



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Lima Targino Massoni, Andreza Cristina de; Brito Ferreira, Ângela Maria; Ramalho Aragão, Ana Karla;
Aparecida de Menezes, Valdenice; Colares, Viviane
Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 2, marzo, 2010, pp. 403-410
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012321012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica

Orofacial aspects of childhood abuse and dental negligence

Andreza Cristina de Lima Targino Massoni ¹

Ângela Maria Brito Ferreira ¹

Ana Karla Ramalho Aragão ¹

Valdenice Aparecida de Menezes ²

Viviane Colares ²

Abstract *The aim of this paper was to identify the main oral and dental aspects of childhood abuse and dental neglect, contributing to the identification of these victims in a dental office. A bibliographic research was carried out, in ADOLEC, MEDLINE, LILACS and BBO databases. The following key words were used: child abuse, oral manifestations, dentists; role; liability, legal. It was verified that violence against children happens in general at home and the resulting orofacial injuries encompass: injuries, burns and lacerations on soft and hard tissues, bite marks and gradually-healed wounds. It can have wounds in other parts of the body next to the oral cavity, such as periorbital wound and nasal injury. Regarding sexual abuse, many victims do not present any associated physic signs; therefore, behavioral indicators must be observed. The immediate recognition and report of childhood abuse and dental negligence by dental surgeon are essential for children protection. Therefore, it is critical to define more effective action from those professionals, by registration and denunciation of suspect cases to child protection agencies.*

Key words *Child abuse, Oral manifestations, Dentists, Role, Liability, Legal*

Resumo *O objetivo deste artigo foi identificar os principais aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica, contribuindo com a identificação destas vítimas no ambiente odontológico. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Adolec, MEDLINE, LILACS e BBO. Utilizaram-se como descritores maus-tratos infantis, manifestações bucais, odontólogos, papel (figurativo) e responsabilidade legal. Verificou-se que os maus-tratos infantis acontecem em geral em domicílio e os ferimentos orofaciais decorrentes incluem trauma, queimaduras e lacerações dos tecidos duros e moles, marcas de mordida e hematomas em vários estágios de cura. Pode haver ferimentos que envolvem outras partes do corpo próximas à cavidade bucal, como hematoma periorbital e contusão nasal. Quanto ao abuso sexual, muitas vítimas não apresentam nenhum sinal físico associado; assim, indicadores comportamentais devem ser observados. A imediata identificação e o relato de maus-tratos infantis e da negligência odontológica pelo cirurgião-dentista são essenciais para a proteção das crianças, sendo fundamental uma maior atuação destes profissionais, através do registro e denúncia dos casos suspeitos às agências de proteção à criança.*

Palavras-chave *Maus-tratos infantis, Manifestações bucais, Odontólogos, Papel (figurativo), Responsabilidade legal*

¹ Pós-Graduação em Odontopediatria, Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco. Av. Genreal Newton Cavalcante 1650, Tabatinga. 54753-220 Camaragipe PE. andrezatargino@gmail.com

² Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco.

Introdução

A infância é vista tradicionalmente como uma fase de divertimento e tranquilidade, e 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, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”¹. Entretanto, para milhares de crianças, a violência e a negligência são partes da vida diária, e não ocorrem apenas nas ruas, mas também em seus próprios lares, em decorrência da ação de adultos que supostamente deveriam protegê-las.

Assim, os maus-tratos infantis representam um problema crescente em todos os segmentos da sociedade²⁻⁴. Estes são entendidos como a negligência (abandono e o não-oferecimento de necessidades básicas) ou o abuso físico, emocional ou sexual⁵ de pais ou responsáveis junto à criança, que resulta em ferimento ou dano emocional significativo^{4,6-8}.

No Brasil, os dados epidemiológicos sobre maus-tratos infantis apresentam-se deficientes, não existindo estatísticas nacionais fidedignas sobre o tema, mas apenas registros esparsos de serviços isolados ou de pesquisadores, que não traduzem a realidade atual, dificultando um maior enfrentamento do problema. Apesar da violência doméstica junto à criança ser frequente em nosso país, estima-se que apenas 20% das ocorrências sejam denunciadas, visto que a notificação dos casos a órgãos competentes é uma prática pouco exercida pelas pessoas^{5,9}. Tsang e Sweet¹⁰ acrescentaram que os dados estatísticos sobre o abuso infantil são de difícil obtenção por este ser um comportamento “secreto”.

Considera-se que existe abuso físico quando uma criança foi vítima de danos ou correu risco de danos por ser agredida com a mão ou outro objeto, ou ser chutada, sacudida, jogada, queimada, ou golpeada pelos responsáveis. O abuso emocional inclui atos que podem conduzir a desordens emocionais em longo prazo, como o isolamento social, a rejeição, a humilhação e as punições não físicas inadequadas (por exemplo, ser amarrado)^{5,6,11}. Já o abuso sexual envolve toda a exploração sexual (não consensual ou consensual) junto à criança^{2,6}. Enquanto a negligência refere-se ao prejuízo ou risco como resultado de formas inadequadas de nutrição, vestimenta, higiene e supervisão⁵.

Alguns estudos demonstram que a maioria dos ferimentos decorrentes dos maus-tratos infantis envolve a região orofacial: cabeça, face, boca e pescoço^{2,3,9,10,12,13}; além disso, muitas vezes, aquele indivíduo que sofreu agressão é levado a buscar o tratamento odontológico. Estes aspectos colocam o cirurgião-dentista em uma posição oportuna para identificar essas vítimas^{10,14,15}.

No entanto, muitos destes profissionais não têm o hábito de denunciar ou registrar casos suspeitos de agressão infantil^{2,7,8,15,16}. Entre as razões pelas quais os cirurgiões-dentistas não relatam o abuso de crianças, citam-se a falta da confiança no seu diagnóstico de maus-tratos, desconhecimento sobre o tema, medo de tratar com os pais ou de se envolver, recusa em acreditar que os pais são negligentes, medo de perder o paciente e falta de treinamento. Este último aspecto poderia aumentar em até cinco vezes a possibilidade de reconhecer os sinais de agressão e negligência à criança pelos profissionais da odontologia^{2,15-18}.

Diante do exposto, percebe-se que os maus-tratos e a negligência odontológica infantil são problemas para os quais todos os profissionais da odontologia deveriam estar atentos.

Objetivo

O objetivo deste estudo foi identificar os principais aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica, contribuindo com a identificação destas vítimas no ambiente odontológico.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), identificando-se artigos publicados nas revistas indexadas nas seguintes bases de dados: Adolec, BBO, LILACS e MEDLINE.

De forma combinada utilizaram-se como descritores maus-tratos infantis, manifestações bucais, odontólogos, papel (figurativo) e responsabilidade legal, tendo como limites recém-nascido (até 1 mês), lactente (1-23 meses), pré-escolar (2-5 anos), criança (6-12 anos) e adolescente (13-18 anos), considerando o intervalo de tempo de 25 anos (entre 1983 e 2008) e os idiomas português, inglês e espanhol. Foi utilizado também o Estatuto da Criança e do Adolescente, publicado pelo Ministério da Saúde¹.

Foram encontradas 140 publicações; destas, 24 se repetiam entre as bases de dados e 86 foram excluídas por se referirem a idosos, por serem relatos de casos ou experiências e por se dirigirem a outros profissionais de forma mais específica (enfermeiros e médicos). Dessa forma, foram incluídas trinta publicações, além do Estatuto da Criança e do Adolescente¹, anteriormente mencionado.

Perfil do agressor e da criança

Os maus-tratos infantis acontecem em geral dentro de casa^{12,19} e segundo Tsang e Sweet¹⁰ e Johnson¹¹, independem da classe socioeconômica, nível de instrução, família, religião e cultura, sendo difícil identificar de forma fiel traços preditivos da personalidade ou experiências da vida do adulto que são associadas ao abuso da criança. Para Tsang e Sweet¹⁰ e Naidoo¹⁹, o estresse em família, seja ele financeiro, por separação, doença, uso de drogas ou desemprego, pode contribuir para os maus-tratos.

Dubowitz e Bennett⁴, Johnson¹¹ e Naidoo¹⁹ acrescentaram alguns perfis psicossociais observados em agressores denunciados que podem identificar possíveis fatores de risco; são eles: história de abuso/negligência quando criança; falta de suporte social/isolamento social; expectativas frustradas em relação à criança; paternidade/maternidade muito jovem; comprometimento mental/depressão e reversão do papel pai-filho no relacionamento com a criança. Quanto ao parentesco ou ligação com a criança, os agressores são em sua maioria mãe ou pai, seguidos de companheiros da mãe, avós e tios^{12,19}.

Determinadas crianças apresentam estatisticamente risco aumentado para maus-tratos, sendo em sua maioria até três ou quatro anos de idade, em que o choro e o grito incontroláveis tendem a ser um fator predisponente^{11,19}; além disso, estas têm mais dificuldade de estabelecer de forma independente contatos sociais que poderiam protegê-las¹². Estes últimos autores ainda associaram uma maior ocorrência de agressão à criança do gênero masculino, o que não foi corroborado por Jessee².

Abuso físico

Ferimentos orofaciais não-acidentais decorrentes do abuso físico incluem o trauma dos tecidos duros e moles, além de queimaduras, lacerações,

fraturas, marcas de mordida (tópico observado separadamente) e os hematomas em vários estágios de cura^{3,19-22}. É importante observar que a boca é frequentemente traumatizada nos casos do abuso infantil por causa de sua associação psicológica com a pessoa agredida²⁰.

Manifestações orofaciais do abuso físico incluem^{2-4,8,10,18-22}:

- . Lábios: podem apresentar hematoma, lacerações, cicatrizes do trauma persistente, queimaduras causadas por alimento quente ou cigarros, equimose, arranhão ou cicatrizes nas comissuras, indicativos da utilização de mordada;

- . Boca: pode apresentar lacerações no freio labial ou lingual causadas por beijo, alimentação ou sexo oral forçados, os quais são sinais característicos de casos severos do abuso de criança. Queimaduras ou lacerações na gengiva, língua, palato ou assoalho da boca, causadas por alimento ou utensílios quentes são outras manifestações associadas;

- . Dentes: fraturados, deslocados, com mobilidade ou avulsionados, raízes residuais múltiplas sem história plausível para esclarecer os ferimentos;

- . Maxila ou mandíbula: sinais da fratura passada ou atual, côndilos, ramos, sínfise, bem como má-oclusão incomuns resultando de trauma anterior.

É importante estar atento a ferimentos que envolvem outras partes do corpo próximas à cavidade bucal. Tais ferimentos podem incluir hemorragia da retina, ptose e hematoma periorbital, contusões e fraturas nasal, e danos à membrana timpânica, com hematoma na orelha.

Marcas de mordida

Marcas de mordida de adulto em crianças são geralmente associadas a alguma forma de abuso físico ou sexual. Estas aparecem de várias formas, o que depende das circunstâncias nas quais são provocadas. Assim, as marcas de mordida muitas vezes caracterizadas como hematomas são de difícil diagnóstico diferencial, por estes estarem muito presente na infância², sendo a suspeita mais evidente quando a natureza do ferimento for inconsistente com o relato do responsável e da criança¹⁸.

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 anatómicas específicas do suspeito¹⁸.

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^{2,23}.

A avaliação do tamanho do arco pode ser útil em determinar se o agressor foi uma criança ou um adulto. Assim, se a largura de canino a canino for menor que três centímetros, a mordida provavelmente foi de uma criança²⁴. A aparência da marca de mordida muda enquanto o edema diminui e o tecido começa a se reparar; assim, as impressões dos dentes tornam-se mais visíveis após dois ou três dias da agressão².

Outro aspecto importante é distinguir entre mordidas humanas e de animais. 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^{18,23}.

As marcas de mordida, além de observadas, devem ser fotografadas, incluindo na fotografia uma régua milimetrada, a qual permite a realização do teste padrão da marca, possibilitando a comparação desta com as características da dentição do suspeito^{2,18}.

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^{2,23}.

Abuso sexual

Muitas vítimas do abuso sexual infantil não apresentam nenhum sinal físico óbvio. Assim, indicadores comportamentais devem ser observados, como o comportamento sexual impróprio, a defesa por se sentir ameaçado pelo contato físico e até mesmo a história relatada^{2,23,25,26}.

Quando presentes, são indicadores muito fortes de abuso sexual: eritemas, úlceras, vesículas com secreção purulenta ou pseudomembranosa e lesões condilomatosas nos lábios, língua, palato, face ou na faringe^{2,25}, as quais estão associadas às patologias ou alterações abaixo^{2,23-25,27}:

. Gonorréia: a mais frequente doença sexualmente transmissível entre as crianças que sofre-

ram abuso sexual. Pode aparecer sintomaticamente nos lábios, na língua, no palato, na face e, em especial, na faringe, variando de eritema à ulceração e de lesões vesículo-pustular a pseudo-membranosas. Um positivo da cultura para gonorréia em uma criança indica geralmente abuso;

. Condiloma acuminado: causado pelo papilomavírus humano (HPV), é uma lesão única ou múltipla, pedunculada, com aspecto de couve-flor;

. Sífilis: pápulas nos lábios ou pele da região perioral. Porém, é raramente encontrada em crianças; um positivo do teste para o *pallidum treponema* sugere fortemente o abuso sexual;

. Eritema e petéquias: quando presentes na junção dos palatos duro e mole ou assoalho da boca, podem ser sinais de sexo oral forçado.

Negligência odontológica

A negligência odontológica pode ser definida como a falha do pai ou responsável em procurar o tratamento para cárie visualmente não-tratada, infecções bucais e dor, ou a falha em seguir completamente com o tratamento uma vez informado das condições bucais e possibilidades de terapia viável²⁸. Porém, questiona-se: a cárie dentária não-tratada indica sempre negligência odontológica? Diagnosticar a negligência odontológica em alguns casos torna-se difícil, visto que obstáculos como os financeiros, intelectuais e sociais devem ser considerados antes que a decisão de denunciar seja tomada². A dificuldade dos pais em pagar pela terapia adequada e por considerar a cárie dentária como inerente à vida de qualquer pessoa são algumas razões para evitar o tratamento odontológico apropriado¹⁰.

Baseado na suposição de que certas patologias bucais são facilmente identificadas por pessoas leigas, têm-se os seguintes indicadores para a negligência odontológica: cárie rampante não-tratada, sintomatologia dolorosa sem buscar tratamento, infecção, sangramento ou trauma afetando a região orofacial e falta da continuidade do tratamento da patologia identificada^{2,10}.

Em síntese, quando a patologia bucal foi diagnosticada, o tratamento necessário foi explicado e compreendido, e os obstáculos financeiros e de transporte foram eliminados, a ineficiência de um pai em buscar ou manter o tratamento se constitui negligência²⁹. O que deve ser definido com cautela, considerando-se sempre as circunstâncias que levaram à omissão dos responsáveis.

Diagnóstico

Embora muitos ferimentos não sejam causados pelos maus-tratos, o cirurgião-dentista deve suspeitar dos ferimentos traumáticos, observando sempre o relacionamento “responsável-criança”, bem como mudanças no comportamento da criança. Um pai pode trazer uma criança ao dentista para tratar de dentes com mobilidade ou fraturados, mas pode não procurar um médico para o tratamento de outros tipos de ferimentos^{3,10,21,25}.

Gerbert *et al.*³⁰ sugerem que, quando da abordagem de vítimas de agressão, as questões devem ser incluídas com naturalidade em meio às questões do prontuário, para reduzir o desconforto da situação para o profissional e para o seu paciente.

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 separada dos pais, e posteriormente estes devem ser questionados^{2,3,25,26}.

Quando possível, é importante que o registro inclua o período no qual o abuso aconteceu, se ocorreu mais de uma vez e o número de vezes. As crianças mais novas muitas vezes não conseguem recordar uma data ou um mês específico. Dessa forma, uma linha de tempo contextualizada à vida da criança pode ser criada, como, por exemplo, o seu aniversário, um feriado ou as férias²⁶.

Também é relevante identificar o instrumento ou mecanismo de injúria, os quais foram citados por Naidoo¹⁹ e pela *American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect*²³: mãos, pés, madeira, cano, vara, fio elétrico, frasco quebrado, garrafa, garfo, mamadeiras, líquidos quentes, cigarro, pedras e sapatos.

Os comportamentos da criança e do responsável também devem ser observados. A maioria de pais que acompanham sua criança ferida ao consultório apresentam-se ansiosos e preocupados sobre a situação da criança. Por outro lado, os pais agressores parecem frequentemente retraídos e as crianças indiferentes quando separadas dos pais, ou ainda agressivas, com desconforto ao contato físico e olhar vigilante².

Registro de informações

A documentação apropriada da criança fisicamente agredida ou negligenciada inclui a descrição do ferimento, fotografias e radiografias das

estruturas envolvidas, sempre que possível. Bem como o registro da circunstância relatada pelo responsável, bem como pelo paciente. Também deve ser registrado o mecanismo de agressão²⁶. As informações devem ser anexadas ao prontuário odontológico, incluindo aspectos sobre a posição, aparência, severidade e distribuição dos ferimentos¹⁰.

Em seguida, um formulário para registro de informações relacionadas às manifestações orofaciais dos maus-tratos infantis, adaptado do estudo de Cairns *et al.*¹² (Quadro 1). O mesmo permite o registro dos ferimentos de forma categorizada, além da localização dos mesmos

Relato de suspeitas

Em caso de suspeita de maus-tratos contra a criança, deve-se comunicar ao Conselho Tutelar do município de moradia, o que pode ser verificado no artigo 13º do Estatuto da Criança e do Adolescente: “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou o adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”¹. Na falta do Conselho Tutelar, deve-se comunicar ao Juizado da Infância e da Juventude^{7,31}.

Deixar de notificar o caso suspeito é considerado omissão e está sujeito à penalidade, como observado no artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente: ***Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar a autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. Pena – multa de 3 a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência***¹.

Apesar das orientações propostas pelo Estatuto, entre os questionamentos levantados pelos cirurgiões-dentistas em relação à problemática do abuso infantil está a preocupação de os pais serem informados sobre a fonte do relato, visto que pode ser extremamente difícil confrontar um pai com quem um relacionamento profissional foi estabelecido, além de expor o profissional ou a criança ao risco¹⁰. Assim, a estratégia de intervenção nos casos de abuso infantil deve ser direta e integrada facilmente à prática profissional do cirurgião-dentista, não devendo ameaçá-lo, nem ao seu paciente. É importante que as informações sejam transmitidas de forma sigilosa, sem que o agressor tome conhecimento⁸.

Quadro 1. Formulário para registro de informações relacionadas às manifestações orofaciais dos maus-tratos infantis e negligência odontológica.

Data de nascimento	Masculino ()	Feminino ()	
Sexo	Sim ()	Não ()	
Sinais de agressão orofacial?	Lesão no olho Hematoma Abrasões Lacerações Queimaduras Mordidas Fraturas Laceração no freio labial Laceração no freio lingual Trauma no palato Trauma dental	S () N () S () N () S () N () S () N () S () N () S () N () S () N () S () N () S () N () S () N () S () N ()	Cabeça (), Face (), Pescoço () Cabeça (), Face (), Pescoço () Cabeça (), Face (), Pescoço () Cabeça (), Face (), Pescoço () Cabeça (), Face (), Pescoço () Cabeça (), Face (), Pescoço () Cabeça (), Face (), Pescoço ()
Momento da injúria (Se relatou e quem relatou)			
Local da injúria (Se relatou e quem relatou)			
Mecanismo da injúria (Se relatou e quem relatou)			
Alguma manifestação bucal suspeita de abuso sexual? Qual?			
Impressões quanto à negligência odontológica			
Registro/impressão da história relatada pelo responsável			
Registro/impressão da história relatada pela criança			
Detalhes e outras observações			

Fonte: adaptado de Cairns *et al.*¹².

Se existir dúvida a respeito de realizar uma denúncia ou não, consultar o médico do paciente, um assistente social, autoridades locais ou até um colega de profissão experiente neste assunto é recomendado. Além disso, é recomendado o contato com outras pessoas que têm ligação com a criança e que podem ter suspeitas similares e estejam dispostas a discuti-las¹⁰.

Considerações finais

A imediata identificação e relato de maus-tratos 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.

Sabe-se que a denúncia de maus-tratos não é fácil, mas assegurar a segurança da criança deve ser prioridade. Além disso, relatar significa contribuir e assumir a responsabilidade profissional inerente à profissão odontológica.

Colaboradores

ACLT Massoni, AMB Ferreira, AKR Aragão participaram da concepção da proposta, coleta e análise de dados e redação final do artigo. VA Menezes e V Colares participaram da concepção da proposta e orientaram o desenvolvimento do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 1ª ed. Brasília: Imprensa Nacional; 1991.
2. Jessee SA. Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: a hospital survey. *ASDC J Dent Child* 1995; 62:245-249.
3. Cavalcanti AL. Abuso infantil: protocolo de atendimento odontológico. *Rev Bras Odontol* 2001; 58(6):378-380.
4. Dubowitz H, Bennett S. Physical abuse and neglect of children. *Child Care Health Dev* 2007; 33(5):1891-1899.
5. Weber LND, Viezzer AP, Brandenburg OJ, Zocche CRE. Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. *Psico-USF* 2002; 7(2):163-173.
6. Province of British Columbia. *Inter-ministry child abuse handbook. An integrated approach to child abuse and neglect*. Victoria (BC): Ministry of Social Services and Housing; 1988.
7. Daruge E, Chaim LAF, Gonçalves RJ. Criança maltratada e a odontologia - Conduta, percepção e perspectivas - Uma visão crítica. Medcenter.com [site da Internet] [acessado 2007 dez 13]. Disponível em: http://www.odontologia.com.br/artigos_rel.asp?id=117
8. Hendler TJ, Sutherland SE. Domestic Violence and its Relation to Dentistry: A Call for Change in Canadian Dental Practice. *J Can Dent Assoc* [periódico na Internet]. 2007 [acessado 2008 Jan 07]; 73(7):[cerca de 1 p.]. Disponível em: <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-7/617.pdf>
9. Cavalcanti AL, Duarte RC. Manifestações Bucais do Abuso Infantil em João Pessoa - Paraíba - Brasil. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2003; 7(2):161-170.
10. Tsang A, Sweet D. Detecting Child Abuse and Neglect - Are Dentists Doing Enough? *J Can Dent Assoc* 1999; 65:387-391.
11. Johnson CF. Child maltreatment 2002: Recognition, reporting and risk. *Pediatrics Pediatr Int* 2002; 44(5):554-560.
12. Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *Int J Paediatr Dent* 2005; 15:310-318.
13. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Torres FB, Araújo JR, Silva PFR. Ocorrência de maus-tratos em crianças e adolescentes na cidade de Caruaru-PE. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* 2006; 6(1):65-70.
14. Welbury RR, Hobson RS, Stephenson JJ, Jepson NJA. Evaluation of a computer-assisted learning programme on the oro-facial signs of child physical abuse (nonaccidental injury) by general dental practitioners. *Br Dent J* 2001; 190(12):668-670.
15. Andrade LK, Colares V, Cabral HM. Avaliação da conduta dos odontopediatras de Recife com relação ao abuso infantil. *Rev Odonto Ciênc* 2005; 20(49):231-236.
16. Santos JF, Nunes KS, Cavalcanti AL, Silva EC. Maus-tratos infantis: conhecimento e atitudes de odontopediatras de Uberlândia e Araguari, Minas Gerais. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* 2006; 6(3):273-293.

17. Kassebaum DK, Dove SB, Cottone JA. Recognition and reporting of child abuse: a survey of dentists. *Gen Dent* 1991; 39:159-162.
18. Avon SL. Forensic Odontology: The Roles and Responsibilities of the Dentist. *J Can Dent Assoc* 2004; 70(7):453-458.
19. Naidoo S. A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child Abuse Negl* 2000; 24(4):521-534.
20. Needleman HL. Orofacial trauma in child abuse: types, prevalence, management, and the dental profession's involvement. *Pediatr Dent* 1986; 8(1):71-80.
21. Cavalcanti AL. Manifestações físicas do abuso infantil: aspectos de interesse odontológico. *Rev Paul Odontol* 2003; 25(5):16-19.
22. Marques CR, Colares V. A identificação do abuso infantil pelo odontopediatra. *J Bras Clin Odontol Integr* 2003; 7(42):512-515.
23. American Academy of Pediatric. 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. *Pediatr Dent* 2005-2006; 27:64-67.
24. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence: role of the pediatrician in management of sexually transmitted diseases in children and adolescents. *Pediatrics* 1987; 79:454-456.
25. Louzado M, Araújo CH, Scariot F, Dornelles MSO, Prado D. Manifestações orais em crianças abusadas sexualmente. *Rev Bras Odontol* 2001; 58(1):33-34.
26. Jackson AM, Rucker A, Hinds T, Wright JL. Let the Record Speak: Medicolegal Documentation in Cases of Child Maltreatment. *Clin Ped Emerg Med* 2006; 7(3):181-185.
27. Syrjänen S, Puronen M. Human papillomavirus infections in children: the potential role of maternal transmission. *Crit Rev Oral Biol Med* 2000; 11(2):259-274.
28. American Academy of Pediatric Dentistry. Committee on Child Abuse and Neglect. *Recommendations of the Academy Board of Directors*. American Academy of Pediatric: Elk Grove Village; 1984.
29. Loochtan RM, Bross DC, Domoto PK. Dental neglect in children: definition, legal aspects, and challenges. *Pediatr Dent* 1986; 8(1):113-116.
30. Gerbert B, Moe J, Caspers N, Salber P, Feldman M, Herzig K, Bronstone A. Simplifying physicians' response to domestic violence. *West J Med* 2000; 172(5):329-331.
31. Chaim LAF, Gonçalves RJ. A responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista em relação à criança maltratada. *Rev ABO Nac* 2006; 14(1):19-24.

Artigo apresentado em 10/06/2008

Aprovado em 14/10/2008

Versão final apresentada em 18/11/2008