

Artigo Original de Pesquisa

Original Research Article

Maus-tratos na infância e adolescência: percepção e conduta dos profissionais de saúde bucal

Child and adolescence mistreatment: perception and conduct of oral health professionals

Liz Bárbara Esteves Araujo¹
Eduardo Pizzatto²
Marilene da Cruz Magalhães Buffon²

Autor para correspondência:

Eduardo Pizzatto
Departamento de Saúde Comunitária – Universidade Federal do Paraná
Av. Padre Camargo, n. 280 – 7.º andar
CEP 80060-240 – Curitiba – PR – Brasil
E-mail: eduardo.pizzatto@ufpr.br

¹ Residente em Saúde da Família, Universidade Federal do Paraná – Curitiba – PR – Brasil.

² Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná – Curitiba – PR – Brasil.

Data de recebimento: 29 abr. 2020. Data de aceite: 21 maio 2020.

Palavras-chave:

Odontologia em saúde pública; maus-tratos infantis; conduta.

Resumo

Introdução: A violência contra crianças e adolescentes ameaça o bem-estar físico, mental e social, além de deixar sequelas muitas vezes irreparáveis nesse grupo populacional vulnerável. O profissional da área de saúde bucal precisa estar capacitado para o enfrentamento de tal situação. **Objetivo:** Avaliar experiência prévia, conhecimento, conduta e interesse de profissionais de saúde bucal (cirurgiões-dentistas/técnicos em saúde bucal/auxiliares em saúde bucal) das Unidades Básicas de Saúde do município de Piraquara ante casos suspeitos de maus-tratos na infância e adolescência. **Material e métodos:** Tratou-se de um estudo transversal, observacional, descritivo, com abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Participaram do estudo 39 profissionais, obtendo-se uma taxa de resposta de 82% (32 questionários). **Resultados:** Mais da metade dos

participantes do estudo relatou que em sua experiência profissional já presenciou casos suspeitos de abuso físico contra crianças e adolescentes, porém apenas 15% da amostra pesquisada notificou algum caso suspeito. Outro ponto em destaque é que, da amostra pesquisada, 1/3 disse desconhecer a existência de mecanismos para notificação de casos suspeitos de maus-tratos, contudo a maioria absoluta demonstrou interesse em receber mais informações, bem como participar de treinamentos e capacitações sobre o tema.

Keywords:

Dentistry in Public Health; child maltreatment; conduct.

Abstract

Introduction: Violence against children and adolescents threatens physical, mental and social well-being, besides often results in irreparable sequels in a highly vulnerable population group. The oral health professional must be able to cope with such a situation.

Objective: In this sense, the objective of the present study was to evaluate the prior experience, knowledge, conduct and interest of these oral health professionals (Dental Surgeons / Oral Health Technicians / Oral Health Assistants) at Piraquara's Municipality Basic Health Units, to suspected maltreatment cases in childhood and adolescence.

Material and methods: This was a cross-sectional, observational, descriptive study with a quantitative approach, approved by the UFPR Research Ethics Committee. 39 professionals participated in the study, obtaining a response rate of 82% (32 questionnaires).

Results: More than half of the study participants reported that in their professional experience they had already witnessed suspected physical children and adolescents abuse, but only 15% of the sample surveyed reported any suspected cases of maltreatment. Another point worth mentioning is that, 1/3 of the sample surveyed reported not knowing the existence of mechanisms to report cases suspected of mistreatment, however, the absolute majority showed interest in receiving more information, as well as participating in training on the theme.

Introdução

A violência contra crianças e adolescentes é um problema grave que atinge as populações em nível mundial e que ganha cada vez mais visibilidade, pois ameaça o bem-estar físico, como perda ou ganho excessivo de peso, bem-estar mental e social, como dificuldade de aprendizagem e alterações de comportamento, além de deixar sequelas muitas vezes irreparáveis [24].

De acordo com a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, nenhuma criança ou adolescente deverá sofrer negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, sendo o praticante de algum desses atos submetido à punição [5]. Essa mesma lei estabelece que todos os cidadãos têm o dever de notificar os casos suspeitos de maus-tratos contra crianças e adolescentes ao juizado de menores, a fim de proteger os direitos destes.

Porém o artigo 245 dispõe que apenas médicos, professores e responsáveis pelos estabelecimentos de atenção à saúde, incluindo creches, pré-escola e escola, podem ser punidos por não comunicarem a suspeita de violência à autoridade competente. Casos não denunciados causam multa de 3 a 20 salários-referência, sendo o dobro em caso de reincidência [5].

A equipe de saúde bucal tem um importante papel ante as agressões na infância e adolescência, uma vez que, em muitos casos, cabeça, pescoço e cavidade oral são os focos centrais dessa violência. Cavalcanti [9] e Valente *et al.* [27] observaram que 50 a 65% das lesões físicas nos casos de maus-tratos infantis ocorrem na face e no pescoço e que 41% das lesões da face ocorreram na maxila. Lesões na região de palato mole e duro ou a presença de doenças sexualmente transmissíveis podem também ser observadas em casos de abusos sexuais [1].

Portanto, é importante que o cirurgião-dentista e a equipe auxiliar estejam aptos a reconhecer os sinais de alerta e a possibilidade de ocorrência de maus-tratos. Também é necessário que tenham conhecimento dos procedimentos legais a serem tomados diante dessas situações, cumprindo com sua obrigação legal e ética [8].

Diante da importância do assunto, este trabalho teve como objetivo avaliar o conhecimento e a conduta da equipe de saúde bucal das Unidades de Saúde do município de Piraquara (PR) ante casos suspeitos de maus-tratos na infância e adolescência. Dessa forma será possível identificar a necessidade de planejamento de ações e programas de identificação, notificação e capacitação de tais casos no serviço público de saúde no referido município.

Revisão de literatura

Definição de maus-tratos

De acordo com a Organização Mundial da Saúde [23], violência é o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.

A violência é uma questão que sempre permeou a condição humana; trata-se de um fenômeno em constante transformação e que na sua essência se apresenta de forma contraditória e indefinida [16].

A definição de maus-tratos na infância e na adolescência é dada a partir de situações em que se identifica a existência de um sujeito superior, independentemente da natureza dessa condição (hierárquica, força física, idade, inteligência, posição econômica ou social), que cometa algum tipo de dano, tanto corporal quanto psicológico ou sexual, e que seja contrário à vontade da vítima ou até mesmo quando o consentimento da situação foi obtida por indução ou sedução enganosa [13].

Dentre os tipos de maus-tratos contra a criança e/ou adolescentes o mais frequente é a violência doméstica, aquela que ocorre grande parte das vezes dentro dos lares e no contexto familiar. Em virtude do fato de a família ser considerada um meio de proteção a essas vítimas, a tendência é acobertar ou silenciar os atos, seja pelo medo ou pela cumplicidade de denunciar o abusador, o que prolonga por muito tempo os maus-tratos [17].

Classificação de maus-tratos

Os maus-tratos podem ser classificados em pré-natais ou pós-natais. Os pré-natais são situações que não ocorrem por acidente, durante a gestação, e contribuem de forma negativa para o desenvolvimento do feto. Já os maus-tratos pós-natais são circunstâncias que ocorrem ao longo da vida da criança e do adolescente e trazem sequelas para o seu desenvolvimento [26].

De acordo com a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência [3] e o Ministério da Saúde [6], os maus-tratos em crianças e adolescentes são classificados em violência física, violência sexual, violência psicológica e negligência.

Violência física

A violência física caracteriza-se pelo uso da força física contra a criança e o adolescente, tendo como consequência desde uma dor leve, danos e ferimentos de média gravidade até mesmo tentativa ou execução de homicídio [22].

Lesões abdominais e faciais, fratura de membros, mutilações, lesões oculares e auditivas são as consequências mais frequentes desse tipo de violência, muitas vezes levando à invalidez permanente, temporária ou mesmo à morte [22].

Violência sexual

A violência sexual tem como característica todo ato ou jogo sexual, de relação hetero ou homossexual, entre um adulto ou mais com uma criança ou adolescente, tendo como finalidade a estimulação sexual e obtenção de estímulo para si ou para outrem [2].

Os principais agressores encontram-se no âmbito familiar ou são conhecidos da família da vítima. Esses abusos muitas vezes resultam na saída do lar, principalmente por parte das meninas, além de gravidez precoce, indesejada e casos de aborto [15].

Violência psicológica

A tortura psicológica, também denominada violência psicológica, ocorre quando as crianças e os adolescentes são depreciados, ameaçados de abandono e crueldade ou quando ocorre algum dano à autoestima, identidade ou ao desenvolvimento. Insultos constantes, humilhação, chantagem, isolamento da sociedade, ridicularização, discriminação, manipulação afetiva são os comportamentos mais comuns dos agressores [26].

Negligência

A negligência é o tipo mais comum de maus-tratos. Caracteriza-se pela omissão dos cuidados básicos e de proteção da criança e do adolescente, como, por exemplo, a falta de vestimentas, de alimento, de cuidados escolares e com a saúde [22].

Abandono, expulsão da criança de casa por rejeição, ausência de cuidados básicos e ambiente seguro caracterizam a negligência física. Já a negligência emocional se dá quando não há suporte emocional, afetivo e de atenção [18].

Responsabilidade legal profissional

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente [5], em seu artigo 4.º, é dever da comunidade, da sociedade em geral, da família e do poder público assegurar a efetivação de direitos, tais como o direito à dignidade, à saúde, ao respeito e à liberdade. Já no artigo 13 é obrigação informar ao Conselho Tutelar da localidade qualquer suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente.

Conforme o artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente [5], o responsável por estabelecimento de atenção à saúde que deixar de comunicar a ocorrência de maus-tratos estará sujeito às sanções da lei, podendo ter como multa uma pena de três a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

A equipe de saúde bucal, composta por cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal, como cidadãos e profissionais da área da saúde, devem estar atentos a qualquer suspeita de maus-tratos, estando sob risco legal de responder ao não cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Segundo o artigo 5.º do Código de Ética Odontológica [10], é dever fundamental dos profissionais e entidades odontológicas zelar pela saúde do paciente, além de promover a saúde coletiva, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado.

Este estudo teve como objetivo avaliar experiência prévia, conhecimento, conduta e interesse dos profissionais de saúde bucal (cirurgiões-dentistas/técnicos em saúde bucal/auxiliares em saúde bucal) das Unidades Básicas de Saúde do município de Piraquara ante casos suspeitos de maus-tratos na infância e adolescência. Também se pretendeu identificar o nível de interesse dos profissionais da área no assunto e conhecer o nível de conhecimento desses profissionais diante de situações de violência e as ações que devem ser tomadas a partir da identificação.

Material e métodos

Preceitos éticos

Tratou-se de um estudo transversal, observacional, descritivo, com abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido de acordo com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (Parecer CEP/SD-PB 1545431).

Amostra

A amostra foi composta por todos os profissionais da equipe de saúde bucal: cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal atuantes na rede pública municipal de Piraquara (PR), totalizando 39 questionários enviados.

Como critérios de inclusão, o participante deveria ter idade igual ou superior a 18 anos, profissional de saúde dentre as categorias supracitadas, atuante na rede pública municipal de Piraquara (PR) e que aceitasse participar do estudo após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados o questionário de Russel *et al.* [25], validado para a língua portuguesa do Brasil [20]. Tratou-se de um questionário autoaplicável contendo questões estruturadas e semiestruturadas.

Um envelope foi entregue a todas as equipes de saúde bucal (CD, TSB e ASB), que prestam atendimento clínico nas Unidades Básicas de Saúde do município de Piraquara (PR), contendo: o questionário da pesquisa, uma carta de orientações para o preenchimento do questionário e o TCLE. Estabeleceu-se uma data de retorno. Após esse prazo, os pesquisadores entraram em contato com as unidades de saúde reforçando o convite para a participação na pesquisa. A devolução dos envelopes foi realizada pelo malote.

O questionário continha quatro partes. A primeira referia-se a questões sociodemográficas, como idade, sexo, ocupação, tempo de formado e número de crianças atendidas semanalmente pelo profissional. A segunda parte fez referência à experiência prévia dos profissionais de saúde bucal diante maus-tratos na infância e adolescência, com questões fechadas de “sim” ou “não”. A terceira esteve associada ao conhecimento dos profissionais, incluindo o diagnóstico e condutas, sendo composta por questões fechadas, questões em escalas de “0

a 10” e questões abertas. Na última parte havia questões relativas ao interesse no envolvimento com o assunto, incluindo questões fechadas e em escala.

Análises dos dados

Os dados foram codificados, tabulados e analisados usando o *software* Excel for Windows.

Resultados

Dos 39 profissionais da área de saúde bucal vinculados ao município de Piraquara (PR), 32 responderam ao questionário (taxa de resposta de 82,05%), dos quais 18 (56,25%) correspondem à categoria profissional de cirurgião-dentista e 14 (43,75%) à categoria profissional de nível técnico (técnico em saúde bucal ou auxiliar de saúde bucal).

Do total de respostas, 29 (90,60%) foram do sexo feminino e apenas três participantes do sexo masculino; todos estes fazem parte da categoria profissional cirurgião-dentista.

A análise do perfil dos participantes da pesquisa revelou que os profissionais tinham entre 22 e 66 anos de idade (média de 38,71 anos, \pm 11,22) e entre 1 e 32 anos de formado (média de 11,43 anos, \pm 8,42), conforme visualizado na figura 1.

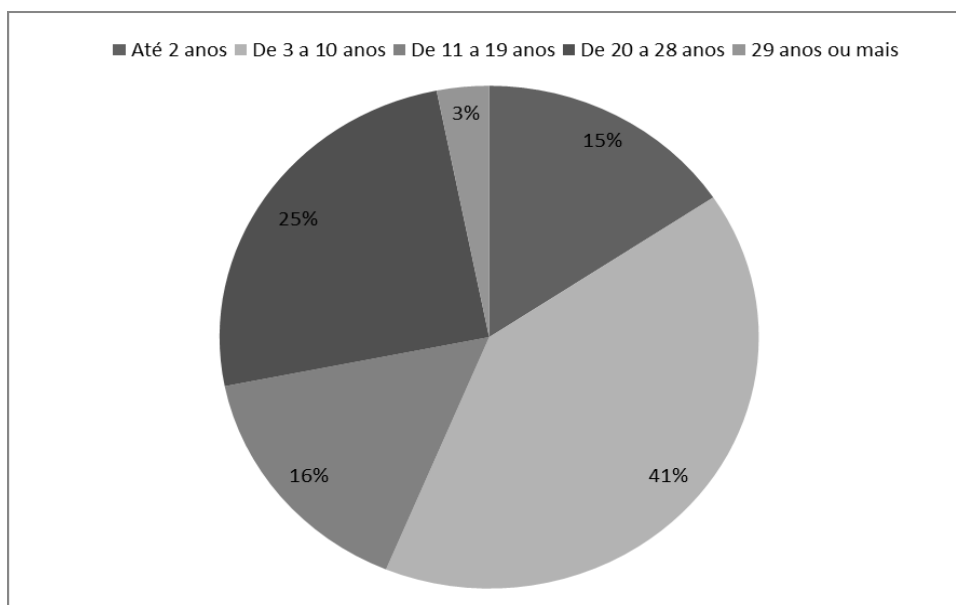


Figura 1 - Tempo de formado dos participantes da pesquisa (n=32)

No tocante ao local de atendimento, 23% dos profissionais trabalhavam no setor público e privado, sendo a maioria cirurgiões-dentistas, e 77% atuavam apenas no setor público. Grande parte dos profissionais (38%) atendia mais de 20 crianças por semana, conforme ilustrado na figura 2.

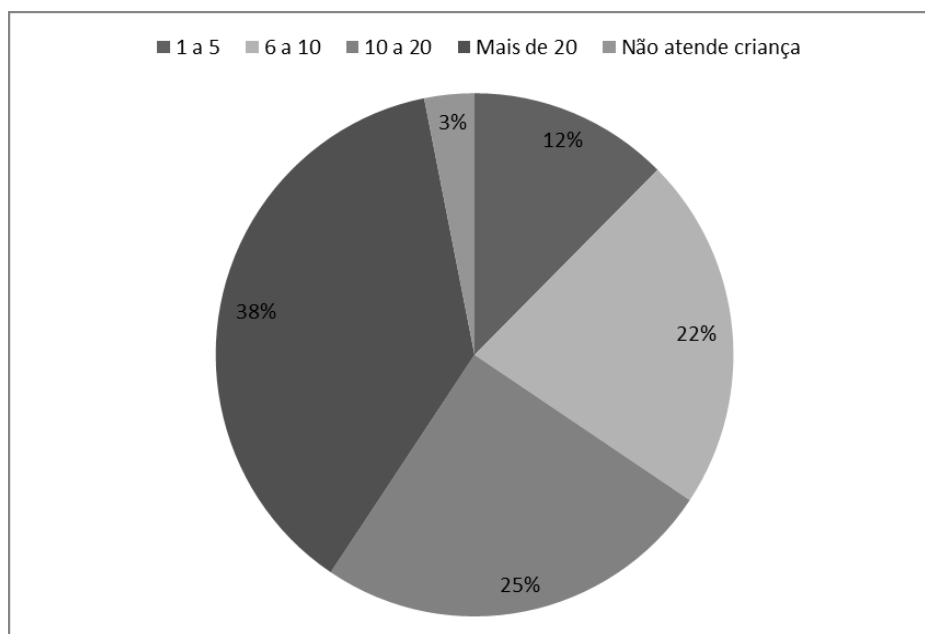


Figura 2 - Número de profissionais em relação à quantidade de crianças atendidas por semana (n=32)

Dos participantes, 18 (56%) relataram que em sua experiência profissional já presenciaram casos suspeitos de abuso físico contra crianças e adolescentes e 14 (44%) não presenciaram. Apenas 15% da amostra pesquisada notificou algum caso suspeito de maus-tratos entre os seus pacientes infantis.

Quando questionados se haviam presenciado algum trauma orofacial nos últimos seis meses, 10 (33%) participantes responderam que sim, 21 (67%) responderam que não e um participante não marcou essa questão. No que diz respeito à vivência de casos suspeitos de abuso físico nesse mesmo período de tempo, 5 (15%) participantes observaram alguma ocorrência e 27 (84%) não observaram.

Em relação aos casos confirmados de maus-tratos vistos nos últimos 6 meses, 28 (87%) profissionais disseram não ter notado nenhum caso, enquanto 4 (13%) afirmaram ter observado. Dos participantes, 32 (100%) profissionais afirmaram não ter notificado casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra criança ou adolescente nos últimos seis meses.

Algumas questões avaliaram o conhecimento dos profissionais no que se refere ao tema. Após uma autoavaliação, por meio de uma escala de "0 a 10", quanto à capacidade de reconhecer sinais e sintomas de violência física infantil, a mediana das respostas foi 6 (n=31). Em relação à real capacidade de diagnosticar o abuso físico, a mediana alcançada foi 5 (n=31).

Quando questionados se conheciam algum mecanismo para relatar os casos de maus-tratos, 20 (66%) disseram que sim e 10 (34%) não conheciam (n=30)

Dos profissionais, 27 dissertaram sobre os motivos pelos quais os maus-tratos não são notificados (figura 3). O medo de retaliação por parte da família da vítima, da comunidade e principalmente do agressor representou 8 (29,63%) justificativas. A dúvida em realizar o diagnóstico foi a segunda razão mais citada, correspondendo a 7 (25,93%) respostas. O terceiro motivo elencado por 4 (14,81%) profissionais foi a falta de informação e o fato de não saber como e/ou onde fazer a notificação. O fato de os entrevistados não confiarem no anonimato foi citado duas vezes (7,41%) nas respostas.

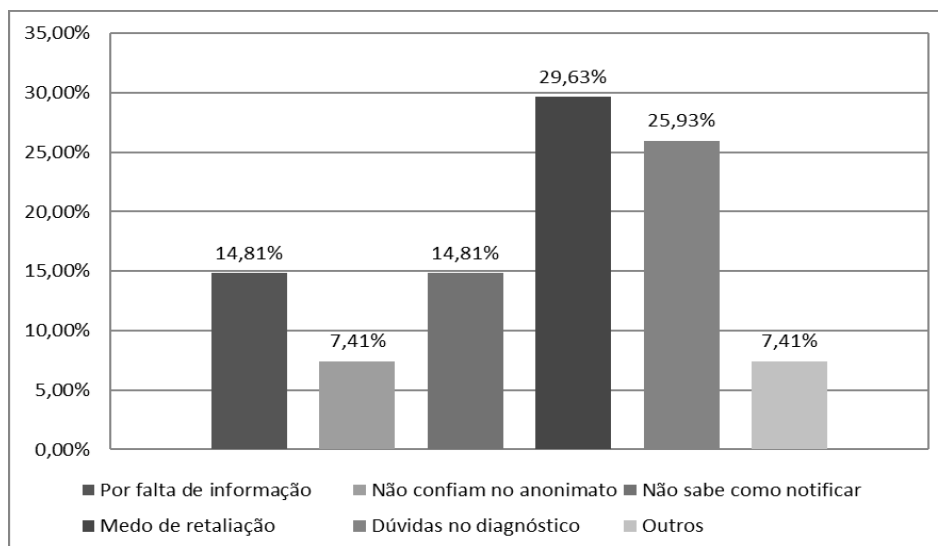


Figura 3 - Motivos pelos quais os profissionais não notificam os casos de violência física contra crianças e adolescentes (n=27)

Dos entrevistados, 27 deram 47 sugestões sobre como ajudar e incentivar os profissionais a notificar os casos suspeitos de maus-tratos. A grande maioria das respostas (70,37%) foi “*aprender a diagnosticar e notificar da maneira correta*”, como mostrado na figura 4.

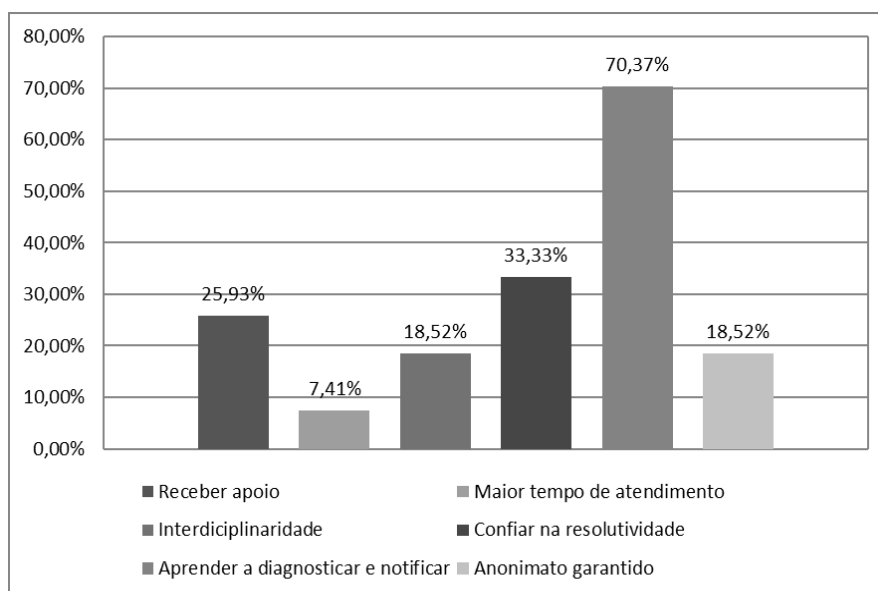


Figura 4 - Distribuição percentual quanto aos fatores que incentivam os profissionais de saúde a notificar os casos suspeitos de maus-tratos infantis (n=27)

Dos 27 questionários respondidos, 75 respostas foram dadas na questão que aborda as possíveis barreiras que impedem os profissionais de notificar os casos suspeitos de abuso físico. O fator mais elencado (70,37%) foi a falta de conhecimento de como fazer um diagnóstico correto. O medo de represália por parte do agressor foi o segundo fator mais citado (55,56%). Não ter certeza do abuso e não saber a maneira correta de notificar compreenderam 40,47%. Por último estavam a falta de comprometimento dos profissionais (22,22%) e a falta de tempo no período de trabalho (11,11%), conforme demonstrado na figura 5.

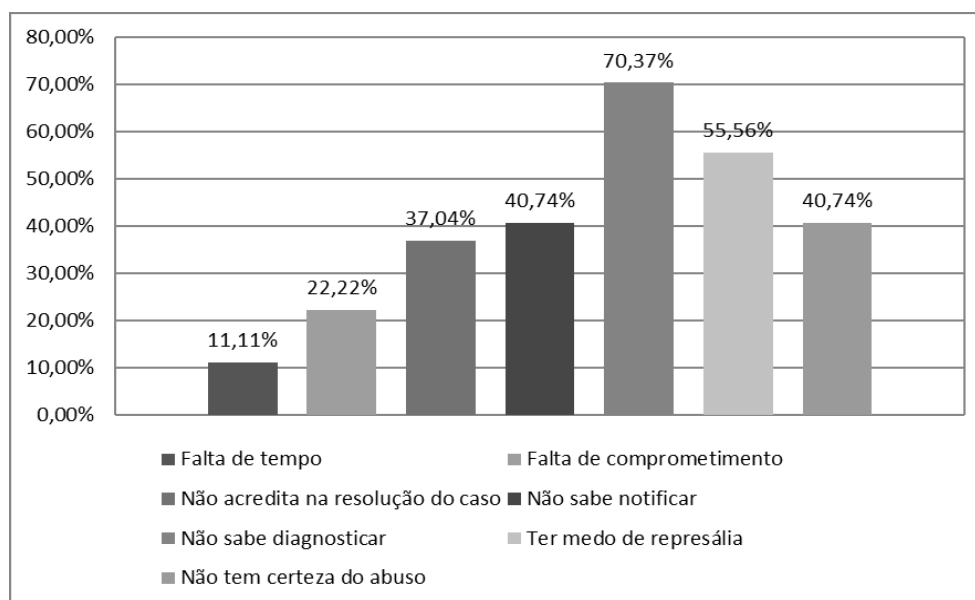


Figura 5 - Distribuição percentual quanto às principais barreiras que impedem os profissionais de saúde de notificar os casos de abuso infantil (n=27)

Por meio de uma escala de “0 a 10”, os profissionais fizeram uma autoavaliação de até que ponto estão dispostos a se envolver na detecção de abusos contra criança e adolescente. A mediana das respostas foi 10 (n=31).

Com relação a mais informação, mais cursos, palestras, capacitações, sobre como identificar e notificar os casos suspeitos de maus-tratos, apenas um (3%) cirurgião-dentista não demonstrou interesse; outros 30 (97%) profissionais gostariam de receber mais informações sobre o assunto (n=31). Todos os entrevistados acham que esse tema deveria fazer parte dos cursos de formação profissional.

Discussão

Em virtude de sua vulnerabilidade física e psicológica, as crianças e os adolescentes são vítimas frequentes de todos os tipos de maus-tratos. Os abusos são um problema social que atinge proporções epidêmicas e estão presentes em todas as etnias, classes socioeconômicas, crenças religiosas ou cultura [12].

A taxa de resposta dos questionários atingiu 82%, um valor alto em comparação a outros estudos encontrados na literatura; alguns autores tiveram uma média de 34% dos questionários respondidos [11, 14, 26]. A alta taxa de resposta pode ser justificada pela pequena quantidade de profissionais presentes no município, o que facilita a comunicação entre pesquisadores e participantes,

e principalmente pela presença dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família nas Unidades de Saúde do município, que motivou a participação na pesquisa.

Há uma prevalência significativa do gênero feminino dentre os profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde do município de Piraquara. O mesmo predomínio é encontrado na prática odontológica no Brasil [4].

De acordo com o trabalho realizado por De Paola [14], a maioria dos cirurgiões-dentistas prestava atendimento para mais de 10 crianças por semana. Em consonância com esse dado, uma parte significativa (38%) dos profissionais que participaram do presente estudo presta atendimento a mais de 20 crianças por semana. Tal fato mostra a importância de a equipe de saúde bucal como um todo estar atenta para diagnosticar e notificar casos de maus-tratos.

Há uma estimativa brasileira que apenas 20% das ocorrências de abusos infantis sejam denunciadas [21]. A subnotificação das denúncias é motivada pela dificuldade no diagnóstico desses eventos e pelo desconhecimento da obrigatoriedade de encaminhar os casos para as autoridades [19]. De acordo com os resultados obtidos na presente pesquisa, apenas 15% dos participantes notificaram algum caso suspeito de violência entre os seus pacientes, porém 87% dos profissionais afirmaram ter visto algum caso confirmado de abuso.

Quando questionados sobre por que alguns casos suspeitos de maus-tratos infantojuvenis não são notificados e quais as principais barreiras para a notificação, as principais justificativas apresentadas foram: medo de sofrer retaliação e falta de conhecimento para realizar o diagnóstico correto. O medo também foi discutido em outros estudos [7, 14]. Russel *et al.* [25] observaram que em diferentes países médicos, TSBs, enfermeiros e cirurgiões-dentistas também apresentam as mesmas incertezas sobre o assunto. Por outro lado, as equipes de saúde bucal entrevistadas apontaram que, para solucionar o problema da falta de informação, gostariam de participar de cursos, capacitações, *workshops* para aprender a diagnosticar e notificar casos de maus-tratos.

Todos os participantes desta pesquisa acreditam que a identificação e os mecanismos de notificação de suspeita de violência infantil deveriam fazer parte dos cursos de formação profissional.

Conclusão

Com base nos resultados do presente estudo, pode-se concluir que:

- A maioria absoluta dos profissionais de saúde bucal do município (87%) já visualizou casos confirmados de maus-tratos, contudo apenas uma pequena parte (15%) realizou a notificação;
- Quanto à autoavaliação em reconhecer sinais e sintomas de abuso físico ou mesmo diagnosticar abuso físico, considerou-se regular, o que denota a necessidade de maior treinamento/capacitação sobre o tema;
- Outro ponto que merece destaque é que, da amostra pesquisada, 1/3 relatou desconhecer a existência de mecanismos para notificação de casos suspeitos de maus-tratos. Esse percentual assume importância por se tratar de profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde, enfatizando mais uma vez a necessidade de treinamento/capacitação sobre o tema;
- Um ponto positivo detectado no presente estudo refere-se ao interesse da amostra pesquisada em envolver-se cada vez mais com o tema, pois a maioria absoluta demonstrou interesse em receber mais informações, bem como participar de treinamentos e capacitações.

Referências

1. American Academy of Pediatric. American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent.* 2005-2006;27:64-7.
2. Assis SG. Crianças e adolescentes violentados: presente e perspectivas para o futuro. *Cad Saúde Pública.* 1994;10(Suppl 1):126-34.
3. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção. Guia de orientação para profissionais da saúde. Rio de Janeiro; 2001.
4. Azevedo MS, Goettems ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF et al. Child maltreatment: a survey of dentists in Southern Brazil. *Braz Oral Res.* 2012;26(1):5-11.
5. Brasil. Estatuto da criança e do Adolescente. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília; 1990.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar – orientações para a prática em serviço. Série Cadernos de Atenção Básica. 2002;8.
7. Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *Int J Paediat Dent.* 2005;15:310-8.
8. Cavalcanti AL. Manifestações físicas do abuso infantil: aspectos de interesse odontológico. *Rev Paul Odontol.* 2003;25(5):16-9.
9. Cavalcanti AL. 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. *Dental Traumatology.* 2010;26:149-53.
10. Conselho Federal de Odontologia. Resolução n. 42/2003. Código de Ética Odontológica [acesso em 3 jun. 2018]. Disponível em: <http://www.cfo.org.br>.
11. Dalledone M. Maus-tratos na infância e adolescência: percepção e conduta dos técnicos de saúde bucal [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Universidade Positivo; 2013.

12. Daruge E, Chaim LAF, Gonçalves RJ. Criança maltratada e a odontologia – conduta, percepção e perspectivas: uma visão crítica. 2000. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=117>.
13. De Lorenzi DR, Pontalti L, Flech RM. Maus-tratos na infância e adolescência: análise de 100 casos. *Rev Cientamecs*. 2001;10(1):47-52.
14. De Paola APB. Maus-tratos na infância e adolescência: percepção e conduta dos cirurgiões-dentistas da rede pública municipal de Curitiba [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Universidade Positivo; 2012.
15. Gomes R. A violência enquanto agravamento à saúde de meninas que vivem nas ruas. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(Suppl 1):156-67.
16. Gonçalves HS, Ferreira AL, Marques MJ. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*. 1999;33(6):547-53.
17. Lara, MCA. Violência e vitimização da criança. In Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN. *Puericultura: princípios e prática. Atenção integral à saúde*. São Paulo: Atheneu; 2000.
18. Lopes MVG, Tavares PA. Maus-tratos: 57 observações em enfermaria. *Pediatr Mod*. 2000;36(10):684-8.
19. Losso EM, Marengo G, El Sarraf MC, Baratto-Filho F. Child abuse: perception and management of the Brazilian endodontists. *RSBO*. 2012;9(1):62-6.
20. Marengo G, Paola APB, Ferreira FM, Pizzatto E, Correr GM, Losso EM. Child abuse: validation of a questionnaire translated into Brazilian Portuguese. *Braz Oral Res*. 2013;27(2):163-8.
21. Massoni ACLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, Menezes VAC. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Ciênc S Coletiva*. 2010;15(2):403-10.
22. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2001;1(2):91-102.
23. World Health Organization. Global consultation on violence and health. *Violence: a public health priority*. Geneva; 1996.
24. Prestes DC. O impacto da violência doméstica contra crianças: dos grupos de risco às implicações psicológicas. *Anais do 39.º Encontro do Grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria*; 2008, Curitiba.
25. Russell M, Lazenbatt A, Freeman R, Marcenes W. Child physical abuse: health professionals' perceptions, diagnosis and responses. *British Journal of Community Nursing*. 2004;9(8):291-7.
26. Sarraf, MCFE. Maus-tratos na infância e na adolescência e conduta dos odontopediatras. [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Universidade Positivo; 2011.
27. Valente LA, Dalledone M, Pizzatto E, Zaiter W, Souza JF, Losso EM. Domestic violence against children and adolescents: prevalence of physical injuries in a Southern Brazilian Metropolis. *Braz Dent J*. 2015;26(1):55-60.