



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA – ARARUNA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

SUILANE GOMES MARTINIANO

**ABUSO E NEGLIGÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
ASPECTOS DE INTERESSE PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA**

Araruna / PB

2016

SUILANE GOMES MARTINIANO

**ABUSO E NEGLIGÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
ASPECTOS DE INTERESSE PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA**

Artigo apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da UEPB – Campus VIII como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista

Orientadora: Profa. Dra. Catarina Ribeiro Barros de Alencar

Araruna / PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

M386a Martiniano, Suilane Gomes

Abuso e negligência contra crianças e adolescentes
[manuscrito] : aspectos de interesse para o cirurgião-dentista /
Suilane Gomes Martiniano. - 2016.
34 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas
e da Saúde, 2016.

"Orientação: Dr^a. Catarina Ribeiro Barros de Alencar,
Departamento de Odontologia".

1. Violência infantil 2. Odontologia 3. Cirurgião - dentista I.
Título.

21. ed. CDD 362.76

SUILANE GOMES MARTINIANO

**ABUSO E NEGLIGÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
ASPECTOS DE INTERESSE PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA**

Artigo apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da UEPB – Campus VIII como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em: 10 / 05 / 2016.

BANCA EXAMINADORA

Catarina R. B. de Alencar

Profa. Dra. Catarina Ribeiro Barros de Alencar (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Alidianne Fábria Cabral Xavier

Prof. Me. Alidianne Fábria Cabral Xavier

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Ana Marly Araújo Maia

Prof. Dra. Ana Marly Araújo Maia

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

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 acalentar meus anseios e amparar minhas lutas.

À minha **Nossa Senhora de Fátima**. 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 do seu colo.

Aos meus **pais**, agradeço por sempre lutarem por mim, por estarem presentes em cada pequeno e grande momento de minha vida. Agradeço por todo sacrifício, carinho e amor.

À minha orientadora, **Prof^a Catarina Alencar**, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado 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, disponibilidade e atenção.

Agradeço a **todos os professores**, por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional. A palavra mestre nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

À minha **avó Rosa**, pelo amor e carinho. Por toda sabedoria e afeto que rega minha vida, e por se fazer presente mesmo nas horas difíceis. Te amo demais.

Aos presentes que a UEPB me deu: **Kelly, Kizzy, Bruno e Deryck**. Agradeço todas as risadas, companheirismo e cumplicidade. Especialmente a **kelly** por ser minha companheira de aula, casa e vida, pois, sem sua presença talvez tivesse enlouquecido.

Por fim, agradeço aos meus amigos da vida: **Josiete, Mariah, Marília, Lívia, Raísa, Gabriela, Ainna, Debora, Caio, Rafael, Omar e Gustavo**. Por todo apoio durante essa longa vida, por se fazerem presentes mesmo à distância, por sempre me escutarem, por sempre lembrarem de mim, por todos os momentos bons e ruins. Vocês são Grande parte do que me tornei hoje e sempre serão meus grandes amigos.

ABUSO E NEGLIGÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ASPECTOS DE INTERESSE PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA

RESUMO

A negligência e violência infantil constituem importante problemática abordada na saúde pública. Assim sendo, a sociedade e os profissionais de saúde devem compreender os mecanismos dos maus-tratos e ter consciência de que muitas crianças e adolescentes são submetidos a múltiplas formas simultâneas de violência e negligência. O cirurgião-dentista ocupa posição privilegiada que o permite identificar casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, uma vez que grande parte das lesões infligidas acomete a região da cabeça e face e as repercussões da falta de cuidado para com o menor repercutem fortemente na região intrabucal, como manifestação da negligência odontológica. Torna-se imprescindível, portanto, que o cirurgião-dentista saiba identificar situações de violência envolvendo menores de idade, assim como casos de negligência, estando apto a fornecer os cuidados dentários emergenciais e as abordagens preventivas necessárias para a promoção de saúde, bem como notificar e encaminhar tais ocorrências às autoridades competentes. Frente ao exposto, o presente trabalho visa revisar a literatura acerca dos aspectos orofaciais da violência física, do abuso sexual e da negligência odontológica, bem como reunir informações pertinentes às condutas recomendadas para os cirurgiões-dentistas frente a suspeita de maus-tratos.

Palavras-chave: Maus-tratos Infantis, violência, negligência, criança, adolescente, cirurgião-dentista.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	
ARTIGO	07
1 INTRODUÇÃO	08
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
3 DISCUSSÃO	19
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
5 REFERÊNCIAS	26

ARTIGO**ABUSO E NEGLIGÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ASPECTOS DE INTERESSE PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA**

Abuse and neglect against children and adolescents: Aspects of interest to dentists

Suilane Gomes Martiniano¹

Catarina Ribeiro Barros de Alencar²

1. Acadêmica do Curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Araruna – PB, Brasil.
2. Professora Substituta, Disciplina de Odontopediatria, Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Araruna – PB, Brasil.

Endereço para correspondência:

Catarina Ribeiro Barros de Alencar

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Av. Coronel Pedro Targino, s/n, Centro– Araruna- PB - Brasil

CEP 58233-000

E-mail: catarina.rba@gmail.com

Phone: + 55 (83) 3373-1040 / (83) 3373-1415

1. INTRODUÇÃO

Maus-tratos infantis é um termo diagnóstico que descreve uma variedade de comportamentos que se estendem desde uma disciplina severa até a tortura repetitiva e intencional (CAVALCANTI, 2001). Os estudos sobre os maus-tratos infantis, enquanto objeto de investigação, vem recebendo uma atenção crescente nas últimas décadas (MOREIRA, et al., 2013). Mas infelizmente, e segundo as estatísticas, os casos de abuso e negligência são superiores aos valores registados (NUZZOLESE, et al. 2009).

Os maus-tratos contra crianças e adolescentes ocorrem quando um sujeito superior comete um ato capaz de causar dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima, podendo gerar consequências graves como injúrias permanentes e problemas psicossociais. Sabe-se ainda que tais déficits neurocognitivas decorrentes dos episódios traumáticos pode ser uma causa potencial de desordens do desenvolvimento neurológico (KAVANAUGH, et al., 2016).

Lesões severas, geralmente em crianças de baixa idade, que não se justificam pela explicação dada pelos pais, podem ser indícios de maus-tratos. Hematomas, lacerações, fraturas e queimaduras são os principais sinais de violência doméstica (BOHNER, et al., 2012).

Das várias formas de manifestação da violência contra a criança e adolescente dentro do ambiente familiar, estão a agressão física, a violência sexual e psicológica, o abandono ou negligência (CAVALCANTI, 2001; ADED, 2006). Dentre estes tipos de maus-tratos, sugere-se que o risco para desenvolvimento de depressão é maior entre os jovens com uma história de abuso sexual (MUNZER; FEGERT; GOLDBECK, 2016).

Constata-se ainda que as crianças pequenas são especialmente dependentes de seus cuidadores para manutenção da sua saúde bucal. Isto inclui a gestão dos hábitos de higiene e dieta, como também a procura por tratamento odontológico quando necessário. Sem tratamento, a doença bucodental pode ter um impacto adverso significativo sobre a saúde, bem-estar e qualidade de vida do indivíduo (MALDEN, et al., 2008).

As vítimas de violência, em especial, por apresentarem características bastante peculiares, requerem uma avaliação de saúde mais cuidadosa, a fim

de se identificar problemas subjacentes à queixa principal. Portanto, faz-se necessário priorizar, no seu atendimento, a avaliação multidimensional, abrangente e global (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010).

Frente ao exposto, e diante do fato de que aproximadamente 65% das lesões físicas presentes no caso de abuso infantil acometem a região da cabeça e face, torna-se imprescindível que o cirurgião-dentista seja capacitado a diagnosticar situações de violência envolvendo menores de idade, estando apto a fornecer os cuidados dentários emergenciais necessários, bem como a notificar e encaminhar tais ocorrências às autoridades competentes (MUNIZ; CAVALCANTI, 2003).

2. REVISÃO DE LITRERATURA

O Estatuto da Criança e do Adolescente, de 13 de Julho de 1990, sob a Lei nº 8.069, dispõe no seu artigo 5, que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”. Entretanto, para milhares de crianças, a violência e a negligência são partes da vida diária, e os maus tratos não ocorrem apenas nas ruas, mas também em seus próprios lares, em decorrência da ação de adultos que supostamente deveriam protegê-las (MASSONI, et al., 2010).

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, ratificada por todos os outros países que não a Somália e os Estados Unidos da América, afirma que todas as crianças têm o direito de proteção contra todas as formas de negligência e devem apreciar os mais altos padrões de saúde (BHATIA, et al. 2014). Nesse contexto, tem sido evidenciado que crianças de famílias com alto padrão socioeconômico e cultural apresentam melhor qualidade de vida relacionada a saúde bucal, diferentemente de crianças sem estrutura familiar definida, que vivem em aglomerações familiares e com muitos irmãos (KUMAR; KROON; LALLOO, 2014).

Recentemente, Soares et al. (2016) conduziram um estudo para avaliar a prevalência de experiências adversas da infância e a sua relação com os fatores sociodemográficos tendo como amostra os dados referentes a 3.951

crianças e adolescentes de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Foram identificados sete tipos de experiências adversas em crianças e adolescentes com até 18 anos: abuso físico, abuso sexual, negligência física, negligência emocional, violência doméstica, separação dos pais e morte dos pais. A experiência mais comum foi a separação dos pais (42%), seguido por negligência emocional (19,7%) e violência doméstica (10,3%). Cerca de 85% dos adolescentes experimentaram pelo menos uma experiência adversa na infância. Várias características socioeconômicas, demográficas e relacionadas à família foram associadas com a ocorrência de experiências adversas na infância, por exemplo, cor não branca da pele, baixa renda familiar, baixa escolaridade materna, ausência de parceiro da mãe, tabagismo materno, e problemas de saúde mental materna.

De maneira genérica, os maus-tratos podem ser identificados como traumas não acidentais infligidos a uma criança por alguém designado a tomar conta da mesma, sem nenhuma explicação razoável (CAVALCANTI; VALENÇA; DUART, 2000).

O abuso físico ocorre quando há presença de lesões corporais. Pode ser pequeno (com algumas cicatrizes), moderado (pequenas queimaduras, fratura simples) ou severo (grandes queimaduras, trauma ao sistema nervoso central, fraturas múltiplas). Já o abuso sexual é uma situação em que a criança ou o adolescente é utilizado para a satisfação sexual de um adulto, ou de uma outra criança maior, através de relações de poder, que podem incluir desde carícias, manipulação de genitália, mama ou região anal, exploração sexual, abusos verbais, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem violência (SALES-PERES, et al., 2008).

A negligência implica em atos de omissão do adulto responsável, que não provê adequadamente os nutrientes para o corpo e para o psiquismo, ou não oferece supervisão adequada, não estando físico e emocionalmente disponível para a criança ou adolescente (SALES-PERES, et al., 2008). Assim sendo, a negligência ocorre quando os pais ou responsáveis são fracos tanto em controlar o comportamento dos filhos quanto em atender as suas necessidades e demonstrar afeto. São pais pouco envolvidos com a criação dos filhos, não se mostrando interessados em suas atividades e sentimentos. Pais e cuidadores negligentes centram-se em seus próprios interesses,

tornando-se indisponíveis enquanto agentes socializadores (REPPOLD, et al., 2002). Logo, a sociedade e os profissionais de saúde devem compreender os mecanismos dos maus-tratos e estar conscientes de que muitas crianças são submetidas a múltiplas formas simultâneas de negligência e abuso (NAUGHTON, et al. 2013).

Um estudo transversal analítico, com 700 alunos do ensino secundário no centro do Irã, utilizando um questionário padronizado auto-administrado cujos dados coletados foram analisados por meio de testes estatísticos com análise de regressão logística evidenciou que a frequência de abuso infantil foi de 93,5% (92,2% dos meninos e 94,4% das meninas). As formas mais comuns de abuso infantil entre os estudantes foram negligência (83,8%), abuso psicológico (76,1%), abuso físico (36,1%) e sexual (28,8%), respectivamente (PIRDEHGHAN, et al., 2015).

Os dados de um estudo transversal, realizado em cinco escolas secundárias do Reino da Arábia Saudita, demonstraram que, dentre as formas de maus tratos, a menor taxa foi de abuso sexual e a mais elevada para o abuso psicológico. As maiores taxas de qualquer forma de abuso, ocorreram quando a vítima vivia apenas com pai ou mãe (AL-EISSA, et al., 2016).

2.1 Aspectos orofaciais da violência física

Os maus tratos físicos são em geral, a forma de agressão mais reconhecível, com quadros clínicos de traumas físicos ou falta de desenvolvimento, quando a explicação da injúria não é condizente com o tipo e severidade das lesões observadas (CAVALCANTI; ALVES, 2003).

As principais áreas atingidas por abuso do tipo físico são a face, a cabeça e o pescoço. Na região do crânio ou couro cabeludo é comum a observação de marcas de espancamento e áreas de alopecia nas regiões frontais e parietais, decorrentes de puxões violentos do cabelo (CAVALCANTI, 2003). Nos olhos, é comum a presença de hematoma orbitário, hemorragias na retina e coágulos, enquanto no nariz pode haver fratura nasal e desvio de septo (CARVALHO et al., 2001; JESSE, 1999).

As manifestações orais do abuso físico incluem lábios com lesões do tipo hematoma ou laceração, presença de cicatrizes decorrentes de trauma persistente, queimaduras causadas por alimento quente ou cigarros, equimose,

arranhão ou cicatrizes nas comissuras labiais, indicativos da utilização de mordança; além de queimaduras ou lacerações na gengiva, língua, palato ou assoalho da boca, causadas por alimento ou utensílios quentes. Os dentes podem se apresentar fraturados, deslocados, com mobilidade ou ausentes devido à avulsão traumática, e ainda podem ser observadas raízes residuais múltiplas sem história plausível que as esclareçam. Maxila e mandíbula podem exibir sinais de fratura antiga ou recente, bem como pode-se constatar má-oclusão incomum, resultado de trauma anterior (NAIDOO, 2000; WEBER et al., 2002; AVON, 2004; HENDLER, SUTHERLAND, 2007).

Cavalcanti (2010) afirmou haver alta prevalência de lesões na cabeça e região orofacial de crianças e adolescentes fisicamente abusadas com base nos achados de um estudo retrospectivo, realizado mediante análise dos relatórios médicos especializados, derivados de exames periciais realizados no Departamento de Medicina Legal da cidade de Campina Grande, PB, Brasil, entre janeiro de 2003 e dezembro de 2006, incluindo 1070 relatórios referentes a crianças e adolescentes com idades entre 0-17 anos, comprovadamente vítimas de abuso físico. Crianças do sexo masculino (52,8%) na faixa de 13 a 17 anos de idade (72,4%) foram as vítimas mais frequentes de violência física, com uma associação entre sexo e faixa etária ($p = 0,039$). A maioria das crianças (58,2%) apresentaram um único tipo de lesão, com uma associação estatisticamente significativa entre o número de lesões e sexo ($p = 0,040$), mas nenhuma associação significativa entre o número de lesões e idade ($p = 0,163$). A prevalência de vítimas feridas na cabeça e no rosto foi de 56,3%, com uma associação estatisticamente significativa entre a presença de lesões na cabeça e no rosto e sexo ($p = 0,046$). A maxila foi predominantemente afetada (55,6%), com a maioria das lesões (94,8%) sendo lacerações de tecidos moles, localizadas principalmente no lábio superior (46,4%).

2.2 Aspectos orofaciais da violência sexual

A violência sexual infantil é considerada, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um dos maiores problemas de saúde pública (PFEIFFER; SALVAGNI, 2009). Dados da Polícia Civil – Secretaria da Justiça e da Segurança do Estado do Rio Grande do Sul, revelam que, de janeiro a julho de 2004, 525 crianças foram vítimas de violência, sendo que 333(63,43%)

estavam relacionadas à violência sexual. As crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual são, na maioria dos casos, do sexo feminino (80,9%). A idade de início dos abusos concentrou-se em três faixas etárias, sendo que 10,6% das crianças apresentavam idade entre 2 e 5 anos, 36,2% destas tinham entre 5 e 10 anos e 19,1% tinham entre 10 e 12 anos (HABIGZANG, et al., 2005).

Quando há violência sexual, a boca pode apresentar lacerações no freio labial ou lingual em decorrência de beijo ou sexo oral forçados, os quais são sinais característicos em casos severos de abuso sexual infantil (NAIDOO, 2000). Outros indicadores orais muito fortes deste abuso são eritemas, úlceras, vesículas com secreção purulenta ou pseudomembranosa e lesões condilomatosas nos lábios, língua, palato, face ou na faringe (SYRIPINEN; PURONEN, 2000; LOUZADO, et al., 2001; AAP, 2006). Estas lesões geralmente estão associadas as infecções do complexo orofacial como gonorreia, condiloma acuminado, sífilis, infecção por herpes do tipo II, monilíase e tricomoníase e, ainda, à formação de petéquias e eritema no palato, devido à felação (VIEIRA et al., 1998).

Segundo a Academia Americana de Pediatria (2006) a gonorreia é a mais frequente doença sexualmente transmissível entre as crianças que sofreram abuso sexual. Seus sinais podem se manifestar nos lábios, na língua, no palato, na face e, em especial, na faringe, variando de eritema à ulceração e de lesões vesículo-pustulares a pseudomembranosas. Outras patologias passíveis de ocorrência em indivíduos sexualmente abusados são o condiloma acuminado e sífilis. O condiloma acuminado é causado pelo papiloma vírus humano (HPV) é uma lesão única ou múltipla, pedunculada, com aspecto de couve-flor. A sífilis aparece como pápulas nos lábios ou pele da região perioral, porém, é raramente encontrada em crianças, sendo que o teste positivo para o *pallidum treponema* sugere fortemente o abuso sexual.

2.3 Aspectos orofaciais da negligência odontológica

A negligência infantil, que é uma das formas mais recorrentes entre os maus-tratos contra crianças e adolescentes, passou a ser alvo de mais investimento somente nos últimos quinze anos, no contexto internacional. Argumenta-se que o tema demorou a se impor, mas revelou sua importância devido ao número de casos assinalados aos serviços de proteção à criança e

ao adolescente (HILDYARD; WOLF, 2002) e, posteriormente, devido às primeiras constatações relativas à gravidade dos danos decorrentes de vivências crônicas de negligência (DE BELLIS, et al. 2009).

Os graves impactos da negligência odontológica em crianças e adolescentes vêm sendo identificados por cumulativos achados de estudos prévios. Além disso, sugere-se que hajam muitos efeitos duradouros na vida pessoal, profissional e na saúde do indivíduo negligenciado quanto a sua saúde bucal (RAMAZANI, 2014).

Distinguir a cárie dentária decorrente de negligência é difícil, deve-se observar diferentes fatores como história de hábitos alimentares inadequados, ausência ou inadequação dos hábitos de higiene bucal, histórico médico e ausência de acompanhamento clínico que podem auxiliar o diagnóstico (SOUSTER; INNES, 2014). Outra manifestação bucal que indica negligência odontológica inclui a presença de úlceras intra ou extraorais não tratadas (BRADBURY-JONES; TAYLOR, 2013).

As doenças dentárias não tratadas, especialmente cárie dentária, podem conduzir, portanto, a uma gama de impactos negativos sobre a vida de crianças e adolescentes, incluindo dor e infecção. No entanto, é sabido que a cárie pode ser evitada caso sejam oferecidos atendimentos que abranjam as necessidades básicas de saúde bucal da criança. Desse modo, a negligência dentária ocorre quando há falha persistente em satisfazer essas necessidades (HARRIS, 2012).

As manifestações orais que indicam negligência dentária incluem: lesões de cárie não tratadas, sendo estas facilmente detectadas por indivíduo profissional ou não da saúde; úlceras não tratadas que envolvem regiões intra ou extra orais; hematomas; e falta de cuidado na existência de condições patológicas (BRADBURY-JONES; TAYLOR, 2013). Estas condições acarretam dor dentária, dificuldade de alimentação, infecção, perda da função oral, sono perturbado, aparência sofrida, baixo peso, mau desempenho na escola e baixa autoestima (BHATIA, et al., 2014).

Achados preliminares indicam que a cárie dentária é altamente prevalente entre crianças pequenas que sofreram abuso ou negligência. Apesar da limitação dos estudos de prevalência que tentam demonstrar esta relação causal, constata-se que crianças que foram abusadas são mais

propensas a desenvolver lesões de cárie em relação à população geral (VALENCIA-ROJAS, et al. 2008). Em uma população de crianças pré-escolares (2 a 6 anos) maltratadas e admitidas aos cuidados da Sociedade de apoio à criança na cidade de Toronto no Canadá, entre 1991 e 2004, constatou-se que a prevalência de lesão de cárie severa entre as crianças foi de 31,8%. A proporção de crianças com cárie não tratada foi de 61,5% entre aqueles que tinham sofrido abuso físico / sexual e 56,6% entre as crianças negligenciadas ($p = 0,75$). Da mesma forma, a proporção de crianças com lesão de cárie severa tendeu a ser maior (46,2 %) entre crianças abusadas sexualmente do que entre as negligenciadas (28,3%) (VALENCIA-ROJAS, 2008).

Montecchi (2009) conduziu um estudo na Unidade de Neuropsiquiatria do Hospital Pediátrico Bambino Gesù, em Roma, na Itália, com uma amostra de 237 crianças, com idade média de 10,5 anos. Realizou-se uma comparação entre um grupo de crianças com distúrbio psicológicos decorrentes do desconforto de ser testemunha de violência ou sendo eles os próprios envolvidos diretamente e um grupo de controle, sem qualquer aparente desconforto psicológico ou histórico de violência. As crianças vítimas de abuso apresentaram significativamente maior índice de biofilme dentário ($p = 0,02$); inflamação gengival ($p = 0,2$); dentes cariados não tratados ($p = 0,004$) e outras evidências de negligência ($p = 0,0002$). Além disso, os sujeitos abusados mostraram-se menos cooperativos durante visitas ao dentista ($p = 0,0005$). Assim sendo, foi sugerido que crianças abusadas são, do ponto de vista da higiene bucal e do acesso ao tratamento odontológico, mais negligenciada por seus cuidadores (MONTECCHI, et al., 2009).

Uma criança normal recebe os cuidados de amor e carinho dos pais e da sociedade, enquanto que as crianças desfavorecidas, são negligenciadas por todos. Esta negligência adversamente afeta o estado psicológico e físico, centrado na região bucal (AINAMO; BARMES; BEARGRIE, 1982; STRUŻYCKA, 2014).

2.4 Condutas recomendadas

Apesar de não existir capítulo específico no Código de Ética Odontológica (2003), o seu artigo 5º, inciso V, se refere a obrigação de zelar pela saúde e dignidade do paciente, bem como em seu inciso VII, que salienta

o dever de promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independente de exercer a profissão no setor público ou privado. Então, sendo a denúncia uma forma de zelar pela integridade do paciente, fica claro a obrigação do profissional em relatar qualquer suspeita de abuso ou negligência infantil.

Para todas as suspeitas de maus-tratos devem ser desenvolvidas uma avaliação, registro, observação comportamental e das dificuldades emocionais, avaliando as interações entre a criança e seu responsável, explorando informações de parentes e de outras pessoas sobre brincadeiras solitárias, agressividade, hostilidade, dependência dos adultos e a popularidade da criança com seus amigos e colegas (NAUGHTON, et al. 2013).

Uma característica importante para o diagnóstico do abuso e da negligência infantil é a discrepância entre os achados clínicos e a história relatada pelo responsável e pela criança. Assim, quando possível, a criança deve ser questionada separadamente de seus pais, e posteriormente estes devem ser questionados (CAVALCANTI, 2001; LOUZADO, et al, 2001).

Segundo a Academia Americana de Pediatria os médicos recebem treinamento mínimo em saúde bucal, traumatismo e doenças dentárias e, portanto, podem não detectar aspectos bucais/dentários inerentes ao abuso ou negligência tão prontamente como poderiam fazer nos casos de abuso e negligência infantil envolvendo outras áreas do corpo (AAP, 2006).

Desse modo, os cirurgiões-dentistas devem colaborar no sentido de melhorar a prevenção, detecção e o tratamento destas condições, uma vez que ocupam uma posição privilegiada para identificação de casos suspeitos de abuso, pois, na maioria dos casos, as lesões localizam-se na região de cabeça e pescoço (CAVALCANTI, 2010; RAMAZANI, 2014).

Segundo as recomendações de Abrapia (2001) o procedimento a ser adotado pelos profissionais de saúde diante de suspeita de maus-tratos em crianças e adolescentes, consta de notificação, através de ofício, aos Conselhos Tutelares ou, na falta desses, comunicação ao Juizado da Infância e Juventude; notificação da ocorrência à autoridade policial e solicitação de guia de encaminhamento da criança para realização de exame de corpo de delito. Diante disto, caso o cirurgião-dentista tome conhecimento da ocorrência de maus-tratos praticados contra criança ou adolescente e não os comunique às

autoridades, estará incorrendo em ilícito penal, sujeito às sanções da lei, podendo, inclusive, ser processado criminalmente (CAVALCANTI, 2001).

Uldum e colaboradores (2010) conduziram um estudo na Dinamarca com aplicação de questionários entre dentistas e higienistas dentais para avaliar o papel da equipe odontológica na proteção de crianças suspeitas de abuso e/ou negligência. De um total de 1.145 profissionais da saúde bucal, 38,3% relataram já ter suspeitado de abuso ou negligência. Dentre os que relataram suspeita, apenas 33,9% conduziram as suas suspeitas aos serviços sociais. A denúncia dos casos suspeitos foi mais frequente entre os dentistas, especialmente aqueles que trabalhavam no serviço público, do que entre os higienistas dentais.

Em estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, foram avaliadas as atitudes e percepções dos dentistas sobre o abuso de crianças, bem como o percentual de suspeitas e notificação. Um questionário foi enviado para os 276 dentistas do município e 187 (68,0%) foram devolvidos. A maioria dos dentistas afirmou que poderia detectar casos de abuso infantil (78,7%), mas 85,7% nunca tinham suspeitado. Entre aqueles que tiveram suspeita, 76,0% não relatamos o caso às autoridades. Não foram observadas diferenças entre sexos, anos de graduação, e a frequência com que crianças foram tratadas (AZEVEDO, et al, 2012).

Fica evidente, portanto, a importância do diagnóstico dos casos de maus tratos e/ou negligência infantil pois, quanto mais precoce o for, mais eficiente será o tratamento e melhor será o prognóstico, visto que o processo não tratado tende a piorar com avançar da idade (MODEER; WONDIMU, 2000; PIHLSTROM; TABAK, 2005).

Para tal, o suporte da saúde pública é fundamental, no sentido de desenvolver ações conjuntas com outros setores como da assistência social e educacional, não se limitando a espaços tradicionalmente ocupados por suas ações. Deve ter como exemplo outros campos de atuação, envolvendo-se na criação e implementação dos Conselhos Municipais Tutelares, para que possam, cada vez mais, contribuir para a mudança do quadro atual de agravos à saúde de crianças e adolescentes (GOMES, 2003).

3. DISCUSSÃO

O abuso infantil é um grave problema de saúde pública que afeta a integridade física e mental das vítimas, que se encontram em fase de desenvolvimento (AZEVEDO et al., 2012). Naughton et al (2013) acrescentam que crianças pré-escolares que foram negligenciadas ou emocionalmente expostas a abusos possuem uma série de graves dificuldades emocionais, comportamentais e são avessas a interações com a mãe, o que indica que essas crianças necessitam de avaliação e rápida intervenção.

Frente a crescente ocorrência de maus-tratos infantis e considerando-se um anseio da sociedade o congresso nacional do Brasil promulgou, em 26 de junho de 2014, a lei nº 13.010 denominada “Lei da Palmada” que altera a lei 8.069/90 - “Estatuto da Criança e do Adolescente” para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante. Para fins desta lei, fica proibido qualquer ato que caracterize sofrimento ou implique em lesões de ordem física ou emocional.

Mesmo com o advento da lei, a ocorrência de maus-tratos infantis ainda constitui uma realidade. A literatura considera que a sua ocorrência pode ser classificada em três dimensões que incluem os maus-tratos físicos, sexuais e a negligência, como observado nos estudos de Daruge, Chaim e Gonçalves (2001); Sales-Peres, et al. (2008). Desta classificação, os mais prevalentes são os maus tratos físicos (CAVALCANTI, 2010; ASSIS, et al. 2012) e as várias formas de negligências (VIEIRA; KATZ ; COLARES, 2008; CAVALCANTI, 2010).

De acordo com Naidoo e colaboradores (2000) o número de lesões na região orofacial em vítimas de maus tratos infantis é extremamente baixa. Porém, de acordo com Josgrilberg et al (2008), Halpern, (2010) e Granville-Garcia et al., (2010) e Al-Dabaan et al., (2014) a região de cabeça e pescoço é a mais afetada nestes episódios.

Acredita-se que a violência física quando ocorre pelo cuidador com intensão de “educar” a criança ou adolescente, geralmente é direcionada a outras regiões do corpo, como nadeegas e membros inferiores. Porém, quando ocorre violência com intuito de agressão, humilhação e repressão do individuo

a região de cabeça e pescoço é mais afetada. Isso se justifica pelo fato que a face é símbolo da identidade do ser humano, de modo que agredir o rosto é uma forma de retirar ou reprimir essa identidade, diminuindo a dignidade da criança ou adolescente, colocando a vítima numa situação de inferioridade frente ao agressor. Outro fator é que a região de cabeça e pescoço é mais vulnerável às agressões pois geralmente não há proteção, como ocorre nos membros e tronco, devido utilização de vestimentas. Além desta ser a primeira área visual e de alcance, entre um adulto e uma criança quando levado em consideração a estatura.

A literatura ainda revela que dentre as diversas formas de agressão física as lesões mais prevalentes são escoriações, equimoses, edemas, ferimentos, fraturas dentoalveares e avulsões dentárias (CARVALHO, 2002; CAVALCANTI; DUARTE, 2003).

No abuso sexual observa-se a exploração do poder, no qual a criança ou adolescente é usada para gratificação sexual de um adulto, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais com ou sem violência física (ABRÁPIA, 2001). No abuso sexual a cavidade oral torna-se foco, pois, é uma área que não deixa evidências diretas de abuso, sem violação direta do corpo da vítima. Sendo necessário, portanto, exame clínico e conhecimento específico para identificação da prática.

As escoriações, edemas e abrasões em lábio, comissura labial e freios podem ser justificadas pelo agressor, como decorrentes de algum acidente, por isso é necessária bastante atenção durante a consulta para que questionamentos sejam feitos. Jesse (1995); Cavalcanti (2001); Louzado, et al. (2001) e Jackson, et al. (2006) reforçam a importância de sempre que possível, questionar a vítima separadamente do suspeito, visto que sua presença pode intimidar a criança. De acordo com Jackson et al (2006); Syrinen, Puronen (2001); Louzado, et al. (2001) a presença sífilis, gonorreia e HPV são fortes evidências de abuso sexual, sendo um diagnóstico difícil, e por isso se faz necessário que o profissional esteja atento, pois, as úlceras presentes na sífilis e gonorreia podem passar despercebidas ao exame clínico. Sales-Peres et al. (2008) afirmam que o abuso sexual é a manifestação de maus tratos cujo diagnóstico pelo cirurgião-dentista é mais difícil, sendo muitas vezes necessária a colaboração de outros profissionais capacitados.

Acredita-se que dentre os maus tratos a negligência ocorre com frequência no âmbito odontológico. A sua identificação é extremamente dificultada, principalmente em função da multifatorialidade da doença cárie. A constatação da negligência odontológica parte de uma criteriosa anamnese feita pelo cirurgião dentista. Sendo necessário questionar a criança e o cuidador sobre dieta, hábitos e demais cuidados. É importante observar o interesse do cuidador para com as orientações recebidas e os seus questionamentos sobre a saúde da criança.

No cenário global a cárie dentária é uma das doenças bucais mais prevalentes entre as crianças (GAUR; SUJAN; KATNA, 2014). O surgimento da lesão cariiosa é determinado pela coexistência de três fatores principais: microrganismos acidogênicos e acidófilos, carboidratos fermentáveis derivado da dieta e um hospedeiro (dente) susceptível. Os fatores socioeconômicos e comportamentais também desempenham um papel importante (STRUŻYCKA, 2014). Assim sendo, fatores de risco para a saúde bucal deficiente incluem dietas ricas em açúcares e inadequada higiene bucal associada ao acesso insuficiente às diversas fontes de fluoreto (MARTONFFY AL, 2015).

Crianças vítimas da negligência, entendem o que causa a cárie dentária e sangramento gengival, mas desconhecem as medidas preventivas para as doenças bucais. Além disso, essas crianças são mais propensas a comer alimentos cariogênicos e apresentam práticas de má higiene bucal (KAHABUKA; MRAWALLA, 2006). Há também uma evidência emergente de que negligência na infância possa ser tão prejudicial quanto o abuso físico e emocional, embora estas conclusões tenham advindo de estudos prévios empíricos individuais (NORMAN, et al. 2012).

Vargas e Paixão (2005) asseguram que as doenças dentárias contribuem para uma diminuição das funções biológicas (mastigação) e sociais (falar, sorrir, comunicar) interferindo na proximidade e intimidade do indivíduo em suas relações sociais cotidianas. Acredita-se que os sujeitos medem os outros pela aparência. Sendo o rosto a parte mais diferenciada do corpo, este é o que tem de ser primeiramente aceito, o que inclui, portanto, a região oral e a dentição. Desse modo, a cavidade oral exerce grande influência na qualidade de vida dos indivíduos, tanto ao nível biológico quanto psicológico e social, em

aspectos relativos à funcionalidade do sistema estomatognático, autoestima, auto expressão e estética facial.

Diante de suas graves repercussões, a imediata identificação e relato de abuso físico ou sexual e negligência odontológica infantil pelo cirurgião-dentista são essenciais para a proteção das crianças. Assim, é fundamental uma maior atuação destes profissionais, através da observação, registro e denúncia dos casos suspeitos às agências de proteção à criança, para evitar que outras agressões tornem a ocorrer (MASSONI, et al., 2010).

Sabendo da importância da notificação destes casos pelo cirurgião dentista, Alexandre et al., (2011) e Azevedo et al. (2012), afirmam que o profissional tem papel fundamental no diagnóstico de abuso ou negligência, podendo realizar ou solicitar exames complementares como radiografias, modelos de estudo e fotos (CARVALHO, 2002) para confirmação de qualquer suspeita. No entanto, muitos destes profissionais não têm o hábito de denunciar ou registrar casos de suspeita de agressão infantil (ANDRADE, et al. 2005; SANTOS, et al., 2006; HENDLER; SUTHERLAND, 2007).

Owais Al et al (2009) e Silva et al. (2014) esclarecem que as principais razões para hesitação dos Cirurgiões Dentistas para relatar um caso suspeito de abuso de crianças e adolescentes são a falta de história adequada, falta de conhecimento sobre o papel do cirurgião dentista e a preocupação com o efeito que poderia ter sobre a prática. Avon (2004) , Andrade et al. (2005) e Silva et al. (2014) ainda acrescentam a recusa de acreditar que os pais são negligentes, por não saber onde notificar e o medo de perder o paciente. Muito embora, acredite-se que estes profissionais têm consciência da gravidade desses casos e da necessidade de proceder a denuncia.

Nesse sentido, salienta-se que a integridade física e psicológica do menor suspeito de abuso ou negligencia deve prevalecer a qualquer receio de se fazer a notificação. Embora o código de ética odontológico não faça nenhuma menção a ocorrência de maus tratos aos pacientes infantis e a forma como proceder diante de casos suspeitos (CARVALHO, 2002) em obediência à filosofia jurídica, proposta por Kelsen (1986) que determina que as leis e normativas de um estado estejam dispostas em forma de pirâmide, cuja base seja compreendida por atos normativos e de classe (como o código de ética odontológico) que devem obedecer as leis municipais, estaduais e federais e

cujo ápice é composto pela constituição federal, fica claro que mesmo o código de ética se abstendo do assunto, há uma lei federal (Estatuto da Criança e do Adolescente) e a carta magna do país que direcionam as condutas em relação à violência infantil.

Portanto, em caso de suspeita o cirurgião dentista deve registrar no prontuário do paciente os indícios visualizados ou relatados do episódio. O conselho tutelar é o órgão de primeira escolha a ser notificado e seguem-se como opções a curadoria da infância e juventude ou o juizado de menores (CAVALCANTI, 2001; WACHESKI, et al. 2012). A secretaria de saúde de cada estado possui uma ficha específica para notificação, que deve ficar disponível em todos os municípios para que os profissionais possam registrar as denúncias. Ainda é sabido que o profissional, em caso de suspeita, pode realizar a denúncia de forma anônima no disque direitos humanos, ligando 100.

Frente ao exposto e diante da gravidade do tema, sugere-se que investigações epidemiológicas sejam conduzidas para ampliar o conhecimento sobre a atual distribuição de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, além de estudos qualitativos que avaliem os fatores que determinam o baixo índice de denúncias de casos suspeitos por parte de cirurgiões-dentistas, tendo em vista que a grande maioria desses profissionais compreende ser seu dever conduzi-las as autoridades competentes. Por fim, salienta-se a necessidade de que ações intersetoriais, no âmbito da saúde, segurança e do direito sejam conduzidas no sentido de educar e redirecionar condutas tradicionalmente praticadas em benefício de crianças e adolescentes em situação de risco para ocorrência de abuso ou negligência.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Os abusos físicos contra crianças e adolescentes são a forma mais reconhecível de maus-tratos pelo cirurgião dentista, visto que a maioria das lesões ocorre na região de cabeça, face e pescoço.
- No abuso sexual a identificação deve ser criteriosa, sempre que houver dúvida perante a suspeita deve-se buscar auxílio com outros profissionais da saúde, de modo a evitar que lesões passem despercebidas.
- A negligência configura o diagnóstico mais dificultoso, sendo necessária anamnese criteriosa e observação do interesse do responsável pela vítima.
- É dever do cirurgião dentista identificar e notificar casos de maus tratos infantis, sendo inadmissível sua tolerância ou omissão, frente a importância para promoção de saúde e manutenção da qualidade de vida das vítimas. Em todos os casos de suspeita, sempre que possível a vítima deve ser questionada separadamente do suspeito. O conselho Tutelar deve ser o órgão de primeira escolha para notificação.

ABUSE AND NEGLECT AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS: ASPECTS OF INTEREST TO DENTISTS

ABSTRACT

The neglect and child abuse are important problems approached in the public health. Therefore, society and health professionals should understand the mechanisms of abuse and be aware that many children and adolescents are subjected to multiple simultaneous forms of violence and neglect. The dentist holds a favor position that allows to identify cases of abuse against children and adolescents, since much of injuries affects head and face and the lack of care to underaged have strongly repercussions in intraoral region, as a manifestation of dental neglect. Therefore, it is imperative that dentists know how to identify situations of violence involving minors, as well as cases of neglect, being able to provide emergency dental care and preventive approaches to the promotion of health and notify and refer such incidents to the competent authorities. Based on these, this paper aims to review the literature on the orofacial aspects of physical violence, sexual abuse and dental neglect and gather relevant information to the recommended conduits for dentists forward suspected maltreatment.

KEY WORDS: Child abuse, violence, negligence, child, adolescente, dentists.

5. REFERÊNCIAS

1. AAP- American Academy of Pediatric. Committe 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. **Pediatr Dent**. Chicago, v.27, p. 64-67, 2006.
2. ABRAPIA- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PRTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA. **Guia de orientação para profissionais da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2001.
3. ADED, N. L. O.; DALCIN, B. L. G. S; MORAES, T. M.; CAVALCANTI, M. T. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Rev Psiquiatr Clín**. Santiago, v.33, n.4, p. 04-13, 2006.
4. AINAMO, J; BARMES, D; BEARGRIE, G. Development of WHO Community Periodontal Index for treatment needs. **Int Dent J**. London, v. 32, n. 3, p. 281-291, 1982.
5. AL-DABAAN, R.; NEWTON, J.T.; ASIMAKOPOULOU, K. Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect. **Saudi Dent J**. Saudi Arabia, v. 26, n. 3, p. 79–87, 2014.
6. AL-EISSA, M. A.; SALEHEEN, H. N.; ALMADANI, S.; ALBUHAIRAN, F. S.; WEBER, A.; FLUKE, J. D.; ALMUNEEF, M.; CASILLAS, K. L. Determining prevalence of maltreatment among children in the kingdom of Saudi Arabia. **Child Care Health Dev**. Oxford, 2016
7. ALEXANDRE, G. C.; NADANOVSKY, P.; WILSON, M.; DALY, M.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. Cues of paternal uncertainty and father to child physical abuse as reported by mothers in Rio de Janeiro, Brazil. **Child Abuse Negl**. Oxford, v.35, n. 8, p.567-73, 2011.
8. ANDRADE, L. K.; COLARES, V.; CABRAL, H. M. Avaliação dos Odontopediatras de Recife com relação ao abuso infantil. **Rev odontoc iênc**. Porto Alegre, v. 20, n. 49, p. 231- 235, 2005.
9. ASSIS de, S. G.; AVANCI, J. Q.; PESCE, R. P.; PIRES, T. O.; GOMES, D. L.; Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra

- crianças no Brasil. **Ciênc saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, 2012.
10. AVON, S. L. Forensic Odontology: The Roles and Responsibilities of the Dentist. **J Can Dent Assoc**. Ottawa, v.70, n.7, p. 453-458, 2004.
11. AZEVEDO, M. S.; GOETTEMMS, M. L.; BRITO, A.; POSSEBON, A. P.; DOMINGUES, A. P.; DEMARCO, F. F. TORRIANI, F. F.; Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. **Braz Oral Res**. São Paulo, v.26, n.1, p. 5-11, 2012.
12. BHATIA, S K; MAGUIRE, S A; CHADWICK, B L; HUNTER, M L; HARRIS, J C; TEMPEST, V; MANN, M K; KEMP, A M. Characteristics of child dental neglect: A systematic review. **J Dent**. England, v. 42, n. 3, p. 229 –239, 2014.
13. BOHNER, L. O. L. B.; BOHNER, T. O. L.; CANTO, L. G. Maus Tratos Na Infância E Adolescência: Protocolo De Atendimento No Consultório Odontológico. **REGET**. Santa Maria, v.6, n. 6, p. 1239 – 1243, 2012.
14. BRADBURY-JONES, C.; TAYLOR, J. Domestic abuse as a transgressive practice: understanding nurses' responses through the lens of abjection. **Nurs Philos**. Oxford, v. 14, n. 4, p. 295-304, 2013.
15. CARVALHO, A. C. R.; GARRIDO, L. C.; BARROS, S. G.; ALVES, A. C. Abuso e Negligência: Estudo na Delegacia de Repressão aos Crimes Contra a Criança e o Adolescente. **J Bras Odontoped Odont Bebê**. Curitiba, v.4, n.18, p.117- 123, 2001.
16. CARVALHO, C. Diagnóstico: abuso infantil. **Rev Bras Odontol**. Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 180-184, 2002.
17. CAVALCANTI, A. L. Abuso infantil: protocolo de atendimento odontológico. **Rev Bras Odontol**. Rio de Janeiro, v.58, n, 6, p. 378-380, 2001.
18. CAVALCANTI, A. L. Child Abuse: Oral Manifestations and their Recognition by Dentists. **Rev Odontol Unicid**. São Paulo, v.15, n. 2, p.123-128, 2003.
19. CAVALCANTI, A. L.. Prevalence and Characteristics of Injuries to the Head and Orofacial Region in Physically Abused Children and Adolescents – A

- Retrospective Study in a City of the Northeast of Brazil. **Dent Traumatol.** Copenhagen, v. 26, p. 149-153, 2010.
20. CAVALCANTI, A. L.; ALVES, P. M. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico. Uma revisão de literatura. **Publ UEPG Ci Biol Saúde**, Ponta Grossa, v. 9, n. ¾, p. 29-35, 2003.
21. CAVALCANTI, A. L.; DUARTE, R. C. Manifestações bucais do abuso infantil em João Pessoa – Paraíba – Brasil. **Rev bras ciênc Saúde**. João Pessoa, v. 7, n. 2, p. 161- 170, 2003.
22. CAVALCANTI, A. L.; VALENÇA, A. M. G.; DUARTE, R. C. O odontopediatra diante de maus tratos infantis: diagnóstico e conduta. **J Bras Odontoped Odont Bebê**. Curitiba, v. 3, n. 16, p. 451-455, nov./dez. 2000.
23. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO 42/ 2003: Código de Ética Odontológica (on line). Disponível em URL: <http://www.cfo.org.br>). Acesso em 01 abril de 2016.
24. DARUGE, E.; CHAIM, L. A. F.; GONÇALVES, R. J. Criança maltratada e a odontologia - Conduta, percepção e perspectivas - Uma visão crítica. Acesso em abril de 16. Disponível em: <http://docplayer.com.br/557741-Crianca-maltratada-e-a-odontologia-conduta-percepcao-e-perspectivas-uma-visao-critica.html>.
25. DE BELLIS, M. D.; HOOPER, S. R.; SPRATT, E. G.; WOOLLEY, D. P. Neuropsychological findings in childhood neglect and their relationships to pediatric PTSD. **J Int Neuropsychol Soc**. Cambridge, v. 15, p. 868-878, 2009.
26. GAUR, A; SUJAN, S. G; KATNA, V. The oral health status of institutionalized 1'children that is, Juvenile home and orphanage home run by Gujarat state Government, in Vadodara city with that of normal school children. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**. Chandigarh, v. 32, n. 3, p. 231-237, 2014.

27. GOMES, R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbimortalidade de crianças vítimas de violência. **Cad saúde pública**. Rio de Janeiro, v.9, n.3/4, p. 29-35, set./dez. 2003.
28. GRANVILLE-GARCIA, A. F.; VAZ, T. M. T.; MARTINS, V. M.; MASSONI, A. C. L. T.; CAVALCANTI, A. L.; MENEZES, V. A. Maus-tratos em crianças e adolescentes de Solânea, Paraíba, Brasil: ocorrência e conduta profissional. **Rev bras pesq saúde**, Vitória, v. 12, n. 4, p. 26-33, 2010.
29. HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H.; AZEVEDO, G. A.; XAVIER, P. Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos Observados em Processos Jurídicos. **Psic teor e pesq**. Brasília, v. 21 n. 3, pp. 341-348, 2005.
30. HALPERN, L. R. Orofacial Injuries as Markers for Intimate Partner Violence. **Oral Maxillo fac Surg Clin North Am**. Philadelphia, v. 22, n. 22, p. 239–246, 2010.
31. HARRIS, J. Dental neglect in children. **J paediatr child health**. Melbourne, v. 22, n. 11, p. 476-482, 2012.
32. HENDLER, T. J; SUTHERLAND, S. E. Domestic Violence and its Relation to Dentistry: A Call for Change in Canadian Dental Practice. **J Can Dent Assoc**. Toronto, v.73, n.7, 2007.
33. HILDYARD, K. L.; WOLF, D. A. Child neglect: Developmental issues and outcomes. **Child abuse negl**. Oxford, v. 26, p. 679-695, 2002.
34. JACKSON, A.M.; RUCKER, A.; HINDS, T.; WRIGHT, J. L. Let the Record Speak: Medicolegal Documentation in Cases of Child Maltreatment. **Clin Ped Emerg Med**. Philadelphia, v. 7, n.3, p.181-185, 2006.
35. JESSE, S. A. Child Abuse: Behavior indicators of child maltreatment. **J Dent Child**, Chicago, v. 66, n. 1, p. 17-22, 1999.
36. JESSEE, S. A. Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: a hospital survey. **ASDC J Dent Child**. Chicago, v.62, n.245-249, 1995.
37. JOSGRILBERG, E. B.; CARVALHO, GUIMARÃES, M. S.; PANSANI, C. A. Maus-tratos em crianças: a percepção do aluno de odontologia. **Odonto Clín- cient**. Recife, v.7, n. 1, p. 35-38, 2008.

38. KAHABUKA, F K; MBAWALLA, H S; Oral health knowledge and practices among Dar es Salaam institutionalized former street children aged 7–16 years. **Int J Dent Hygiene**, Oxford, v.4, p. 174–178, 2006.
39. KAVANAUGH, B. C.; DUPONT-FRECHETTE, J. A.; JERSKEY, B. A.; HOLLER, K. A. Neurocognitive Deficits in Children and Adolescents Following Maltreatment: Neurodevelopmental Consequences and Neuropsychological Implications of Traumatic Stress. **Appl Neuropsychol Child**. Philadelphia, v. 6, p.1-15, 2016.
40. KELSEN, Hans. Teoria geral das normas. Porto Alegre: S. Fabris, 1986.
41. KUMAR, S; KROON, J; LALLOO, R. A systematic review of the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. **Health Qual life outcomes**. London, v. 12, n. 41, p. 1-15, 2014.
42. LOUZADO, M.; ARAÚJO, C. H.; SCARIOT, F.; DORNELLES, M. S. O.; PRADO, D. Manifestações orais em crianças abusadas sexualmente. **Rev Bras Odontol**. Rio de Janeiro, v.58, n.1, p.33-34, 2001.
43. LUNA, L. M.; FERREIRA, R. C., VIEIRA, L. J. E. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 481-491, 2010.
44. MALDEN, P. E.; THOMSON, W. M.; JOKOVIC, A.; LOCKER, D. Changes in parent-assessed oral health-related quality of life among young children following dental treatment under general anesthetic. **Community Dent Oral Epidemiol**. Copenhagen, v.36, n. 2, p. 108-17, 2008.
45. MARTONFFY AL. Oral health: prevention of dental disease. **FP Essent**. Leawood, v. 428, p. 11-5, 2015.
46. MASSONI, A. C.; FERREIRA, A. M.; ARAGAO, A. K.; DE MENEZES, V. A.; COLARES, V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligencia odontológica. **Ciênc saúde coletiva**. Rio de Janeiro v.15, n. 2, p. 403-10, 2010.

47. MODEER, T.; WONDIMU, B. Periodontal diseases in children and adolescents. **Dent Clin N Orth Am**. Philadelphia, v.44, n.3, p.633-58, 2000.
48. MONTECCHI, P. P.; DI TRANI, M.; SARZI, A. D.; BUFACCHI, C.; MONTECCHI, F.; POLIMENI A. The dentist's role in recognizing childhood abuses: study on the dental health of children victims of abuse and witnesses to violence. **Eur J Paediatr Dent**. Carimate, v.10, n.4, p.185-7, 2009.
49. MOREIRA, G. A. R.; VASCONCELOS, A. A.; MARQUES, L. A.; VIEIRA, L. J. E. S. 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, 2013.
50. MUNIZ, P. CAVALCANTI, A. L. Diagnóstico do Abuso Infantil No Ambiente Odontológico. Uma Revisão Da Literatura. **Publ UEPG Ci Biol Saúde**. Ponta Grossa, v.9, n. ¾, p. 29-35, 2003.
51. MUNZER, A.; FEGERT, J. M.; GOLDBECK, L.; Psychological Symptoms of Sexually Victimized Children and Adolescents Compared With Other Maltreatment Subtypes. **J Child Sex Abus**. London, v.25, n.3, p.326-46, 2016.
52. NAIDOO, S. A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. **Child Abuse Negl**. Oxford, v. 24, n.4, p.521-534, 2000.
53. NAUGHTON, A M; MAGUIRE, S A; MANN, M K.; LUMB, R C; VANESSA TEMPEST; GRACIAS, S; KEMP, A M. Emotional, Behavioral, and Developmental Features Indicative of Neglect or Emotional Abuse in Preschool Children. **JAMA Pediatr**. Chicago, v. 167, n. 8, p. 769-775, 2013.
54. NORMAN, R E; BYAMBAA, M; DE, R; BUTCHART, A; SCOTT, J; VOS, T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLOS Medicine**. San Francisco, v. 9, n. 11, p. 1-31, 2012.
55. NUZZOLESE, E.; LEPORE, M.; MONTAGNA, F.; MARCARIO, V.; DE ROSA, S.; SOLARINO, B. Child abuse and dental neglect: the dental

- team's role in identification and prevention. **Int J Dent Hyg**. Oxford, v.7, n.2, p. 96-101, 2009.
56. OWAIS, A. I.; QUDEIMAT, M. A.; QODCEIH, S. Dentists' involvement in identification and reporting of child physical abuse: Jordan as a case study. **Int J Paediatr Dent**. Oxford, v.19, n.4, p.291-6, 2009.
57. PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E.P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, p.197-204, 2009.
58. PIHLSTROM, B.L; TABAK, L. The national Institute of dental and craniofacial research: research for the practicing dentist. **J Am Dent Assoc**. Chicago, v.136, n. 6, p.728-737, 2005.
59. PIRDEHGHAN, A.; VAKILI, M.; RAJABZADEH, Y.; PUYANDEHPOUR, M. Child Abuse and Neglect Epidemiology in Secondary School Students of Yazd Province, Iran. **Iran J Psychiatry Behav Sci**. Sari, v.9, n.4, p.1-5, 2015.
60. RAMAZANI, N. Child Dental Neglect: A Short Review. **Int J High Risk Behav Addict**. Limburg, v. 3, n. 4, p. 1-4, 2014.
61. REPPOLD, C. T, PACHECO, J., BARDAGI, M. & HUTZ, C. S. Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: Uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 7-51. 2002.
62. SALES-PERES, A. et al. Odontologia e o desafio na identificação de maus tratos. **Odonto Clín- cient**. Recife, v.7, n. 3, p. 185-189, 2008.
63. SANTOS, J.F.; NUNES, K. S.; CAVALCANTI, A. L.; SILVA, E. C. Maus-tratos infantis: conhecimento e atitudes de odontopediatras de Uberlândia e Araguari, Minas Gerais. **Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr**. João Pessoa, v.6, n. 3, p.273-293, 2006.
64. SILVA, R. A.; GONÇALVES, L. M.; RODRIGUES, A. C.; CRUZ, M. C. The dentist's role in identifying child abuse: an evaluation about experiences, attitudes, and knowledge. **Gen Dent**. Chicago, v. 62, n. 1, p. 62–66, 2014.

65. SOARES, A. L. G.; HOWE, L. D.; MATIJASEVICH, A.; WEHRMEISTER, F. C.; MENEZES, A. M. B.; ALVES, H. G. Adverse childhood experiences: Prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. **Child Abuse & Neglect**. Oxford, v.51, p.21–30, 2016.
66. SOUSTER, G; INNES, N. Some clarification of trigger signs for dental neglect. **Evid Based Dent**. London, v. 15, n. 1, p. 2–3, 2014.
67. STRUŻYCKA, I. The Oral Microbiome in Dental Caries. **Pol J Microbiol**. Warsan, v. 63, n. 2, p. 127–135, 2014.
68. SYRIPINEN, S.; PURONEN, M. Human papillomavirus infections in children: the potential role of maternal transmission. **Crit Rev Oral Biol Med**. Boca Raton, v.11, n.2, p. 259-274, 2000.
69. ULDUM, B.; CHRISTENSEN, H. N.; WELBURY, R.; POULSEN, S. Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. **Int J Paediatr Dent**. Oxford, v.20, p. 361–5, 2010.
70. VALENCIA-ROJAS, N.; LAWRENCE, H. P.; GOODMAN, D. Prevalence of Early Childhood Caries in a Population of Children with History of Maltreatment. **J Public Health Dent**. Raleigh v.68, n. 2, 2008.
71. VARGAS, A. M. D.; PAIXÃO, H. H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Ciênc Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 1015- 24, 2005.
72. VIEIRA, A. R.; MODESTO, A.; ABREU, V. I. Avaliação dos casos de abuso infantil do Hospital Souza Aguiar (RJ) e sua relação com o cirurgião-dentista. **Pediatr atual**. São Paulo, v. 11, n. 1/2, p. 21-32, 1998.
73. VIEIRA, E. L. R.; KATZ, C. R. T.; COLARES, V. Indicadores de maus-tratos em crianças e adolescentes para uso na pratica da odontopediatria. **Odonto Clín- cient**. Recife, v. 7, n.2, p. 113-118, 2008.
74. WACHESKI, A.; LOPES, M. G. K.; PAOLA, A. P. B.; VALENÇA, P.; LOSSO, E. M.; O conhecimento do aluno de Odontologia sobre maus tratos

na infância antes e após o recebimento de uma cartilha informativa.

Odonto. São Bernardo do Campo, v. 20, n. 39, p. 7-15, 2012.

75. WEBER, L. N. D.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J.; ZOCCHÉ, C. R. E. Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. **Psico-USF**. Bragança Paulista. v.7, n. 2, p.163-173, 2002.