Humanos como também na Constituição Federal Brasileira de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente, que buscam protegê-las de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Segundo o artigo 245 do Estatuto é obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos, não só pela família e poder público como também pela sociedade e comunidade geral. Se os profissionais de saúde e os responsáveis escolares não fizerem a notificação podem pagar multa de 3 a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (CAMPOS, 2010; EL SARRAF, 2010; COSTA NETO et al., 2011).

Vale ressaltar que a denúncia de uma suspeita não significa uma acusação, mas um pedido de investigação e assistência (COSTA NETO et al., 2011). Garbin et al. (2006) e Carvalho et al. (2013) afirmaram que os profissionais temem notificar suspeitas de maus tratos por medo de perder pacientes, falta de confiança no serviço de proteção, medo dos pais, incerteza do diagnóstico e desconhecimento sobre o dever de notificação. Quando inseridos em equipe, o que é mais comum no setor público, o profissional encontra-se mais amparado para tomar decisões contra os atos de violência identificados. Já no setor privado o isolamento profissional e o medo de um litígio se tornam obstáculos para a tomada de decisões (CAMPOS, 2010).

Todos os achados em casos em que há suspeita razoável abuso ou negligência, independentemente do mecanismo, deve ser relatado para investigação adicional. Não intencional ou acidental, lesões na boca são comuns e podem ser distinguidas de abuso, julgando se a história (incluindo a tempo e mecanismo do prejuízo) é consistente com características da lesão e as capacidades de desenvolvimento da criança. Múltiplas lesões, lesões em diferentes estágios de cura, ou uma história discrepante deve levantar suspeitas de abuso. Consulta ou encaminhamento para um dentista ou consultar um pediatra experiente em abuso infantil, pode ser útil. O relatório clínico de Academia Americana de Pediatria (AAP),

intitulada “A avaliação do abuso físico suspeito de crianças” fornece orientação adicional (CHRISTIAN, 2015).

Em casos de suspeitas ou confirmação da violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (Anexos 1 e 2). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Como forma de atender adequadamente casos como estes é preciso que o profissional entenda como esses pacientes podem se comportar no consultório, os requisitos básicos para notificação obrigatória e as estratégias de comunicação para ajudar envolver as vítimas no tratamento odontológico (RAJA et al, 2015)

Segundo Bohner et al. (2012), os profissionais de saúde que atendem no SUS são obrigados realizar a notificação compulsória dos casos de violência, segundo recomenda o Ministério da Saúde. Contudo, conforme Garbin et al. (2011), a maioria dos profissionais é jovem e atua a pouco tempo no serviço público, mas mesmo com pouca experiência mostraram-se capazes de suspeitar ou presenciar a violência doméstica. No entanto, a decisão a ser tomada é que atinge o cotidiano dos profissionais, poucos afirmam conhecer os documentos legais para notificação dos casos e a ficha específica sequer encontra-se disponíveis na maioria dos locais de trabalho.

Em caso de suspeita de maus tratos o cirurgião-dentista deve notificar o caso ao Conselho Tutelar, sob sigilo garantido, sem necessidade de apresentar provas e que preferencialmente não interfira pessoalmente na situação. Ou realizar a denúncia discando para o número 100- Disque Denúncia Nacional; ou ainda na polícia e/ou ministério público (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2015).

Segundo El Sarraf (2010), uma documentação completa se faz necessária, com fotografias, radiografias, relato do responsável e da criança, descrição de toda a observação clínica, informar ao responsável o porquê dessas medidas e colher assinatura de consentimento por escrito. O conselho tutelar deve ser avisado, na falta deste ao juizado da infância e juventude.

DISCUSSÃO.

Naidoo (2000), traz em seu estudo, que, aproximadamente 50 – 75% das lesões físicas em casos de maus-tratos infantis ocorrem na cabeça, pescoço, rosto e boca, e que, qualquer profissional de saúde pode identificar agressão contra crianças.

Segundo Naidoo (2000), Thompson et al (2013), El Sarral (2010), Curitiba (2010), Curitiba (2011) e Resende (2013), as manifestações orofaciais mais comuns são: hematoma, abrasões ou lacerações do lábio, língua, freios labiais e linguais, mucosa oral, dentes, gengiva, cicatrizes de traumas persistentes, equimoses, marcas de mordida, e arranhões. Os cirurgiões – dentistas devem observar atentamente a criança quanto aos sinais e sintomas apresentados, pois alguns tipos de lesões pode fornecer informações sobre o tempo do incidente e força usada pelo agressor.

Mathur (2013), Percinoto et al (2014) e Arora et al (2013) consideram que alguns sinais orais, como úlcera, eritema, petéquias no palato e orofaringe, de etiologia desconhecida, podem ser certamente indicativo de abuso sexual.

Avon (2004), Silva et al (2006) e Golden (2015), entendem que as marcas de mordida na pele humana são de difíceis interpretações, pois há distorções causadas pelo tempo e intensidade de força aplicada durante o ato violento; acreditam que um relato do cirurgião-dentista forense pode ser importante para a documentação e preservação da evidência. Marcas de mordida devem ser suspeitas quando equimoses, abrasões ou lacerações são encontradas em padrão elíptico, em forma de ferradura ou ovoide.

Embora seja um assunto de grande importância para a formação do cirurgião dentista, ainda existe pouco conhecimento de tal para a identificação, formas de notificação e consequências causadas pela violência infantil. Segundo Carvalho et al (2013), os cirurgiões-dentistas apresentaram dificuldades na identificação e conduta de maus-tratos infantis.

Bohner et al (2012), Alves (2003) e Carvalho et al (2013) afirmam que mais de 10 milhões de crianças e adolescentes sofrem maus-tratos anualmente no Brasil, podendo ocasionar injurias permanentes e problemas psicossociais, e devido a sua magnitude, a violência é um problema de saúde pública, em que o cirurgião-dentista faz parte. A forma mais fácil de reconhecer uma agressão é quando ela é física.

O desconhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre a violência faz com que o número de casos seja subnotificado. Poucos são os profissionais que tem a questão de maus-tratos abordada na graduação e pós-graduação, assim como também não há esclarecimento sobre deveres e condutas definidos pelo Conselho Federal de Odontologia (GRANVILLE-GARCIA et al., 2008; BOHNER et al., 2012).

Os estudos de Alves (2003); Cavalcanti (2003), Sales-Peres et al. (2008), Lopes et al. (2012) demonstram que os profissionais sentem falta de clareza sobre os limites entre violência e rigidez educacional. Sentem insegurança e inaptidão para identificar sinais de violência, medo de levantar falsas suspeitas, resistência em notificar, falta integração entre os profissionais dos diversos setores, descrença na eficácia de medidas de proteção, averiguação de denúncias.

A violência contra crianças é uma infração à legislação brasileira e um agravo de saúde pública. As crianças têm seus direitos garantidos tanto pela Declaração Universal de Direitos Humanos como também na Constituição Federal Brasileira de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente, que buscam protegê-las de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Segundo o artigo 245 do Estatuto é obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos, não só pela família e poder público como também pela sociedade e comunidade geral. Se os profissionais de saúde e os responsáveis escolares não fizerem a notificação podem pagar multa de 3 a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (CAMPOS, 2010; EL SARRAF, 2010; COSTA NETO et al., 2011).

Garbin et al (2006), Carvalho et al (2013) e Sales-Peres et al (2008) investigaram que, qualquer tipo de suspeita de agressão, a criança vítima de violência deve receber inicialmente o atendimento emergencial e, em seguida notificar e solicitar um pedido para investigação e assistência. Os profissionais temem em notificar suspeitas e/ou confirmações de agressões por vários motivos, dentre eles a incerteza do diagnóstico e desconhecimento sobre o dever de notificar. Segundo Christian (2015), o relatório clínico da AAPD fornece orientação adicional para auxiliar no diagnóstico e conduta frente a uma violência infantil. Raja et al. (2015) acreditam que o profissional entenda como esses pacientes, que sofrem agressão, podem se comportar no consultório, os requisitos básicos para a notificação obrigatória e as estratégias de comunicação com a vítima.

Em casos de suspeitas ou confirmação da violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades

competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (Anexo 1 e 2), sob sigilo garantido, sem necessidade de apresentar provas e que preferencialmente não interfira pessoalmente na situação; ou realizar a denúncia discando para o número 100- Disque Denúncia Nacional; ou ainda na polícia e/ou ministério público (EL SARRAF – 2010, CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA – 2015 e MINISTÉRIO DA SAÚDE e 2010).

CONCLUSÃO

Pode-se concluir com este estudo que a maioria dos ferimentos decorrentes dos maus-tratos infantis envolve a região orofacial: cabeça, face, boca e pescoço. As principais manifestações oro-faciais incluem fratura do crânio, hematomas subdurais, hemorragia retiniana, hematomas, queimaduras, abrasões ou lacerações da língua, lábios, mucosa oral, palato duro e mole, gengiva, mucosa alveolar, frênulo, fraturas dentárias, luxações dentárias, avulsões dentárias; fraturas maxilar e mandibular; de abuso sexual incluem o eritema, úlcera, vesícula com drenagem purulenta ou pseudomembrana e lesões condilomatosas dos lábios, língua, palato e nariz-faringe.

Os cirurgiões-dentistas apresentam dificuldades na identificação e condutas frente à violência. A forma mais fácil de reconhecer uma agressão é quando ela é física, devido aos traumas físicos ou falta de desenvolvimento, principalmente porque quando ela ocorre, geralmente a justificativa dada não condiz com a severidade das lesões observadas.

Compete ao cirurgião-dentista não apenas o diagnóstico e tratamento das vítimas, mas também a notificação aos órgãos competentes. Em caso de suspeita de maus tratos o cirurgião-dentista deve notificar o caso ao Conselho Tutelar, sob sigilo garantido, sem necessidade de apresentar provas e que preferencialmente não interfira pessoalmente na situação. Ou realizar a denúncia discando para o número 100- Disque Denúncia Nacional; ou ainda na polícia e/ou ministério público.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ALVES, P. M.; CAVALCANTI, A. L. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico. Uma revisão da literatura. **Publ Uepg Biol Health Sci.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3/4, p.35-39, jul. 2003.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC (AAPD). Committee on Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatric Dentistry. American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. **Pediatric Dentistry**, v. 27, n. 7, p. 64 – 67, 2006.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC (AAPD). Council on Clinical Affairs, Council on Scientific Affairs, Ad Hoc Work Group on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics, Section on Oral Health Committee on Child Abuse and Neglect. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. **Pediatric Dentistry**, v. 39, n: 4, p. 278-283, 2017.

ARORA, R; HARTWIG, E.; KANNIKESWARAN, N. Oral lesion secondary to child abuse. **Journal of Emerg Med.**, v. 45, n. 4, p.139-140, 2013.

APOSTÓLICO, M. R. et al. Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p.266-273, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200008>. Acesso em: 10 out. 2018.

AVON, S. L. Forensic Odontology: The Roles and Responsibilities of the Dentist. **Journal of the Canadian Dental Association**, Canadian, v. 70, n. 7, p.453-458, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-70/issue-7/453.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2018.

BARROS, A. S. de; FREITAS, M. F.Q. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: consequências e estratégias de prevenção com pais agressores. **Pensando famílias**, Porto Alegre, v.19, n.2, p. 102-114, dez. 2015 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2015000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 08 out. 2018.

BOHNER, L. O. L. et al. Maus tratos na infância e adolescência: protocolo de atendimento no consultório odontológico. **Rev Elet Gestão Educ Tecnologia Ambiental**, v. 6, n. 6, p.1239-1243, fev. 2012.

BRASIL. **Cenário da infância e adolescência no Brasil 2016**. Brasil: Fundação Abrinq, mar. 2016. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/abrinq/cenario_brasil_abrinq_mar2016.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Impacto da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília – DF, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violenca_saude_crianças_adolescentes.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Secretaria de Políticas de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 96 p. Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8 - Série A: Normas e Manuais Técnicos; n. 131. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar_cab8.pdf>. Acesso em 10 out 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan – Brasil, 2011**. Boletim Epidemiológico, v. 44, n. 9, p.1-12, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_9_2013.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

CAMPOS, P. C. M. Odontopediatras e violência contra crianças e adolescentes: como eles atuam. **Revista Fluminense de Odontologia**, v. 16, p. 49-54, 2010.

CARVALHO, F. M T. et al. O conhecimento de estudantes de graduação em odontologia em relação ao abuso infantil. **Odontologia Clínico Científica**, Pernambuco, v. 5, n. 3, p.207-210, abr. 2006.

CARVALHO, L. M. F.; GALO, R.; SILVA, R. H. A. O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado. **Medicina**. Ribeirão Preto, v. 46, p. 297-304, 2013.

CAVAZZOLA, A. S. Percepção de profissionais voltados ao cuidado da criança em relação à negligência à saúde bucal como forma de maus-tratos. 2011. (Pós-Graduação em Odontologia, Doutorado profissional em Odontologia) – **Universidade Federal de Santa Catarina**. Florianópolis. CFO. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Maus-tratos infantis: quando a Odontologia faz a diferença.

CHRISTIAN, C.W; American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of suspected child physical abuse. **Pediatrics**, v. 135, n. 5, p. 1337-1354, 2015. Disponível em: <www.pediatrics.org/cgi/content/full/135/5/e1337>.

COELHO, F J; FRANZIN, L D S. Violência doméstica infanto-juvenil: importância deste conhecimento pelo profissional da saúde. Coelho & Franzin / **Uningá Review**, Paraná, v. 20, n. 2, p.104-108, dez. 2014. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1579>>. Acesso em: 07 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução n. 118, de 11 de maio de 2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf>. Acesso em 11 out de 2018.

COSTACURTA, M. et al. Oral and dental signs of child abuse and neglect. **Oral Implantology**, v. 8, n. 2-3, p.68-73, 25 jul. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4969728/>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

COSTA NETO, J. P; et al. O papel do cirurgião-dentista frente aos maus tratos a criança e ao adolescente. 2011. (Graduação em Odontologia, Bacharel em Odontologia) – **Universidade Vale do Rio Doce**. Governador Valadares.

CURITIBA. **Report of the network for the protection of children and adolescents at risk for violence 2010**. Disponível em: <http://www.>

saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/rede_protecao/RELAT%C3%93RIO Rede de Prote%C3%A7%C3%A3o 2010.pdf>. Acesso em 10 out 2018.

CURITIBA. **Report of the network for the protection of children and adolescents at risk for violence 2011.** Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/RELAT%C3%93RIO_vers%C3%A3o_final_2011.pdf>. Acesso em 10 out. 2018.

DA SILVA, R. A; et al. The dentist's role in identifying child abuse: an evaluation about experiences, attitudes, and knowledge. **Gen Dent.** v.62, n.1, p. 62-6, 2014.

EL SARRAF, M. C. F. Maus-tratos na infância e adolescência: percepção e conduta dos odontopediatras. 2010. (Pós- Graduação em Odontologia, Mestrado profissional em Odontologia) – **Universidade Positivo.** Curitiba.

EL SARRAF, M. C. et al. Physical child abuse: perception, diagnosis, and management by southern Brazilian pediatric dentists. **Pediatr Dent.**, v. 34, n. 4, p.72-76, ago. 2012.

GARBIN, C.A.S. et al. Domestic violence: an analysis of injuries in female victims. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2567-2573, dez. 2006.

GARBIN CA et al. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. **Rev Bras Pesqui Saúde**, v. 13, n. 2, p. 17-23, 2011.

GARROCHO-RANGEL, A, et al. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. **J Clin Exp Dent.**, San Luís, v. 7, n. 3, p.428-434, 01 jul. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4554246/>>. Acesso em: 09 out. 2018.

GOLDEN, G. S.. Bite-mark and pattern injury analysis: a brief status overview. **J Calif Dent Assoc**, v. 43, n. 6, p.309-314, 2015.

GRANVILLE-GARCIA AF, SILVA MJS, MENEZES VA. Maus-tratos a crianças e adolescentes: um estudo em São Bento do UNA, PE, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, Pernambuco, v. 8, n. 3, p. 301-307, 2008.

LAUD, A; GIZANI, S.; MARAGKOU, S.; WELBURY, R.; PAPAGIANNOULIS, L. Child protection training, experience, and personal views of dentists in the prefecture of Attica, Greece. **Int J Paediatr Dent. Chicago**, v.23, n.1; p.64-71, 2013.

LIMA, K. A.; COLARES, V.; CABRAL, H. M. Avaliação dos odontopediatras de Recife com relação ao abuso infantil. **Rev Odonto Ciênc**, Brasília, v. 20, n. 49, p.231-235, 2005.

LOPES, M. D. C; et al. Significados atribuídos por profissionais à violência contra crianças e adolescentes: uma análise dos estudos atuais, **Barbarói**, v. 36, p. 56 – 69, 2012.

MAGUIRE, S. et al. Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intraoral injuries. **Arch Dis Child**, v. 92, n. 12, p.1113-1117, 2008.

MASSONI, A C D L T et al. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p.404-410, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200016>. Acesso em: 07 out. 2018.

MATOS, F Z. 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**, Brasília, v. 63, n. 22, p.153-157, jan. 2013. Disponível em:

<file:///C:/Users/User/Downloads/avalia_%C3%A1o%20dos%20alunos%20(2).pdf>. Acesso em: 07 out. 2018.

MATHUR, S; CHOPRA, R. Combating child abuse: the role of a dentist. **Oral Health Prev Dent**, Berlim, v. 11, n. 3, p.243-250, set. 2013. Disponível em: <<https://ohpd.quintessenz.de/index.php?doc=abstract&abstractID=29357/>>. Acesso em: 09 out. 2018

MOREIRA, G.; ALVES R. et al. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 223-230, jun. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 08 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-0582201300020001>

NAIDOO, S et al. Um perfil das lesões orofaciais em abuso físico infantil em um hospital infantil. **Abuso Infantil Negl**, v. 24, n. 4, p.521-534, 2000.

OWAIS, A. I. N.; QUDEIMAT, M. A.; QODCEIH, S.. Dentists' involvement in identification and reporting of child physical abuse: Jordan as a case study. **Int J Paediatr Dent.**, Jordan, v. 19, n. 4, p.291-296, jul. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19476516>>. Acesso em: 10 out. 2018.

PERCINOTO, C. et al. **Abordagem do traumatismo dentário**. Manual de referência da Associação Brasileira de Odontopediatria. capít. 21, pág 344-376. 2014

RAJA, S. et al. Teaching Dental Students to Interact with Survivors of Traumatic Events: Development of a Two-Day Module. **J Dent Educ**, v. 55, p. 79:47, 2015.

RAYMAN, S; DINCER, E; ALMAS, K. Child abuse: concerns for oral health practitioners. **N y State Dent J.**, New York, v. 4, n. 79, p.30-34, jul. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24027895>>. Acesso em: 09 out. 2018.

RESENDE AJ. **Forensic importance of the ecchymotic spectrum** – Parte 1. Perícia Médica Legal. 2013.

REICHENHEIM, M E.; HASSELMANN, M H; MORAES, C L. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p.109-121, jan. 1999. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Documents/lets/TCC/consequencias.pdf>. Acesso em: 07 out. 2018.

SA, F; JL, L; AR, T. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. **American Academy Of Pediatric Dentistry**: Council on Clinical Affairs, Council on Scientific Affairs, Ad Hoc Work Group on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics, Section on Oral Health Committee on Child Abuse and Neglect, v. 39, n. 6, p.235-241, 2017. Disponível em: <http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_ChildAbuse.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2018.

SALES-PERES, A. et al. Odontologia e o desafio na identificação de maus-tratos. **Odontologia Clínico.-Científica**, Recife, v. 7, n. 3, p.185-189, set. 2008.

SILVA JUNIOR, M F et al. Conhecimento de acadêmicos de Odontologia sobre maus-tratos infantis. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v. 3, n. 51, p.138-144, set. 2015. Disponível em: <<https://seer.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/2150>>. Acesso em: 06 out. 2018.

SILVA, R. A. H; et al. Human bite mark identification and DNA technology in forensic dentistry. **Braz J Oral Sci**, v. 5, n. 19, p.1193-1197, 2006.

SOUZA, C E D et al. Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista – revisão de literatura. **Revista Brasileira de Odontologia Legal – Rbol: Violência infantil e Odontologia**, Santa Luzia, v. 1, n. 4, p.53-63, jan. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/violencia%20infantil%20(2).pdf>. Acesso em: 07 out. 2018.

TORNAVOI, D. C.; GALO, R.; SILVA, R. H. A. Conhecimento de profissionais de Odontologia sobre violência doméstica. **Rsbo**, v. 8, n. 1, p.54-59, mar. 2011.

THOMPSON, L. A. et al. Violence and abuse: core competencies for identification and access to care. **Dent Clin North Am**, v. 57, n. 2, p.281-299, 2013.

VALENCIA-ROJAS, N.; LAWRENCE, H. P.; GOODMAN, D.. Prevalence of Early Childhood Caries in a Population of Children with History of Maltreatment. **Journal Of Public Health Dentistry**, [s.l.], v. 68, n. 2, p.94-101, mar. 2008.

VALENTE, L A et al. Domestic Violence Against Children and Adolescents: Prevalence of Physical Injuries in a Southern Brazilian Metropolis. **Brazilian Dental Journal**. Curitiba, p. 55-60. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/0103-6440-bdj-26-01-00055.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2018.

VELOSO, A G et al. Conhecimento e notificação do cirurgião dentista sobre o abuso físico infantil. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 8, n. 1, p.114-129, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/conhecimento%20e%20notifi%C3%A7ao%20do%20dentista%20(2).pdf>. Acesso em: 09 set. 2018.

Normatização e referências da FOUFU e EDUFU: Disponível em: <http://www.edufu.ufu.br/sites/edufu.ufu.br/files/e-book_guia_de_normalizacao_2018_0.pdf> e <file:///C:/Users/User/Downloads/13_normas_tcc_resolucao_confoufu_1_2012.pdf>, respectivamente. Acesso em 15 out. 2018.

ANEXOS

Anexo 1

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/ência		VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		
	3	Código (OD10)		Y09		
Dados do Indivíduo	4	UF	5	Município de notificação		
	6	Unidade Notificadora		1 - Unidade de Saúde 2 - Unidade de Assistência Social 3 - Estabelecimento de Ensino 4 - Conselho Tutelar 5 - Unidade de Saúde Indígena 6 - Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7 - Outros		
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		
	8	Unidade de Saúde		Código (CRES)		
	9	Data da ocorrência da violência				
Dados de Residência	10	Nome do paciente		11	Data de nascimento	
	12	(ou) Idade		13	Sexo	
	14	Gestante		15	Raça/Cor	
	16	Escolaridade		17	Número do Cartão SUS	
	18	Nome da mãe		19	UF	
	20	Município de Residência		21	Código (IBGE)	
	22	Bairro		23	Logradouro (rua, avenida...)	
24	Número		25	Complemento (apto., casa, ...)		
26	Geo campo 1		27	Geo campo 2		
28	Ponto de Referência		29	CEP		
30	DDD) Telefone		31	Zona		
32	País (se residente fora do Brasil)					
Dados Complementares						
Dados da Pessoa Atingida	33	Nome Social		34	Ocupação	
	35	Situação conjugal / Estado civil		1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 5 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	36	Orientação Sexual		37	Identidade de gênero	
	38	Possui algum tipo de deficiência/transorno?		Se sim, qual tipo de deficiência/transorno?		
Dados da Ocorrência	40	UF	41	Município de ocorrência	42	Distrito
	43	Bairro		44	Logradouro (rua, avenida...)	
	45	Número		46	Complemento (apto., casa, ...)	
	47	Geo campo 3		48	Geo campo 4	
	49	Ponto de Referência		50	Zona	
	51	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)				
	52	Local de ocorrência		53	Ocorreu outras vezes?	
54	A lesão foi autoprovocada?		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			

SVS 15.08.2015

Anexo 2

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado	
	56 Tipo de violência: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espionamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Intoxicação
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____	
	59 Procedimento realizado: 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei	
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos: 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/Agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)
	62 Sexo do provável autor da violência: 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	63 Suspeita de uso de álcool: 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (80 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia especializada de proteção à Criança e Adolescente	
	66 Violência Relacionada ao Trabalho: <input type="checkbox"/> 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT): <input type="checkbox"/> 68 Circunstância da lesão: CID 10 - Cap XX _____ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	
Dados finais	69 Data de encerramento: _____	
	Informações complementares e observações	
Nome do acompanhante: _____ Vínculo/grau de parentesco: _____ (DDD) Telefone: _____		
Observações Adicionais: _____ _____ _____		
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 Disque Direitos Humanos 100		
Validador	Município/Unidade de Saúde: _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES: _____	
	Nome: _____ Função: _____ Assinatura: _____	
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015		