

Violência contra a criança: indicadores clínicos na odontologia**Violence against children: clinical indicators in dentistry**

DOI:10.34117/bjdv6n7-114

Recebimento dos originais:08/06/2020

Aceitação para publicação:06/07/2020

Aline de Lima Pereira Rover

Graduada em Odontologia pela Universidade Estadual do Norte do Paraná

Instituição: Universidade Estadual do Norte do Paraná

Endereço: Rua Espírito Santo, 574, centro, Siqueira Campos - PR, Brasil

E-mail: alineeroveer@gmail.com

Gabriela Cristina de Oliveira

Doutora em Ciências Odontológicas Aplicadas, área de concentração Odontopediatria, pela Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo

Instituição: Universidade Estadual do Norte do Paraná

Endereço: Prolongamento da Avenida Pedro Coelho Miranda, Jardim Panorama, Jacarezinho - PR, 86400-000

E-mail: gc.oliveira@uenp.edu.br

Mariana Emi Nagata

Doutora em Ciência Odontológica, área de concentração Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba FOA/UNESP

Universidade Estadual do Norte do Paraná

Endereço: Prolongamento da Avenida Pedro Coelho Miranda, Jardim Panorama, Jacarezinho - PR, 86400-000

E-mail: mariana.nagata@edu.uenp.br

Rafael Ferreira

Rafael Ferreira. Doutor em Ciências Odontológicas Aplicadas, área de concentração em Periodontia, pela Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB/USP)

Instituição: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (FAODO/UFMS)

Endereço: Avenida Costa e Silva, sem número; Bairro: Universitário, CEP :79.070-900, Campo Grande, MS – Brasil

E-mail: rafael_ferreira@ufms.br

Andrés Felipe Cartagena Molina

Andrés Felipe Cartagena Molina. Doutor em Odontologia, área de concentração Clínica Integrada, pela Universidade Estadual de Ponta Grossa

Instituição: Universidade Estadual de Londrina

Endereço: Rodovia Celso Garcia Cid - Pr 445 Km 380, Campus Universitário, Londrina - PR, 86057-970

E-mail: afelipe87@hotmail.com

Sibelli Olivieri Parreiras

Sibelli Olivieri Parreiras. Doutora em Odontologia, área de concentração Dentística Restauradora, pela Universidade Estadual de Ponta Grossa

Instituição: Universidade Estadual do Norte do Paraná

Endereço: Prolongamento da Avenida Pedro Coelho Miranda, Jardim Panorama, Jacarezinho - PR, 86400-000

E-mail: sibelli.parreiras@uenp.edu.br

RESUMO

O cirurgião-dentista deve ser capaz de identificar lesões resultantes de maus-tratos na infância e são obrigados, por lei, a denunciar os casos suspeitos. Os maus-tratos infantis é um grave problema social e podem ser classificados em: abuso físico, emocional, sexual e negligência. Os sinais físicos em vítimas de abuso ocorrem em grande maioria na cavidade oral e na região de cabeça e pescoço, área de atuação do cirurgião-dentista. Objetivo: Relatar os aspectos orofaciais dos diferentes tipos de maus-tratos na infância e o papel dos dentistas na avaliação dessas condições. Metodologia: Publicações sobre o tema foram obtidas em base dos dados LILACS, PUBMED, SCOPUS e WEB OF SCIENCE. Resultados: A partir das publicações foi elaborado uma tabela com as principais características do abuso sexual infantil. Verificou-se que os ferimentos orofaciais decorrentes de maus-tratos infantis incluem marcas de mordida, fratura dentária, laceração dos tecidos duros e moles, hematomas em vários estágios de cura, dentre outros. Os cirurgiões dentistas encontram-se despreparados para diagnosticar casos de violência infantil. A correta atuação do profissional é essencial para proteção da criança, devendo este denunciar os casos suspeitos ao Conselho Tutelar ou ao Juizado da Infância e Juventude. Conclusões: é de suma importância o reconhecimento dos sinais e lesões em crianças sob maus-tratos, para que o cirurgião-dentista cumpra sua responsabilidade ética e legal nestes casos.

Palavras-chave: Maus-Tratos Infantis, Odontologia, Odontologia Legal.

ABSTRACT

The dental surgeon must be able to identify injuries resulting from child mistreatment and are required, by law, to report suspicious cases. Child abuse is a serious social problem and can be classified into: physical, emotional, sexual abuse and neglect. Physical signs in victims of abuse occur mostly in the oral cavity and on the head and neck region, where the dentist works. Goals: To report the orofacial aspects of different types of child mistreatment and the role of dentists in the evaluation of these conditions. Methodology: Publications on the subject were obtained from LILACS, PUBMED, SCOPUS and WEB OF SCIENCE. Outcome: From the publications a table was prepared with the main features of child sexual abuse. It was noted that orofacial injuries resulting from child mistreatment include bite marks, dental fracture, laceration of hard and soft tissues, bruises in different stages of healing, among others. Dental surgeons are unprepared to diagnose cases of child violence. To protect the child, the professional's correct performance is essential, who should report suspicious cases to the Guardian Concil, and Childhood and Adolescence Court House. Conclusions: It is extremely important to recognize signs and injuries in children under abuse, so that the dentist can fulfill his ethical and legal responsibility in these cases.

Keywords: Child Abuse, Dentistry, Forensic Dentistry.

1 INTRODUÇÃO

O mau-trato infantil se define como toda agressão física, sexual, psicológica ou negligência intencional contra uma pessoa menor de idade, em qualquer etapa da vida, que pode afetar sua integridade biopsicossocial¹. Dentre esses tipos, a violência física é o mais comum e sinais clínicos como equimoses, escoriações, hematomas, feridas e queimaduras são frequentemente observados². Outro tipo comum de maus-tratos refere-se ao abuso sexual, que, embora seja difícil ter estimativas precisas, acredita-se que aproximadamente 7-36% das meninas e 3-29% dos meninos já foram vítimas em diferentes partes do mundo³. A literatura mostra que, no Brasil em 2016 13.746 mil crianças na faixa etária entre 5 e 9 anos sofreram violência sexual e foram atendidas por profissionais da saúde de diversas áreas⁴. Embora estes números sejam altos, calcula-se que para cada caso denunciado, dez a vinte não são notificados⁵.

Apesar do avanço na conscientização da população sobre o problema, profissionais de diferentes áreas ainda se encontram relutantes sobre o assunto. Os cirurgiões-dentistas, em especial os odontopediatras, situam-se favoravelmente para detectar maus-tratos infantis, visto que danos causados, muitas vezes, são identificáveis durante o atendimento odontológico, sendo as lesões faciais (região de cabeça e pescoço) facilmente reconhecidas^{6,7,8,9}. Em casos de abuso sexual, por exemplo, sinais como contusão e laceração dos lábios e mucosa, trauma dental, ausência de dentes, lesões na língua, laceração dos freios, fraturas ósseas, marcas de mordida e queimaduras e ainda, doenças sexualmente transmissíveis podem ser comumente observados⁷.

O cirurgião-dentista tem grande proximidade com a criança e com a família durante o atendimento odontológico, desde a primeira consulta, no preenchimento das fichas clínicas, o que auxilia o conhecimento da rotina familiar, e durante todo o atendimento clínico, tendo um contato muito próximo, direto e estreito com o paciente, podendo fazer uma análise de comportamento por toda a infância e adolescência do indivíduo. Somado a isso, normalmente as lesões frequentemente afetam a face, outro fator que propicia a identificação dos maus-tratos infantis^{8,10,11}.

A legislação brasileira possui medidas de proteção à criança, como o Estatuto da Criança e do Adolescente¹², que elucida em seu artigo 245 a sanção de 3 a 20 salários mínimos aos profissionais que deixarem de comunicar a autoridade competente os casos de conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. Considera-se também a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, o qual inclui maus-tratos com necessidade de notificação imediata, como presente no art.9º do Código de Ética de Odontologia¹³. Com isso, observa-se a importância de os profissionais de saúde conhecerem sinais dos maus-tratos e sua obrigatoriedade de comunicá-los as unidades competentes. Portanto,

este estudo teve como objetivo abordar os sinais e lesões mais frequentes observadas em casos de violência infantil, a fim de auxiliar na conduta dos cirurgiões-dentistas envolvidos com esse tipo de atendimento e na participação efetiva na proteção da criança e adolescente.

2 METODOLOGIA

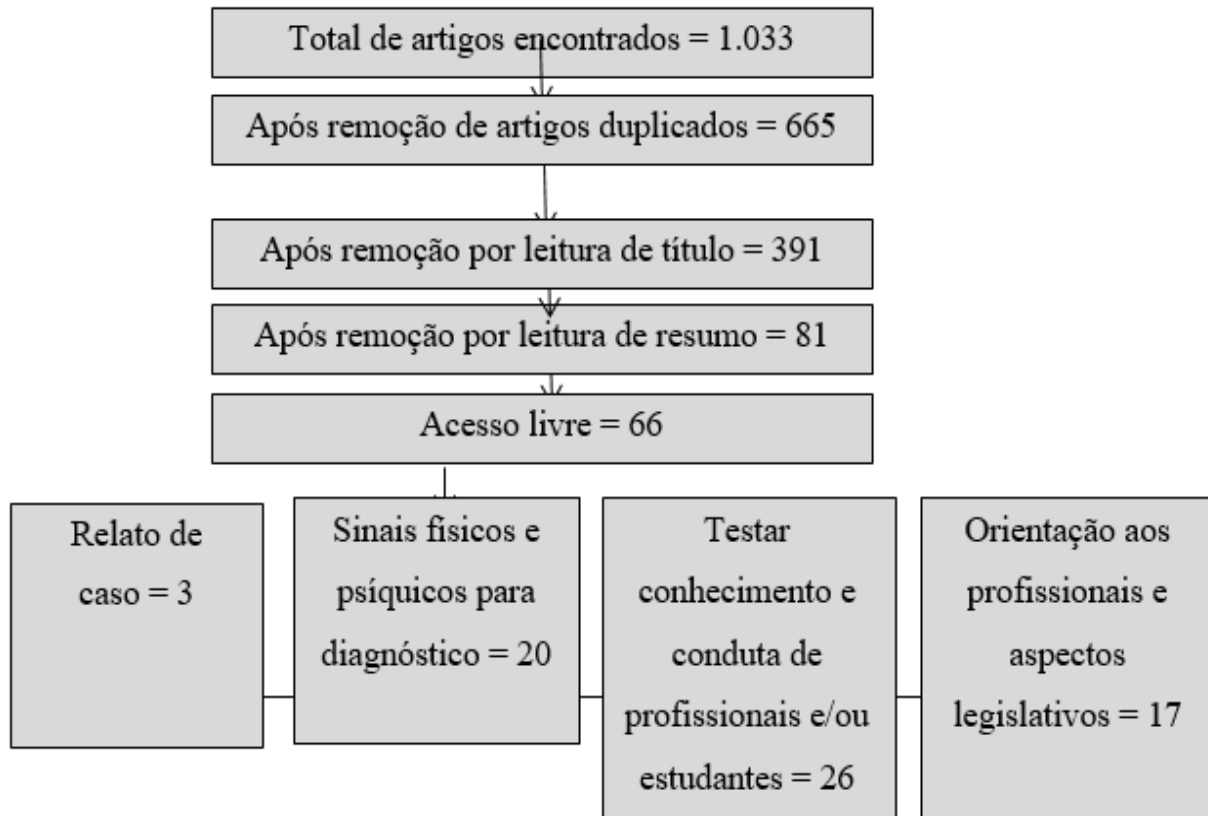
Foi realizado um levantamento de estudos publicados sobre a relação entre violência infantil e odontologia. Realizou-se levantamento bibliográfico por meio de estratégia de busca com base nos termos: “Child Abuse”, “Child Abuse, Sexual”, “Child Maltreatment”, “Child Mistreatment”, “Child Molestation”, “Child Sexual Abuse”, “Child Neglect”, “Dentistry”, “Pediatric Dentistry”, “Dentistry for Children”, “Forensic Dentistry” e “Pediatric Dentistry”. A estratégia de busca foi adaptada para as bases de dados como LILACS, PUBMED, SCOPUS e WEB OF SCIENCE. Além disso, buscas específicas sobre o tema na legislação federal foram realizadas.

Os artigos recuperados foram analisados para verificar o atendimento aos critérios de inclusão e exclusão. Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos publicados sobre o tema violência infantil publicados em português, inglês ou espanhol. Utilizaram-se como critérios de exclusão: estudos sem informações sobre o tema em questão ou violência em adultos e/ou idosos.

3 RESULTADOS

Após a busca nas bases de dados e a remoção dos artigos duplicados, 665 estudos foram identificados (Figura 1). Após a leitura de títulos e resumos, 584 estudos foram excluídos por não estarem de acordo com os critérios de inclusão determinados para este trabalho (Figura 1). Ao final, 40 artigos foram incluídos e utilizados para esta revisão de literatura.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção de artigos para a revisão de literatura



Os principais sinais e sintomas físicos de abuso sexual infantil, relatados pelos estudos identificados foram sintetizados no quadro a seguir (Quadro 1).

Quadro 1: Apresentação dos sinais e sintomas de suspeita de abuso sexual infantil de acordo com autor e ano de publicação

Autor	Sinais e sintomas físicos
ALVES et. al.2016 ¹³	<ul style="list-style-type: none"> - Gonorreia, sífilis e/ou tricomoníase - Petéquias palatinas - Condiloma acuminado - Herpes tipo II - Lacerações e/ou rupturas de freios labiais e linguais e podem estar associadas a eritemas, úlceras e vesículas. - Marcas de mordidas - Equimoses de sucção no pescoço
VIEIRA et. al. 2008 ¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> - Infecções do complexo orofacial relacionados a doenças venéreas - Sífilis - Gonorreia - Condiloma acuminado - Tricomoníase - Herpes tipo II - Monilíase - Petéquias e eritema no palato por felação

ALVES P.M. et. al. 2003 ¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> - Contusões e equimoses - Abrasões e lacerações intra-bucais - Trauma dentário - Lacerações dos lábios e da língua, mucosa bucal, palato (duro e mole), gengiva alveolar e freios labial e lingual - Desvio da abertura bucal - Presença de machucados nos cantos da boca e queimaduras na gengiva, língua, palato ou mucosa
GARROCHO-RANGEL et. al. 2015 ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> - Lesão não consistente com a explicação dada, ou com a idade e estágio de desenvolvimento da criança - Múltiplas lesões em vários estágios de cura - Trauma em locais não expostos do corpo - Evidência de fraturas ósseas anteriores - Hematomas agrupados ou bilaterais - Mordidas ou marcas de cinto
PERES et. al. 2008 ¹⁶	<ul style="list-style-type: none"> - Contusões na face, pescoço, estruturas periorais, palato, lábios e assoalho da boca - Lacerações em face, mucosas, freios labial e lingual - Queimaduras em face e mucosas - Traumas em olhos e orelhas. - Perda de dentes e escurecimento em dente anterior

Além dessas características físicas, a criança pode apresentar distúrbios psíquicos, como: medo, raiva, ansiedade e angústia, depressão e isolamento, mentiras compulsivas, falta de confiança em adultos, choro sem causa aparente, relutância em voltar pra casa e redução do rendimento escolar^{14,15,16}. Outros sinais como retenção de fezes e problemas relacionados à sexualidade, assim como também masturbação excessiva e comportamento sexualizado podem ser observados. É importante observar também a higiene bucal e corporal que podem ser deficientes^{14,15,16}.

Quanto à violência física e negligência, alguns autores observaram as seguintes características^{18,19,20, 21}:

Quadro 2: Apresentação dos sinais e sintomas de suspeita de negligência e violência física

Negligência	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento da criança inadequado; • Autocuidado inadequado (não cumprimento do calendário de vacinação, não seguimento das prescrições médicas, vestimenta não adequada ao clima) • Higiene corporal e bucal alterada; presença de lesões de cárie. • Integridade da pele comprometida na criança como contusão e queimadura; • Ingestão alimentar inadequada do lactente e risco para desnutrição • Sono inadequado; • Direito de cidadania limitado; enfrentamento inadequado e risco para solidão
Violência Física	<ul style="list-style-type: none"> • Manchas roxas (hematomas) no corpo, sendo as áreas mais comuns: braços, pernas, olhos, costas, rosto, boca, pescoço, testa, mãos. Rosto inchado, marcas de queimadura nos lábios e nos braços - quando a agressão é efetivada através de algum tipo de instrumento, é possível identificar sua

	<p>forma “impressa” na pele (garfo, cinto, cigarro, ferro de passar roupa) e escoriações.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruptura do freio labial (relacionada à alimentação forçada), assim como fraturas dentárias, intrusões e extrusões. • Relacionamento familiar conflituoso, tomada de decisão comprometida e higiene corporal alterada
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

É importante ressaltar que existe outro tipo de violência, conforme citado acima, a violência emocional. Na violência emocional, o cirurgião-dentista não encontrará sinais visíveis. Está relacionada com todo e qualquer modo de rejeição, depreciação, amedrontamento, desrespeito, discriminação, cobrança ou punição exageradas, responsabilidades excessivas para a idade, uso da criança como intermediário de desqualificações mútuas entre os pais em processos de separação, privação de convívio social²¹.

As crianças podem apresentar lesões, porém não sugestivas de maus-tratos, já que elas brincam e se locomovem de forma independentemente. Exemplos como arranhões causados pelas unhas do próprio bebê e lesões em regiões proeminentes e anteriores (como joelhos, canelas e testa) podem ser detectadas²¹. Para a suspeita de maus-tratos e/ou qualquer tipo de violência, é importante o cirurgião-dentista considerar os aspectos psicológicos, assim como o estágio de desenvolvimento da criança²¹.

4 DISCUSSÃO

Com o presente estudo, pode-se observar que a literatura relata falta de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o tema^{22,23,24,25,26,27}. Alguns autores observaram que, cirurgiões-dentistas encontram-se despreparados para atuar ante os maus-tratos a crianças e adolescentes e que apresentam dificuldades para a identificação e, conseqüente notificação dos casos^{10,22,26,28,29,30}.

Quando o nível de conhecimento sobre violência infantil é avaliado em profissionais da rede pública e da rede privada, ambos apresentam resultados similares³¹. Em relação aos órgãos que os profissionais acreditam que deveriam ser locais de notificação, em ordem de maior citação são, a Vara da Infância e da Juventude, os Conselhos Municipais de Defesa, o Conselho Tutelar e a Polícia³⁰.

No que se refere ao conhecimento sobre o assunto com os alunos de cursos de odontologia, a maioria destes apresenta conhecimento parcial sobre a identificação e a conduta do cirurgião-dentista diante a suspeita de casos de maus-tratos^{24,30,32,33}. Porém, não são suficientemente habilitados em como proceder e, não possuem conhecimento sobre as penalidades que lhe são

cabíveis, no caso de não reportar uma suspeita ao Conselho Tutelar ou ao Juizado da Infância e da Juventude^{23,34}.

O fato de grande parte dos cursos de graduação não abordar devidamente o tema, pode criar uma lacuna importantíssima na formação do estudante. Ainda que poucos cursos abordem o assunto violência infantil, 76% trabalham o tema em menos de oito horas no curso todo³⁵. Alguns estudos relatam que muitos alunos entrevistados gostariam de receber apropriada capacitação sobre a violência infantil e consideram de extrema importância a melhor abordagem durante a formação do aluno^{32,36}. A falta de conhecimento acerca do assunto, tanto em estudantes quanto em cirurgiões-dentistas atuantes na profissão, torna-se um dos aspectos que pode justificar o baixo percentual de suspeitas de diagnóstico de violência infantil e consequente falta de notificação às autoridades competentes³².

As crianças e adolescentes podem ser expostas a vários tipos de maus-tratos, como abuso físico, sexual, psicológico e negligência intencional, e os profissionais da área da saúde devem estar cientes de como avaliar e abordar essas situações³⁷. O abuso físico é o tipo mais comum de violência infantil e comumente deixa sinais como contusão e/ou laceração na cavidade oral, dentes instáveis ou fraturados, trauma físico como ferida, sangramento, eritema ou inchaço no ouvido externo, lábios machucados, laceração da língua e hematomas por todo corpo². Além dos sinais já citados, podem apresentar queimaduras pelo corpo e dentes descoloridos indicando necrose pulpar³⁷. Já a violência psicológica é definida pelo ato de rejeitar, ignorar, criticar, isolar ou aterrorizar crianças, desgastando sua autoestima. A sua forma mais comum é o abuso verbal ou a denigração³⁸. Como consequência, sinais como ansiedade, depressão, distímia, apatia, rebeldia, agressividade, isolamento, elevada sensação de raiva, carência afetiva, hiperatividade e necessidade de chamar atenção são frequentemente observadas¹⁵.

A negligência é o tipo de violência decorrente da falta de cuidados básicos do responsável para com a criança ou adolescente, como privação de higiene, medicamentos, cuidados necessários à saúde, vestimenta, não participação dos pais nas tarefas escolares, abandono, supressão alimentar, entre outros³⁹. A vítima normalmente apresenta baixo peso, desnutrição, pobre higienização pessoal, elevada incidência de cárie, medo de desagradar ou excessiva vontade de agradar, falta de confiança em adultos, dor e infecções não tratadas¹⁵. O responsável pela negligência pode hoje, segundo o artigo 136 do Código Penal⁴⁰, ser condenado a detenção de 2 meses a um ano, ou pagamento de multa. Em casos onde observa-se lesão corporal a pena passa a ser reclusão por 1 a 4 anos, e se resultar na morte da vítima reclusão por 4 a 12 anos⁴⁰. Caso o crime seja praticado contra pessoa menor de 14 anos, há um aumento de um terço na pena (incluído pela Lei nº 8.069, de 1990).

O abuso sexual é o tipo mais silencioso de violência infantil, visto que para cada caso denunciado, dez a vinte não são notificados⁵. O abuso sexual infantil pode ser caracterizado como qualquer ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, no qual a criança ou adolescente seja usado para a estimulação sexual do agressor¹⁴. Os atos ou práticas podem incluir contatos físicos (toques, carícias, beijos na boca, sexo oral ou que incluam penetrações com digital ou genital), ou não (exibicionismos ou levar as crianças a presenciar práticas sexuais, leituras ou conversas obscenas e usá-las em pornografia gravadas ou fotografadas)¹⁴. Para diagnóstico desse tipo de abuso, na região de cabeça e pescoço, as evidências podem aparecer de diversas formas, como lesões inexplicadas, petéquias no palato, marcas de mordida, escoriações, lacerações em padrão ovóide, dentre outras^{39,41}. (Quadro 1). É importante que o cirurgião-dentista esteja atento aos casos de gonorreia oral/perioral em crianças que se encontram na fase antes da puberdade, pode ser considerado um sinal fortemente relacionado a abuso sexual infantil⁴².

Destaca-se que é de fundamental importância o preenchimento da ficha clínica de um paciente que seja possível vítima de maus-tratos, devendo ser cuidadosamente documentada, contendo antecedentes pessoais e familiares, histórico da gravidez, história da doença atual, detalhamento das lesões apresentadas pela criança, descrição dos sintomas, registro detalhado da história do evento relatado pelos cuidadores e pela criança, descrição do estado emocional da criança e dos seus familiares ou acompanhantes na consulta, exames complementares de diagnóstico, procedimentos clínicos e tratamentos realizados, diagnóstico de suspeita de abuso ou negligência infantil, sequelas resultantes do abuso, dentre outras informações relevantes⁶.

Além disso, diante a um caso de suspeita de maus-tratos infantis, o cirurgião dentista deve elaborar um ofício e notificar ao Conselho Tutelar ou, na falta desse, comunicar ao Juizado da Infância e Juventude, além de notificar a ocorrência à autoridade policial¹⁰. É importante ressaltar que, além de imposto por lei, o amparo legal a respeito da obrigatoriedade de notificar qualquer caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos também é relatado pelo Conselho Federal de Odontologia¹³, o qual explicita no artigo 9º, inciso VII do Código de Ética profissional. Portanto, diante da omissão dos casos, o cirurgião-dentista estará infringindo o Código de Ética Odontológica³⁹, incorrendo em ilícito penal, sujeito às sanções da lei, podendo ser processado criminalmente⁴³.

5 CONCLUSÃO

Verificou-se que os ferimentos orofaciais decorrentes de maus-tratos infantis incluem trauma, marcas de mordida, fraturas dentárias, laceração dos tecidos duros e moles, hematoma em

vários estágios de cura, dentre outros. Além disso, sinais psíquicos como medo, rebeldia e isolamento também podem ser indicativos. A correta atuação do profissional é essencial para a proteção da criança e adolescente, devendo o profissional denunciar os casos suspeitos ao Conselho Tutelar ou ao Juizado da Infância e Juventude.

REFERÊNCIAS

1. Raquena A, Oblens N, Lara E. Afectación de la salud oral en niños ue padecen maltrato infantil: reporte de caso. *Int J Odontostomat internet* 2014; 8(1):167-173,
2. Pertiwi ASP, Sasmita IS. Oral and dental aspects of child abuse. *Dental Journal (Majalah Kedokteran Gigi)* 2006; 39(2):68-71.
3. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence 2003.
4. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Dados epidemiológicos Sinan. Brasil 2016.
5. Pascolat G, Cristiane FL, Eurico CR, Valdez LCO, Busato D, Marinho DH. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *J pediatr* 2001; 77(1):35-40.
6. Crespo M, Andrade D, Alves ALS, Magalhães T. O papel do médico dentista no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças. *Acta Med Port* 2011; 24:939-948.
7. Hinchliffe J. Forensic odontology, part 5. Child abuse issues. *British dental journal* 2011; 210(9):423.
8. Josgrilberg EB, Carvalho FG, Guimarães MS, Pansani CA. Maus-tratos em crianças: a percepção do aluno de Odontologia Child abuse: Knowledge of dental students. *Clín.-Científ.* 2008; 7(1):35-38.
9. Fracon ET, Da Silva RHA, Bregagnolo JC. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP). *RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia* 2011; 8(2):153-159.
10. Alves PM, Cavalcanti AL. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico: uma revisão da literatura. *Ciênc Biol Saúde Ponta Grossa* 2003; 9(3/4):29-35.
11. SILVA, Geany Carla Barros; COUTINHO, Diogenes José Gusmão. Um estudo sobre a violência escolar e suas consequências/A study on school violence and its consequences. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 2, p. 7718-7731, 2020.
12. Brasil. Lei no 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.

13. Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica. Resolução CFO 118/2012.
14. Alves MA, Fonseca BA, Soares TRC, França AK, Azevedo RN, Tinoco RL. Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de abuso sexual infantil–revisão de literatura. RBOL-Revista Brasileira de Odontologia Legal 2016; 3(2):92-99.
15. Vieira ELR, Katz CRT, Colares V. Indicadores de maus-tratos em crianças e adolescentes para uso na prática da odontopediatria. Odontol. clín.cient 2008; 7(2):113-118.
16. Garrocho-Rangel A, Márquez RP, Vivar AI, Rodriguez S, Guillén AP. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. Journal of clinical and experimental dentistry 2015; 7(3):428–434.
17. Peres AS, Silva RHA, Júnior CL, Carvalho SPM. Odontologia e o desafio da identificação de maus-tratos. Odontol. clín.-cient 2008; 7(3):185-189.
18. APOSTOLICO, Maíra Rosa; HINO, Paula; EGRY, Emiko Yoshikawa. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 47, n. 2, p. 320-327, Apr. 2013 .
19. RISTUM, Marilena. As marcas da violência doméstica e a identificação por professores do ensino fundamental. Revista Brasileira de Psicologia, v. 1, n. 01, p. 13-26, 2014.
20. COELHO, FERNANDA JACOBOSKI; FRANZIN, LUCIMARA CHELES DA SILVA. Violência doméstica infanto-juvenil: importância deste conhecimento pelo profissional da saúde. Revista Uningá Review, v. 20, n. 2, 2014.
21. HERRERA, Lara Maria et al. CARTILHA SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Laboratório de Antropologia e Odontologia Forense.São Paulo, OFLab – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2015. 23 p.
22. Moreira GAR, Rolim ACA, Saintrain MVL. Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária. Saúde em Debate 2015; 39:257-267.
23. Santos BFV, Pontes JL. Competência do cirurgião-dentista sobre maus tratos: uma revisão de literatura 2017.
24. Wacheski A, Lopes MGK, Paola APB, Valença P, Losso EM. O conhecimento do aluno de Odontologia sobre maus tratos na infância antes e após o recebimento de uma cartilha informativa. Odonto 2012; 1(1):7-15.
25. Tornavoi DC, Galo R, Da Silva RHA. Conhecimento de profissionais de Odontologia sobre violência doméstica. RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia 2011; 8(1):54-59.

26. Azevedo MS, Goettens ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF, Torriani DD. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Brazilian oral research* 2012; 26(1):5-11.
27. Russel M, Lazenbatt A, Freeman R, Marcenes W. Child physical abuse: health professionals' perceptions, diagnosis and responses. *British journal of community nursing* 2004; 9(8):332-339.
28. De Andrade KL, Colares V, Cabral HM. Avaliação da conduta dos odontopediatras de Recife com relação ao abuso infantil. *Revista Odonto Ciência* 2005; 20(49):231-236.
29. Dalledone M, Paola APB, Correr GM, Pizzatto e, Souza JF, Losso EM. Child abuse: perception and knowledge by Public Health Dentistry teams in Brazil. *Brazilian Journal of Oral Sciences* 2015; 14(3):224-229.
30. Campos PCM. Odontopediatras e violência contra crianças e adolescentes: como eles atuam? *International Journal of Science Dentistry* 2010; 2(34).
31. Carvalho LMF, Galo R, Da Silva RHA. O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)* 2013; 46(3):297-304.
32. Gomes LS, Pinto TCA, Costa EMMBC, Ferreira JMS, Cavalcanti SDLB, Granville-Garcia AF. Percepção de acadêmicos de odontologia sobre maus-tratos na infância. *Odontologia Clínico-Científica* 2011; 10(1):73-78.
33. De Abreu PTR, Costa IFS, Galvão A, Souza ACP, Zocratto KBF, Oliveira CAS. Abuso físico infantil: vivências e atitudes de estudantes de Odontologia. *Revista da ABENO* 2017; 17(2):107-119.
34. De Abreu Busato C, Pereira TCR, Guaré RO. Maus-tratos infantis na perspectiva de acadêmicos de Odontologia. *Revista da ABENO* 2018; 18(1):84-92.
35. Biss SP, Tomazinho PH, Pizzatto E, Losso EM. Maus tratos infantis: avaliação do currículo dos cursos em odontologia. *Revista da ABENO* 2015; 15(1):55-62.
36. Junior MFS, Pagel MD, Campos DMK, Miotto MHM. Conhecimento de acadêmicos de Odontologia sobre maus-tratos infantis. *Arquivos em Odontologia* 2015; 51(3):138-144.
37. Owens F, Susan A, Lukefahr JL, Tate AR. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *American Academy Of Pediatrics* 2017; 39(4):278-283.
38. Somani R, Kushwaha V, Kumar D, Khaira J. Abuso infantil e sua detecção no consultório odontológico. *Jornal da Academia Indiana de Medicina Forense* 2011; 33(4):359-363.

39. De Souza CE, Rodrigues IFMM, Zocratto KBF, Oliveira CAS. Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista–revisão de literatura. *RBOL-Revista Brasileira de Odontologia Legal* 2016; 4(1):53-63
40. Brasil. Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940, Art 136. Maus Tratos. Código Penal. *Diário Oficial da União* 1940; 7 dez.
41. Arias Congrains J. Estamos preparados para diagnosticar maltrato infantil? *Odontol. Pediatr* 2002; 1(1)3-6.
42. Ivanoff CS, Hottel TL. Comprehensive training in suspected child abuse and neglect for dental students: a hybrid curriculum. *Journal of dental education* 2013; 77(6):695-705.
43. Cavalcanti AL. Abuso Infantil: protocolo de atendimento odontológico. *RBO, Rio de Janeiro*, 2001; 58(6):378-380.