

Sinais clínicos de
violência doméstica
em crianças

DURANTE O ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO



ALINE ARMANI PICETTI



PROFSAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



UFCSPA
Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Picetti, Aline Armani
Sinais clínicos de violência doméstica em crianças
[livro eletrônico] durante o atendimento
odontológico / Aline Armani Picetti. -- Porto Alegre,
RS : Ed. da Autora, 2024.
PDF

ISBN 978-65-01-27197-2

1. Crianças - Violência 2. Crianças - Maus-tratos
3. Odontologia 4. Proteção à infância 5. Saúde
pública 6. Violência doméstica I. Título.

24-244602

CDD-363.32083

Índices para catálogo sistemático:

1. Violência contra a criança e o adolescente :
Problemas sociais 363.32083

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

ISBN: 978-65-01-27197-2

CRB



9 786501 271972

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
TURMA MULTIPROFISSIONAL PROFSAUDE/MPSF

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DE PORTO ALEGRE - UFCSPA

MESTRANDA
ALINE ARMANI PICETTI

ORIENTADORA
PROF. DRA. CAREN SERRA BAVARESCO

PRODUTO APRESENTADO AO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
COMO REQUISITO PARCIAL PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

2024



agradecimento

AOS PROFISSIONAIS QUE COMPORAM O GRUPO DE
VALIDAÇÃO DESTE E-BOOK

ANA ZILDA DE CASTRO RECK | PORTO ALEGRE, RS

ANDERSON NELSON DA SILVA | SÃO PAULO, SP

BIANCA BORGES ROMEIRO | PASSO FUNDO, RS

BIANCA FANTIN DE SOUZA | PORTO ALEGRE, RS

CAROLINE LÓ GUARNIERI | PORTO ALEGRE, RS

DANIEL DEMÉTRIO FAUSTINO DA SILVA | PORTO ALEGRE, RS

JOÃO ANTÔNIO VIDAL PEREIRA DA ROSA | PORTO ALEGRE, RS

JULIANA ROMANINI | PORTO ALEGRE, RS

KATLIN MAIA | RIO DE JANEIRO, RJ

MARLENE RIBEIRO DE OLIVEIRA | TUCURUÍ, PA

OSVALDO DANCLAR DE OLIVEIRA DA SILVA JÚNIOR | PUTINGA, RS

RENATA PLA RIZZOLO | ESTEIO, RS

RICARDO BORGES ESPERANÇA | PORTO ALEGRE, RS

TASSIANE AMADO DE PAULA | PORTO ALEGRE, RS

OBRIGADA PELOS OLHARES ATENTOS E GENTIS ❤️


apresentação

“Já viu aquele filme Cidade dos Anjos? O final do filme foi o que aconteceu comigo” – em 2010, ainda na graduação, atendi um paciente que havia sobrevivido a uma tentativa de suicídio. Depois de meses internado no hospital recuperando-se de fraturas vertebrais, ele iniciou tratamento odontológico na Clínica da Faculdade de Odontologia PUCRS para recuperar os dentes fraturados com o trauma da queda. Na primeira consulta, durante a anamnese, o motivo das fraturas dentárias foi exposto como um “acidente” – ao longo das consultas, com conversas entre o sugador e as brocas de alta rotação, aconteceu que a frase do início desse parágrafo veio à tona.

Não, eu não tinha visto aquele filme. Também nunca descobri uma traição por meio de uma infecção sexualmente transmissível, nem precisei faltar a uma consulta por estar jurada de morte. Eu não uso uma prótese para recuperar o dente que perdi por um soco do ex-namorado, e eu também nunca fui em uma audiência para provar que o pai do meu filho abusou dele sexualmente. Meus pacientes, já.

Quando iniciei a graduação em Odontologia, não imaginei as conversas que teria durante as consultas – “por que dentista sempre faz alguma pergunta enquanto estamos com a boca aberta?” – muito menos que haveria tantas respostas. Também não imaginei que atuaria no SUS, até que, ao estudar para um concurso público, ao ler a legislação que regula e direciona o Sistema Único de Saúde, percebi que eu queria participar do plano daquele pessoal de 1988 que colocou a saúde como um direito de todos.

Dia 13 de janeiro de 2012 recebi o grau de cirurgiã-dentista após cinco anos de graduação. Posso dizer que, desde 2007, entrei para um exército com o objetivo de salvar o mundo das cáries – foram períodos e semestres e clínicas e fotos e seminários e artigos e livros sobre como diagnosticar e tratar essa cavidade que afeta milhões de pessoas. A violência doméstica também afeta milhões de pessoas, também apresenta a maior parte dos sinais na região da face, também pode ser diagnosticada durante o atendimento odontológico, e também é um problema de saúde pública.



Considerando a premissa de que somos cegos para aquilo que desconhecemos, é com o objetivo de enfatizar a relevância social, o dever ético, o olhar clínico e a conduta humanizada dos cirurgiões-dentistas e dos graduandos em odontologia que pretendo abordar os sinais clínicos de violência doméstica que podem ser diagnosticados durante o atendimento odontológico de forma a imprimir em nossa conduta odontológica essa responsabilidade e esse olhar atento para salvar o mundo – salvar o mundo de uma criança.

Devido ao contexto social pós-pandemia em que a confinamento domiciliar gerou consequências psicológicas pelo isolamento social, crianças e adolescentes tiveram suas redes de apoio fragilizadas enquanto afastamento da escola, dos colegas, dos amigos, das demais atividades e dos demais grupos de convivência. Por conseguinte, a procura por ajuda e a revelação espontânea de suas angústias e de seus problemas podem ter sido relegadas a segundo plano, o que causará consequências psicológicas e de desenvolvimento a curto, médio e longo prazos.

Sendo a violência doméstica uma dessas possíveis situações, é importante que o profissional de saúde esteja atento e preparado para identificar sinais de suspeita, acolher uma possível revelação espontânea e saber conduzir o caso através da rede para que sejam realizados os encaminhamentos pertinentes à cessação da violência e o apoio à criança e à sua família.

A Atenção Primária à Saúde projeta-se, através das Equipes de Saúde da Família, como local propício - enquanto abordadas as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade - ao acolhimento da situação de violência doméstica. Em contrapartida, o tema da violência doméstica pouco é explorado durante a graduação, causando um déficit de conhecimento sobre o assunto, o que, por consequência, diminui o espectro de diagnóstico ou suspeita, gera sentimento de incapacidade para lidar com a situação, culminando em subnotificação e continuidade do processo de violência.

Sendo assim, esse e-book é um convite a todos profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde, enfatizando a Atenção Primária, ao desenvolvimento de competências e habilidades diante dos casos de violência doméstica.

Sumário

INTRODUÇÃO.....	8
DEFINIÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	13
CLASSIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA.....	14
TIPOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	15
• VIOLÊNCIA FÍSICA.....	16
• VIOLÊNCIA SEXUAL.....	17
• VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA.....	18
• NEGLIGÊNCIA.....	20
SINAIS CLÍNICOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM CRIANÇAS.....	21
• SINAIS DE VIOLÊNCIA FÍSICA.....	22
◦ MARCAS DE MORDIDA.....	23
◦ QUEIMADURAS.....	25
◦ CONTUSÕES.....	26
◦ HEMATOMAS.....	26
◦ MUCOCELES RECORRENTES.....	26
◦ LACERAÇÕES.....	26
◦ SINAIS CLÍNICOS EM ESTRUTURAS ADJACENTES.....	28
◦ SINAIS CLÍNICOS EM BEBÊS.....	31
◦ SÍNDROME DO BEBÊ SACUDIDO.....	32
◦ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LESÕES ACIDENTAIS E ABUSIVAS.....	33
◦ VIOLÊNCIA QUÍMICA.....	37
◦ FILICÍDIO.....	37
◦ AUTOAGRESSÃO.....	37
◦ SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO.....	38
• SINAIS DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	39
◦ INDICADORES COMPORTAMENTAIS.....	40
◦ ERITEMA E PETÉQUIAS.....	40
◦ GONORREIA.....	40
◦ CONDILOMA ACUMINADO.....	41
◦ SÍFILIS.....	42
◦ HIV.....	42
• SINAIS DE NEGLIGÊNCIA.....	44
◦ NEGLIGÊNCIA DENTÁRIA.....	45
• SINAIS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA.....	47
• SINAIS COMPORTAMENTAIS DA CRIANÇA E DO RESPONSÁVEL.....	51

CONSEQUÊNCIAS PARA AS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA.....	55
• CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS E COMPORTAMENTAIS.....	57
• CONSEQUÊNCIAS DURANTE A GESTAÇÃO.....	58
• CONSEQUÊNCIAS EM BEBÊS.....	58
• CONSEQUÊNCIAS EM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR.....	59
• CONSEQUÊNCIAS NA ADOLESCÊNCIA.....	59
A CONSULTA ODONTOLÓGICA E A LEMBRANÇA DO TRAUMA.....	60
CONDUTA DO CIRURGIÃO-DENTISTA.....	62
REGISTRO EM PRONTUÁRIO.....	67
ORIENTAÇÕES PARA REALIZAR A NOTIFICAÇÃO.....	69
• COMPONENTES DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES.....	75
• FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL.....	76
ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E REDE DE PROTEÇÃO.....	78
• ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	79
• REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	80
• SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	81
• SISTEMA DE ENSINO.....	81
• SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS.....	82
• SISTEMA ÚNICO DE SEGURANÇA PÚBLICA.....	84
• DEFENSORIA PÚBLICA.....	84
• MINISTÉRIO PÚBLICO.....	84
REFERÊNCIAS.....	86

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua violência como “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações” (WHO, 1996). Considerando a violência doméstica, pode-se classificar os maus tratos como traumas físicos, psicológicos, sexuais e na forma de negligência. A negligência é o tipo de violência mais frequente no Brasil, além de ser difícil a sua detecção (LIMA; PIERI, 2021).

A partir de 2020, com a pandemia de Covid-19, o número de casos de maus-tratos infantis aumentou mundialmente. Um evento pandêmico gera implicações econômicas, desestabilizando financeiramente muitas famílias, resultando no aumento do estresse, nos conflitos conjugais e entre pais e filhos (MARTIN et al., 2021; OLIVEIRA et al., 2020; VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020). Logo, há a exacerbação de uma questão de saúde pública já presente na sociedade: a violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Em 25 de janeiro de 2011 a Portaria no. 104 incluiu como notificação compulsória os casos de violência interpessoal e autoprovocadas, abrangendo violência contra vulneráveis (BRASIL, 2011). Porém, até os dias de hoje, há a subnotificação, dificultando que as ações e as políticas públicas de enfrentamento aos maus tratos sejam planejadas de acordo com a realidade da sociedade, visto que são os dados epidemiológicos que baseiam essas ações e políticas (FEITOZA, 2020; MALHEIRO, 2016).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de acordo com o Art. 13 e o Art. 245, determina obrigatória a notificação, por parte de profissionais da saúde e da educação, de casos suspeitos ou confirmados de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente, em ambiente público ou privado (BRASIL, 1990). Como profissional de saúde, inclui-se o cirurgião-dentista e, de forma específica a este, há o Art. 90. do Código de Ética Odontológico que define como um dos deveres fundamentais dos inscritos o zelo pela saúde e pela dignidade do paciente, caracterizando-se como infração ética a sua violação. Em seu Art. 14, está compreendido como justa causa para quebra de sigilo profissional, dentre outras, a notificação compulsória (CFO, 2012).

A Constituição Federal de 1988 apresenta em seu artigo 227 como dever tanto da família, quanto da sociedade e do Estado, assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Quando analisadas as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia, há no Art. 30. que o egresso deve estar atento às necessidades individuais e coletivas, sendo promotor da saúde integral e transformador da realidade em benefício da sociedade; e no Art. 50. que a profissão deve ser exercida de forma articulada com o contexto social, econômico, cultural e ambiental, enfatizando a identificação das condições de vida dos indivíduos e das comunidades, incluindo a condição de saúde-doença da população (BRASIL, 2021). Dessa forma, conclui-se que o odontólogo atua no campo da saúde para além dos diagnósticos especificamente técnicos.

A região que compreende a cabeça e o pescoço é a que mais apresenta sinais clínicos de violência; em especial a face por ser área pouco protegida. Assim, o cirurgião-dentista, por atuar diretamente nessa região, tem importante papel na constatação e no tratamento das lesões resultantes da violência doméstica, podendo ser o primeiro a suspeitar da mesma (COSTA; TINOCO, 2019; LUZ; LORETO; BARROS, 2021; MALHEIRO, 2016; SAMPAIO et al., 2021; SANTOS et al., 2016; SANTOS et al., 2021; SILVEIRA, 2017). Durante o atendimento odontológico, é possível averiguar sinais clínicos e comportamentais da criança, a sua interação com o responsável e a maneira como o mesmo interage com ela (ROVER et al., 2020).

O receio dos profissionais de saúde em notificar casos de violência doméstica relaciona-se ao medo, à incerteza do diagnóstico e ao desconhecimento da responsabilidade em notificar - em contrapartida, a maioria das disciplinas na área da saúde não contempla nos seus programas a violência doméstica, dificultando que esses entraves sejam superados (MALHEIRO, 2016).

Diante do exposto, diversos estudos apontam que o profissional deve ter conhecimento adquirido desde a graduação para que esteja apto a suspeitar e saber como proceder em casos de violência doméstica (COSTA; TINOCO, 2019; LIMA; PIERI, 2021; MINATTI; ALBUQUERQUE, 2019; NUNES et al., 2021; RIBEIRO; MOHN NETO, 2019; ROVER et al., 2020; SAMPAIO et al., 2021; SANTOS; FUJII; SALOMÃO-MIRANDA, 2021; SILVA et al., 2021a).

Para além da academia, faz-se necessária a educação permanente dos profissionais de saúde com a pretensão de aprimorar qualitativa e quantitativamente as notificações, culminando em uma intervenção eficiente pela relação entre área de saúde, poder público e sistema legal a partir da notificação compulsória (FEITOZA, 2020). Portanto, reitera-se a necessidade de que os profissionais sejam atores modificadores do cenário de violência, havendo investimento em educação continuada (NUNES et al., 2021).

Diversas pesquisas realizadas nos últimos anos com graduandos de Odontologia das faculdades brasileiras e com cirurgiões-dentistas apontam interesse, tanto de acadêmicos, quanto de graduandos, em receber maiores informações e capacitações sobre essa demanda (ALENCAR et al., 2020; COSTA; TINOCO, 2019; LIMA; PIERI, 2021; FIGUEIREDO; LUZ; LORETO; BARROS, 2021; MARTINS et al., 2021; MELO; RIBEIRO; MAGRI, 2021; MINATTI; ALBUQUERQUE, 2019; NUNES et al., 2021; SILVA et al., 2021a).

As Equipes de Saúde da Família (PSF) têm capacidade de aproximar os profissionais de saúde das reais necessidades de indivíduos e famílias devido à abordagem dos determinantes sociais de saúde, ampliando o olhar sobre o território para aspectos das construções sociais ali vigentes, colocando a família como foco de atenção. A adesão, a integralidade, o planejamento local, a atuação intersetorial, a abordagem familiar, a humanização do atendimento constituem-se ferramentas fundamentais ao enfrentamento das questões complexas da saúde coletiva. A violência seria uma delas (ROCHA; MORAES, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) baseia-se em quatro atributos essenciais (STARFIELD, 2001):

- Acesso de primeiro contato: utilização do serviço de saúde como lugar de acesso ao cuidado, seja por um novo problema ou por um novo episódio de um problema já ocorrido; exceção para emergências.
- Longitudinalidade: atenção continuada ao longo do tempo, de modo a construir uma relação de confiança e vínculo entre profissionais e usuários.
- Integralidade: ações e serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, havendo cuidado e atendimento de forma integral.
- Coordenação da atenção: à Atenção Primária compete a coordenação da atenção de saúde do usuário em todos os níveis.

Além dos atributos essenciais, há os atributos derivados que têm como objetivo a qualificação das ações dos serviços de APS (STARFIELD, 2001):

- Atenção à saúde centrada na família: avaliação do contexto familiar e do seu nível potencial de cuidado, incluindo ferramentas de abordagem familiar.
- Orientação comunitária: avaliação e reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto entre serviço de saúde e território com o intuito de construir em conjunto o planejamento das ações dos serviços.
- Competência cultural: adaptação da equipe de saúde à cultura e à comunicação características daquele território e daquela comunidade.

Por estarem geograficamente próximos às famílias, os profissionais da atenção primária têm maior possibilidade de identificar sinais e sintomas de violências em crianças e adolescentes, realizar o acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificar os casos e encaminhar para rede de cuidados e de proteção social (BRASIL, 2010b).

Os determinantes sociais de saúde (DSS) trazem a noção de que as condições de vida e de trabalho das pessoas relacionam-se com a sua situação de saúde-doença. Para auxiliar nessa análise, há na literatura a divisão teórica em quatro níveis de identificação (JACQUES; LEAL, 2017):

- O primeiro nível engloba fatores comportamentais e estilos de vida, passando a ideia de que os comportamentos de risco individuais são interligados à compreensão das normas culturais que os influenciam. Diante disso, programas de educação e de comunicação social podem auxiliar na conscientização dos sujeitos frente às suas escolhas pessoais.

- O segundo nível abrange a comunidade e suas redes de relações. Nele, além da promoção e da proteção da saúde - tanto individual, quanto coletiva - importa a potencialização do controle social através de redes de apoio e de ações coletivas.

- O terceiro nível se refere às políticas com ações direcionadas às condições materiais e psicossociais dos sujeitos, assegurando acesso aos serviços de forma intersetorial e integrada.

- O quarto nível coloca os macrodeterminantes enquanto políticas macroeconômicas relacionadas ao desenvolvimento sustentável, à redução das desigualdades sociais e econômicas, à diminuição das violências e seus efeitos sobre a sociedade.

A rede de cuidado e de proteção social apresenta-se como cenário importante para o reconhecimento dos fatores determinantes de saúde, vulnerabilidade e riscos que impactam no desenvolvimento e na qualidade de vida da criança, incluindo seu cuidador (BRASIL, 2018).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o principal acolhimento aos casos de violência contra crianças e adolescentes, sendo necessário que o profissional tenha o olhar preparado para identificar, tratar, notificar e orientar os envolvidos, tornando-se de suma importância que esses estejam capacitados para tanto (FURBINO et al., 2017). Tais medidas irão fortalecer o cuidado e a proteção à criança e ao adolescente.



Violência:
DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

Definição de violência

“Uso intencional da força e do poder físico, de fato ou como ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002)

“Consiste em ações humanas individuais, de grupos, de classes, de nações que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade e sua saúde física, moral, mental ou espiritual” (BRASIL, 2001)

“Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis, contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dor ou dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica de um lado, numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento” (AZEVEDO & GUERRA, 1989)



Classificação da violência

VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

Autoprovocada ou autoinfligida. Praticada contra si mesmo, incluindo comportamento suicida e suicídio realizado; compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

VIOLÊNCIA INTERPESSOAL

Ocorre por meio da interação entre as pessoas.
Dificuldade na resolução de conflitos por meio da conversa.
Relações de poder/hierarquia.

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: “Configura violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente qualquer ação ou omissão que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico ou dano patrimonial (BRASIL, 2022b):

I - no âmbito do domicílio ou da residência da criança e do adolescente, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que compõem a família natural, ampliada ou substituta, por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III - em qualquer relação doméstica e familiar na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a vítima, independentemente de coabitação.

VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA: indivíduos sem laços de parentesco que, em instituições públicas ou privadas, praticam violência gratuita; ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos (BRASIL, 2016).

VIOLÊNCIA COLETIVA

Cometida por grandes grupos ou pelo Estado.

Distinção, exclusão ou restrição baseadas em características sociais com o intuito de dificultar o exercício dos direitos humanos.

A cartoon illustration of a brown bear's face. The bear is wearing a yellow and pink party hat. The text "Tipos de Violência Doméstica" is written in a dark blue, cursive font across the bear's face. The background is a light yellow color with white clouds. The top and bottom edges of the image have a dark orange border with white clouds.

Tipos de Violência Doméstica

VIOLÊNCIA FÍSICA

Qualquer lesão não acidental ou trauma resultante de uma ação que causa danos físicos a uma criança ou a um adolescente, podendo ser uma situação isolada ou representar um comportamento contínuo (SANTOS et al., 2007).

As lesões podem ser pequenas, como cicatrizes; moderadas, como pequenas queimaduras ou fratura simples; e severas, como grandes queimaduras, trauma no sistema nervoso central ou fraturas múltiplas (MATOS et al., 2013).

A violência física é o tipo de abuso mais reconhecido, pois deixa marcas, embora seja difícil distinguir essas lesões de lesões acidentais, sinais clínicos de doenças ou outras condições com características semelhantes, sendo importante a realização de um diagnóstico diferencial adequado (SANTOS et al., 2007).

Fraturas cranianas estão presentes em abusos de fase avançada, enquanto que traumas em tecidos moles são características dos primeiros sinais (NAIDOO, 2000).

Alguns tipos de lesões físicas são comuns em casos de abuso, podendo muitas delas serem facilmente observadas durante o atendimento odontológico (SANTOS et al., 2007).

VIOLÊNCIA SEXUAL

Todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual, em que os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicosexual mais adiantado que a criança ou adolescente (BRASIL, 2004a).

Pode ocorrer como: estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas e “voyeurismo” - obtenção de prazer sexual por meio da observação (BRASIL, 2004a; MATOS et al., 2013).

A vítima é coagida a partir do uso de força física, armas ou drogas, influência psicológica, sedução, intimidação, ameaças, promessas, chantagens, uso da autoridade ou da própria situação de cumplicidade presente nas relações familiares (BAPTISTA et al., 2008; CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011; HILDEBRAND et al., 2014).

Desenvolve-se durante um longo período de tempo, iniciando com ações aparentemente inocentes. O abusador frequentemente é alguém conhecido e confiável para a vítima, como pai, cuidador, avô, padrasto, irmão, irmã, vizinho ou amigo de um irmão mais velho (KENNEY, 2006).

Geralmente ocorre em um ambiente relacional favorável, aproveitando-se da ingenuidade da vítima e da confiança que a mesma deposita no abusador que pratica a violência de forma repetitiva, insidiosa, fazendo crer que ela, a vítima, é a culpada pela situação de abuso (BAPTISTA et al., 2008).

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

A violência psicológica é caracterizada pela agressão verbal habitual através da depreciação, humilhação, discriminação, impedimento, ridicularização, insulto, crítica e ameaças de abandono e de agressão de um adulto sobre uma criança ou adolescente, com a finalidade de despertar o medo e a ansiedade, causando sofrimento psíquico (HILDEBRAND et al., 2014).

É de difícil detecção por não deixar marcas ou evidências imediatas, sendo identificado quando as manifestações comportamentais da criança podem indicar que o ambiente em que vive é problemático (MATOS et al., 2013).

Afeta a autoestima e o desenvolvimento da identidade, trazendo sentimentos de desvalorização, ansiedade e intenções suicidas. Pode apresentar-se sutilmente, o que exige a atenção redobrada dos profissionais para que sua identificação seja feita (ASSÍS; FERREIRA, 2012).

FORMAS DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA (BRASIL, 2014):

TESTEMUNHO DA VIOLÊNCIA

Situações violentas que a criança presencia em casa, na escola, na comunidade ou na rua. A situação agrava-se quando o ato ocorre contra uma pessoa querida.

SÍNDROME DA ALIENAÇÃO PARENTAL

Alterações emocionais e comportamentais apresentadas pela criança (ansiedade, medo, raiva e fragilização da criança/adolescente) como consequência da conduta do pai ou da mãe que, após a separação, age para que o filho rejeite o ex-cônjuge com o objetivo de promover uma ruptura afetiva entre o filho e o outro genitor.

FORMAS DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA POR AÇÃO (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018):

- Rejeição afetiva: depreciação ativa com ataque direto à autoestima da criança; desencorajamento de expressões de afeto, de carinho e de aproximação; ameaça de abandono; agressividade verbal; humilhação;
- Alto grau de expectativa e de exigência: atribuições, responsabilidades e expectativas inadequadas ao período de desenvolvimento da criança, prejudicando o desempenho, assim como o descanso e o lazer;
- Terrorismo: ameaças e hostilidades que causam medos intensos na criança; ameaças de morte;
- Isolamento ou confinamento: impedimento de contato da criança com pessoas e atividades externas ao domicílio ou à escola; sentimento de solidão e de desamparo;
- Corrupção e/ou exploração: indução ou imposição de desvios de conduta e desvios comportamentais, trazendo características antissociais e atos delinquentes.

FORMAS DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA POR OMISSÃO (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018):

- Omissão quanto às necessidades emocionais da criança, podendo ser entre moderada e severa, sendo o abandono a sua forma extrema. Caracteriza-se pela falta de responsabilidade, de afeto e de interesse; indiferença diante das demandas da criança; falta de disponibilidade emocional - desprezo, frieza e ausência.

NEGLIGÊNCIA

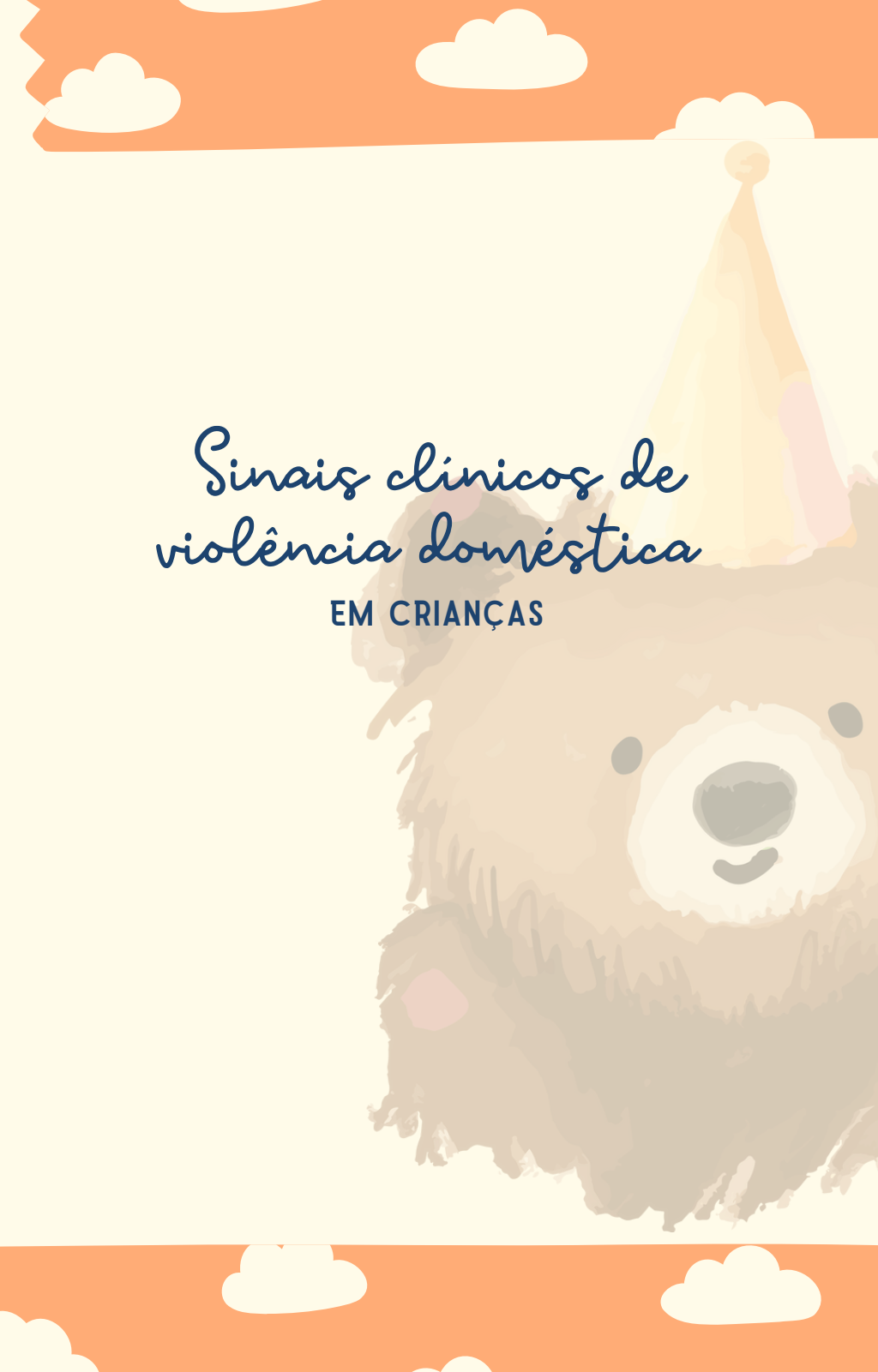
Negligência e abandono abrangem todo comportamento de descuido, desatenção ou omissão por parte dos responsáveis àqueles que necessitam de cuidados em função da idade ou de determinada condição física permanente ou temporária, o não provimento das necessidades básicas da criança, a falta de respostas às necessidades de contato afetivo e estimulação cognitiva (RAMOS; SILVA, 2011).

Nesse contexto, encontra-se privação de afeto, alimentação, educação; calendário de vacina desatualizado; omissão de atenção e de limites diante das várias situações do cotidiano, lesões em pele e/ou mucosas causadas por violência física, má higiene corporal, desnutrição (RAMOS; SILVA, 2011). Essa privação pode ser de moderada à grave, causando desde danos físicos, sexuais e/ou psicológicos, até a sua morte (BANDEIRA, 2009).

NEGLIGÊNCIA ODONTOLÓGICA

Segundo a Academia Americana de Odontopediatria, negligência dental é a falha intencional dos pais ou responsáveis em buscar e seguir com o tratamento necessário que garanta um nível de saúde bucal essencial para a função, mantendo a criança livre de dor e de infecção. Falta de interesse em informações sobre os cuidados dentários, falta de cuidados preventivos e o não comparecimento às consultas agendadas. (LOURENÇO et al., 2013).

A negligência odontológica é um tipo de negligência infantil: crianças negligenciadas apresentam pior higiene oral, maior percentual de biofilme bacteriano e hábitos alimentares não saudáveis, quando comparadas com um grupo controle. Também têm maior número de dentes cariados e de faltas em consultas odontológicas (KVIST; ANNERBACK; DAHLLOF, 2018; NASCIMENTO et al., 2023; SERAFIM et al., 2016; SCORCA et al., 2013; SMITT et al., 2018).



*Sinais clínicos de
violência doméstica*
EM CRIANÇAS

Sinais de violência física

Os lábios podem se apresentar com hematomas, lacerações, cicatrizes, queimaduras causadas por alimento quente ou cigarro, equimoses, arranhões ou cicatrizes nas comissuras indicativas da utilização de mordaca (FISHER-OWENS; LUKEFAHR; TATE, 2017; MASSONI et al., 2010).

No interior da cavidade bucal, podem haver lacerações no freio labial ou lingual causadas por beijo, alimentação ou sexo oral forçados. Queimaduras ou lacerações na gengiva, língua, palato ou soalho de boca, causadas por alimento ou utensílios quentes (MASSONI et al., 2010).

Lesões orais podem ser infligidas por talheres e garrafas durante alimentação forçada, mãos, dedos, líquidos escaldantes, substâncias cáusticas. Esses atos resultam em contusões, queimaduras ou lacerações em língua, lábios, mucosa bucal, palato mole e duro, gengiva, mucosa alveolar, freio lingual e labial, deslocamento ou fraturas dentárias e fraturas mandibulares (FISHER-OWENS; LUKEFAHR; TATE, 2017; LINCOLN; LINCOLN, 2010).

Os dentes podem estar fraturados, deslocados, com mobilidade, avulsionados, ou já na forma de raízes residuais (LINCOLN; LINCOLN, 2010). A violência doméstica é a terceira causa mais comum de traumatismo dentário, atrás apenas de acidentes domésticos e atividades esportivas, logo deve-se ter atenção no momento do diagnóstico (GARBIN et al., 2012). Dentes com microfraturas e com alteração na coloração com aspecto acastanhado/cinza/avermelhado podem ser resultado tanto de acidentes, quanto de violência física, principalmente envolvendo dentes anteriores (NASCIMENTO et al., 2023; PANTELEWICZ; OLCZAK-KOWALCZYK, 2020).

Maxila e mandíbula podem apresentar sinais da fratura passada ou atual em côndilos, ramos, sínfise, bem como má-oclusão resultante de trauma anterior (MASSONI et al., 2010).

Lacerações, eritemas, hematomas ou queimaduras podem reproduzir a forma do objeto agressor, como queimaduras por bitucas de cigarro, marcas de fios, cinto, mãos (BRASIL, 2014; VALENTE et al., 2015).

A violência física com a intenção de produzir dor, pode ocorrer por meios manuais - beliscões, socos, tapas, puxões de orelha, sufocamento, espancamento - e através do uso de objetos - cintos, chinelos, cordas, ferro elétrico, fios e brasa de cigarro - (NASCIMENTO et al., 2023).

O mnemônico “TEN 4” é uma maneira de identificar contusões com suspeita de violência, onde T = tronco, E = orelha (ear), N = pescoço (neck) e 4 = em crianças menores ou com quatro anos de idade (CHRISTIAN, 2015). Quando essas características encontram-se presentes na mesma criança, a suspeita de violência deve ser considerada.

Características adicionais que podem levantar a suspeita de violência doméstica em crianças: ulcerações em mucosa oral por mordiscamento/automutilação; higiene oral precária; sintomas de disfunção temporomandibular, atrição e apertamento dentário com desgaste das coroas; hábito de sucção de dedo presente em idade avançada (HARRIS, 2018; PANTELEWICZ; OLCZAK-KOWALCZYK, 2020).

MARCAS DE MORDIDA

Equimoses, abrasões ou lacerações em forma elíptica, em forma de ferradura ou em forma ovóide (FISHER-OWENS; LUKEFAHR; TATE, 2017). Uma marca de mordida humana típica apresenta configuração oval ou circular de equimose, sendo possível distinguir o dente de forma individual e a forma do arco. Entre as marcas dentárias, pode haver uma área hemorrágica caracterizando o ato de sucção lingual durante a mordida do local (MASSONI et al., 2010). A área central da marca da mordida pode apresentar equimoses ou contusões devido a dois possíveis motivos: pressão positiva do fechamento dos dentes com ruptura de pequenos vasos ou pressão negativa causada pela sucção lingual (FISHER-OWENS; LUKEFAHR; TATE, 2017).

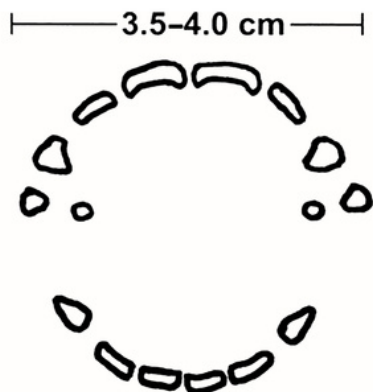
Verificar o tamanho do arco pode determinar se o agressor foi uma criança ou um adulto considerando a largura de canino a canino (MASSONI et al., 2010). A distância fisiológica entre dentes caninos superiores em humanos adultos é de 2,5 a 4,0 cm, sendo as marcas caninas as mais profundas da mordida. Uma distância intercaninos medindo entre 2,5 e 3,0 cm, provavelmente foi produzida por uma criança ou por um adulto pequeno; distância medindo 3,0 cm ou mais, provavelmente foi produzida por um adulto (FISHER-OWENS; LUKEFAHR; TATE, 2017).

A aparência da marca de mordida altera enquanto o edema diminui e o tecido começa a se reparar, sendo assim, as impressões dos dentes tornam-se mais visíveis após dois ou três dias da agressão (MASSONI et al., 2010). Deve-se atentar para a forma da denteição, pois esta terá as características anatômicas do agressor (AVON, 2004).

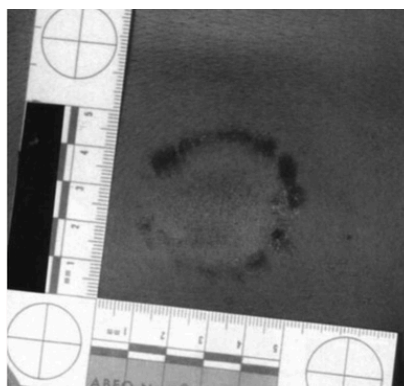
Também é necessário distinguir entre mordidas humanas e de animais. As marcas de mordida humana são geralmente superficiais e se assemelham a hematomas ou abrasões. Já as mordidas de animais apresentam lacerações ou avulsões dos tecidos por terem uma penetração mais profunda (AVON, 2004). Mordidas produzidas por cães e outros animais carnívoros tendem a rasgar a carne, enquanto mordidas humanas comprimem a carne podendo resultar em abrasões, contusões e lacerações, mas raramente causam avulsão tecidual (FISHER-OWENS; LUKEFAHR; TATE, 2017; NUZZOLESE et al., 2009).



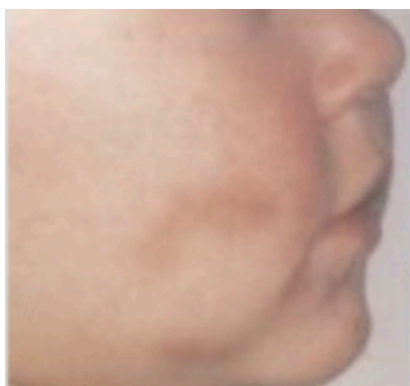
MARCA DE MORDIDA EM UMA CRIANÇA COMO SINAL DE ABUSO (NUZZOLESE ET AL., 2009)



PADRÃO TÍPICO DE MARCA DE MORDIDA (NUZZOLESE ET AL., 2009)



DOCUMENTAÇÃO DE UMA MARCA DE MORDIDA UTILIZANDO UMA ESCALA PARA MEDIÇÃO (NUZZOLESE ET AL., 2009)



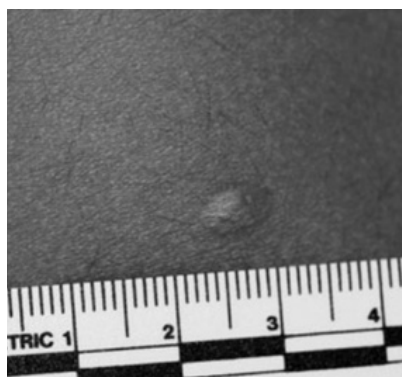
UMA LESÃO COM MARCA DE MORDIDA HUMANA NA FACE DIREITA (WELBURY, 2001)

QUEIMADURAS

Objetos quentes ou água quente podem ser usados para queimar a criança. Marcas de imersão forçada, lesões simétricas com margens bem definidas resultam de queimaduras modeladas com grelha de fogão ou aquecedor; queimaduras por cigarro são circulares, conferindo entre 7 e 10 mm de diâmetro, bem delimitadas, com cratera central e cicatrização mais profunda na região central (KENNEY, 2006).

As marcas de queimadura reproduzem a forma do objeto utilizado, sendo mais profundas e de formato melhor demarcado quando propositais (CHRISTIAN, 2015).

Atentar para marcas de queimaduras por líquidos quentes cuja distribuição na pele não respeita a ação da gravidade (IVANOFF; HOTTEL; CHRIS, 2013).



QUEIMADURA DE CIGARRO NO BRAÇO DE UMA MENINA (NUZZOLESE ET AL., 2009)



QUEIMADURA EM LATERAL DO PESCOÇO: LOCAL INCOMUM DE LESÃO ACIDENTAL (NUZZOLESE ET AL., 2009)



CONTUSÕES

Deve-se desconfiar de abuso quando estas ocorrem nas partes moles do corpo, pois geralmente é o resultado de golpes com mãos e punhos (NAIDOO, 2000).

A contusão pode apresentar a marca do instrumento utilizado quando sofrida de modo abusivo (SANTOS et al., 2007).

HEMATOMAS

Lesão fortemente indicativa de abuso, sendo possível estimar quando a mesma foi produzida de acordo com a cor presente: marcas vermelhas ou azuis indicam ocorrência entre 1 e 3 dias atrás; marcas amarelas esverdeadas, entre 4 e 7 dias; marcas em cor marrom amarelado indicam que a lesão ocorreu entre 8 e 26 dias atrás (VALENTE et al., 2015).

Uma característica importante é que podem estar presentes mais de uma lesão em diferentes estágios de cura (MASSONI et al., 2010).

Hematomas nas orelhas, presentes em ambos os lóbulos, raramente são acidentais (NAIDOO, 2000).

MUCOCELES RECORRENTES

Lesão inflamatória de incidência comum em crianças, associa-se a trauma local e hábitos parafuncionais. Clinicamente apresenta-se como vesícula ou bolha indolor, azulada ou translúcida, frequentemente em mucosa labial inferior. Foi estabelecida uma correlação entre alterações bucais e desordens psicológicas, sendo possível concluir que, entre outros fatores, mordidas crônicas no lábio e na mucosa são mais comuns em pessoas estressadas e ansiosas. Logo, mucocelos recorrentes podem ser uma repercussão secundária da violência como consequência do mordiscamento traumático e crônico do lábio advindo dos distúrbios psicológicos desencadeados pela violência da qual a criança é vítima (SILVA et al., 2020).

LACERAÇÕES

Resultam do uso de objetos pontiagudos, como pedaço de madeira, tubo, faca, machado, garrafa quebrada (NAIDOO, 2000). Pode estar presente em língua, lábios, mucosa oral, palato duro e palato mole, gengiva e freios (GARBIN et al., 2012). No agressor, pode haver marcas de arranhões nos braços por tentativa de defesa da vítima (LINCOLN; LINCOLN, 2010).



**MENINO DE TRÊS ANOS QUE SOFREU
CONTUSÕES PROVOCADAS EM TEMPOS
DIFERENTES (WELBURY, 2001)**



**UMA CONTUSÃO COM MARCA DE TAPA
(WELBURY, 2001)**



**LACERAÇÕES SUPERFICIAIS, CONTUSÃO
FACIAL EXTENSA DE DIFERENTES ÉPOCAS,
UMA QUEIMADURA DE CIGARRO NA TESTA
(WELBURY, 2001)**



**FREIO E LÁBIO SUPERIOR LACERADOS;
DENTES ANTERIORES TRAUMATIZADOS
(NUZZOLESE ET AL., 2009)**



SINAIS CLÍNICOS EM ESTRUTURAS ADJACENTES

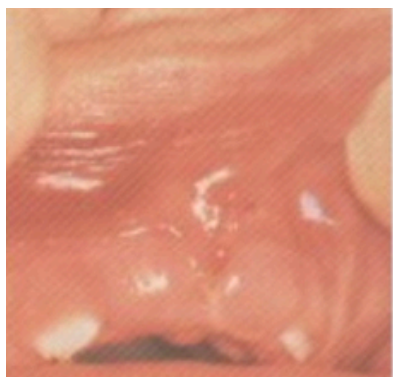
Há que atentar-se para sinais presentes em outras partes anatômicas, como hemorragia da retina, ptose e hematomas periorbital, subgaleal (resultante do movimento de cabelo puxado), contusões e fraturas nasal, e danos à membrana timpânica, com hematoma na orelha (IVANOFF; HOTTEL; CHRIS, 2013; KENNEY, 2006).

Hemorragia retiniana está muitas vezes ligada ao hematoma subdural e dura, aproximadamente, entre 10 e 14 dias. As crianças que foram atingidas sobre os olhos por uma mão aberta ou fechada apresentam edema e hematomas em ambas as pálpebras, já traumas acidentais são geralmente unilaterais. (NAIDOO, 2000). Lesão biocular, especialmente quando sem lesão de nariz, sugere a ocorrência de dois momentos de trauma - provavelmente proveniente de dois traumas distintos e não acidentais em diferentes fases de cicatrização (BRASIL, 2014).

Na região do pescoço pode ocorrer hematomas, equimoses, escoriações e arranhões resultantes de estrangulamento e sufocamento, tanto com a mão, quanto com algum instrumento, como um cabo ou uma corda. Lesões no pescoço devem sempre despertar a desconfiança para casos de violência (NAIDOO, 2000).

Lesões nas orelhas podem ter sido causadas por pancadas, tapas, puxões ou beliscões (BRASIL, 2014; IVANOFF; HOTTEL; CHRIS, 2013).

Sugere-se, durante o exame clínico, pedir às crianças que levantem as mãos; se os pacientes estiverem machucados em costelas ou clavículas, o movimento causará dor (NAIDOO, 2000).



CORTE DO FREIO LABIAL E CONTUSÃO DO FUNDO DE SULCO VESTIBULAR SOFRIDOS DURANTE ALIMENTAÇÃO FORÇADA (WELBURY, 2001)



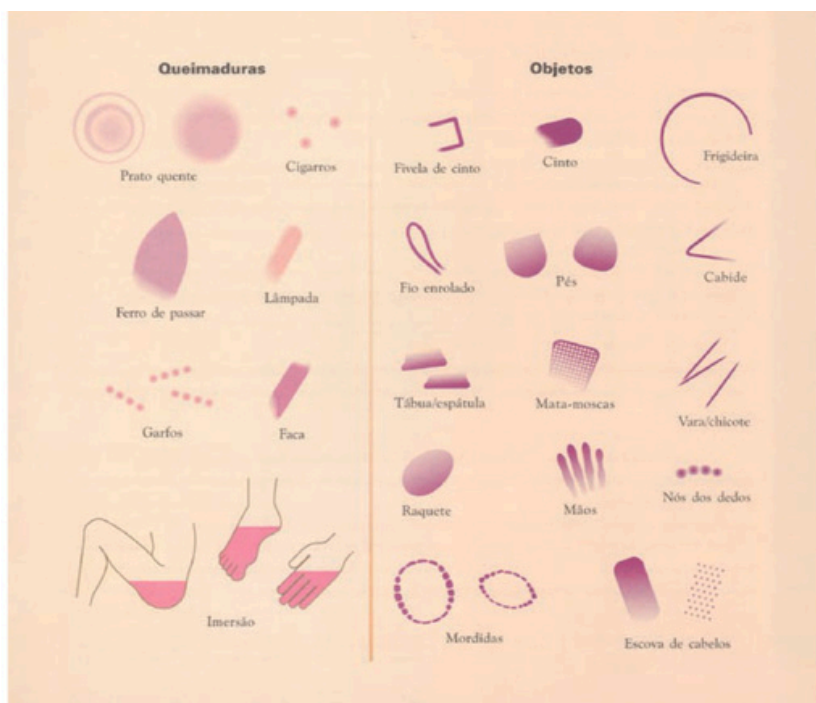
LUXAÇÃO DOS INCISIVOS E CONTUSÃO EXTENSA NO FUNDO DE SULCO VESTIBULAR SUPERIOR POR SOCO NA BOCA (WELBURY, 2001)



FRATURA DO COMPLEXO NASOETMOIDAL CAUSADA POR UM FORTE SOCO NO TERÇO MÉDIO DA FACE (WELBURY, 2001)



BEBÊ DE UM ANO E QUATRO MESES HOSPITALIZADO COM MARCAS DE MORDIDA NO CORPO (VAZ, 2022)



PISTAS PARA IDENTIFICAÇÃO DOS VÁRIOS TIPOS DE VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (VILELA, 2008)



SINAIS CLÍNICOS EM BEBÊS

Em bebês, o abuso físico e a negligência são os tipos mais comuns de violência doméstica, desencadeados pela impaciência dos cuidadores com o choro ou com algum ato realizado pela criança (ASSIS et al., 2012).

Freio labial lacerado em bebês é sinal patognomônico de violência doméstica, sendo consequência da alimentação forçada pela introdução de colher ou de mamadeira na cavidade bucal enquanto o bebê apresenta choro e recusa do alimento (GRANVILLE-GARCIA et al., 2006; NASCIMENTO et al., 2023; PIRES & MIYAZAKI, 2005; SILVA et al., 2021a).

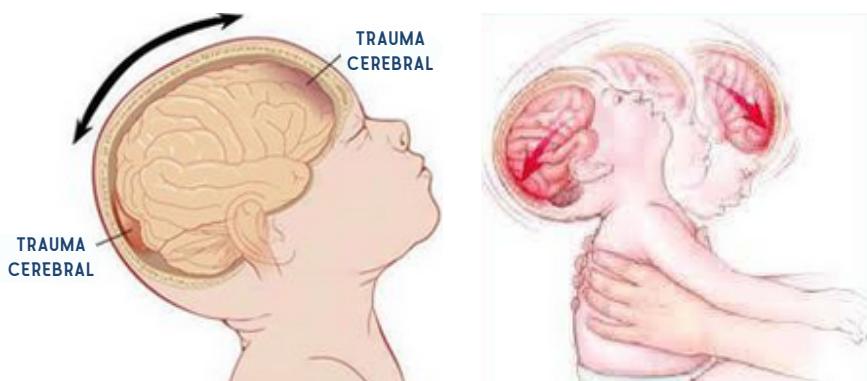
Bebês e lactentes em fase anterior à deambulação com a presença clínica de contusões, fraturas, ou outras alterações em face e em abdome, considera-se sinal suspeito de violência doméstica; ainda mais quando houver marcas de puxões ou torções na área da fratura - indicando que a mesma foi ocasionada por esses movimentos (CHRISTIAN, 2015).

Em bebês com menos de 7 meses de vida, é importante atentar-se às lesões sentinelas que se localizam na cabeça ou na face, sem explicação coerente, estando a criança ainda em fase anterior à capacidade de mover objetos ou à deambulação. São exemplos dessas lesões as equimoses e, em cavidade oral, a ruptura de frênulo lingual (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018).

A presença de equimoses e hematomas em bebês, associados ou não a outros tipos de sangramento, devem trazer a suspeita de maus-tratos, ainda considerando o diagnóstico diferencial de distúrbios de coagulação. Atentar-se para equimoses múltiplas e de cores distintas - espectro equimótico; em contrapartida a sinais menos suspeitos que incluem hematomas de mesma cor e diferentes tamanhos, associados a petéquias espalhadas pelo corpo, principalmente nos joelhos e tornozelos (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018).

SÍNDROME DO BEBÊ SACUDIDO

Caracteriza-se pelo ato de sacudir o bebê vigorosa e frequentemente para tentar cessar o choro ou como castigo por algum ato realizado por ele. Essa movimentação violenta é realizada segurando a criança pelos braços ou pelo tronco, contra a musculatura ainda frágil do pescoço junto a um grande volume cerebral, provocando choque entre calota craniana e tecido encefálico, causando hemorragias intracranianas e retinianas, rompimento das fibras do tecido nervoso, fraturas, trincas ou fissuras ósseas (quando combinadas com a batida do bebê em alguma superfície). Como consequência, compromete gravemente o sistema nervoso central, resultando em convulsões e paralisias sem sinais infecciosos ou inflamatórios que os justifiquem, retardo mental, paralisia cerebral, deficiência visual e óbito (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2014).



IMAGENS ILUSTRATIVAS DO CHOQUE DA CALOTA CRANIANA COM O TECIDO ENCEFÁLICO DURANTE A MOVIMENTAÇÃO VIOLENTA SEGURANDO O BEBÊ PELO TRONCO (CRESCER, 2018)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LESÕES ACIDENTAIS E ABUSIVAS

Lesões acidentais estão mais presentes em áreas extensas e proeminentes (como fronte, nariz, queixo, palma de mãos, área de extensão de braço e cotovelo, região anterior de perna, joelho, canela, ponta do pé), enquanto que as abusivas encontram-se em regiões de tecidos moles também (áreas geralmente mais protegidas do corpo - lateral de tronco, interna de braços e coxas, pescoço, axilas, pavilhão auricular, costas da orelha e linha do cabelo), sendo lesões suspeitas de abuso físico (BRASIL, 2014; CHRISTIAN, 2015; LINCOLN; LINCOLN, 2010; PFEIFFER; WAKSMAN, 2004).

Histórias onde o tipo de lesão é incompatível com a idade ou com o período de desenvolvimento da criança podem ser resultado de violência física. Por exemplo, fraturas de crânio referidas como queda acidental do trocador ou do berço em crianças menores de 4 meses, ainda incapazes de rolar ou de se arrastar; fraturas de fêmur com história de queda de bicicleta em crianças abaixo de 4 anos, idade em que a altura da bicicleta não ocasionaria trauma nessa intensidade (BRASIL, 2014).

Lesões abusivas podem identificar a marca do objeto utilizado, além de frequentemente serem associadas a diferentes estágios da cicatrização - produzidas por sucessivos traumas em momentos distintos - como hematomas em cores e áreas diversas; e encontros de linhas de fratura antigas com recentes (BRASIL, 2014; LINCOLN; LINCOLN, 2010). Importante atentar para o diagnóstico diferencial com Osteogênese Imperfeita (que provoca fraturas ósseas espontâneas) e entre Hemofilia, Doença de Von Willebrand e doenças hepáticas (que produzem padrões anormais de hematomas) (IVANOFF; HOTTEL; CHRIS, 2013).

Lesões bilaterais e simétricas - como lesões bioculares, fraturas de crânio bilaterais, fraturas simétricas de costelas - sem história de acidente importante (como uma colisão de automóvel, por exemplo) são suspeitas de violência física (BRASIL, 2014).

A demora prolongada em procurar atendimento de saúde para tratamento do trauma é suspeita de negligência e/ou de tentativa de ocultação da violência, além de prolongamento da dor (BRASIL, 2014).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LESÕES ACIDENTAIS E ABUSIVAS DE ACORDO COM LINCOLN, LINCOLN (2010):

LESÕES ACIDENTAIS

- Localização: proeminências ósseas;
- Lateralidade: unilateral;
- Número/estágio: única;
- História do trauma: compatível com o quadro clínico;
- Comparação entre lesão apresentada e idade/nível de desenvolvimento: lesão consistente com o nível de desenvolvimento;
- Padrão da lesão (há marca específica?): inespecífico;
- Procura de tratamento: imediato;
- Paciente versus cuidador: relato da mesma história;
- Curso de cura das lesões: cura completa.

LESÕES POR ABUSO

- Localização: tecidos moles e áreas protegidas;
- Lateralidade: bilateral;
- Número/estágio: múltiplas e em estágios de cicatrização diversos;
- História do trauma: incompatível com o quadro clínico;
- Comparação entre lesão apresentada e idade/nível de desenvolvimento: lesão inconsistente com o nível de desenvolvimento;
- Padrão da lesão (há marca específica?): específica de determinado objeto, mordida ou mão humana;
- Procura de tratamento: adiada;
- Paciente versus cuidador: relato de diferentes histórias para a mesma lesão;
- Curso de cura das lesões: existência de novas lesões, sem a cura completa das anteriores.

O Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018) apresenta as diferenças entre lesões acidentais, intencionais e dermatoses:

EQUIMOSSES E HEMATOMAS

- **Não intencionais (“acidentais”):** Crianças > 1 ano; Lesões em pequeno número e tamanho; Locais: joelhos, face anterior da tíbia e proeminências ósseas.
- **Maus-tratos:** Crianças < 1 ano; Várias lesões, lesões extensas em diferentes estágios de evolução; Formas específicas, reproduzindo formato do objeto utilizado na agressão; Local: regiões medial e posterior de braços e coxas, mãos, orelhas, pescoço, abdome, genitália e regiões glúteas.
- **Dermatoses:** Mancha mongólica; coagulopatias; vasculites; collagenopatias; hemangioma; neuroblastoma; eritema perineal em crianças que usam fraldas; eritema polimorfo.

QUEIMADURAS

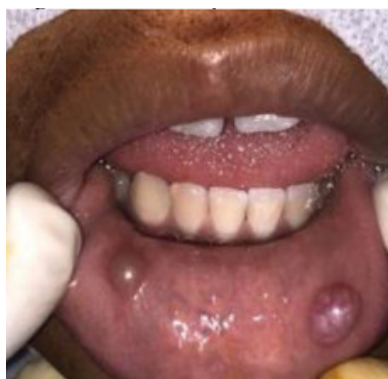
- **Não intencionais (“acidentais”):** Crianças > 3 anos; Lesões superficiais, mal delimitadas, únicas ou em pequeno número; Locais: tronco, cabeça e membros superiores.
- **Maus-tratos:** Crianças < 3 anos; Lesões mais profundas, bem delimitadas, geralmente múltiplas, que identificam o objeto agressor; Local: face, mãos, pescoço, pernas, pés, períneo e região glútea.
- **Dermatoses:** Dermatite das fraldas; epidermólise bolhosa; síndrome de Stevens-Johnson; eritema pigmentar fixo.

ALOPECIA

- **Não intencionais (“acidentais”):** Consequente a traumatismos.
- **Maus-tratos:** Por arrancamento dos cabelos - áreas de contornos irregulares, acompanham petéquias, edema do couro cabeludo, hematomas.
- **Dermatoses:** Tinea capitis; tricotilomania; alopecia areata.



LACERAÇÕES POR MORDIDA DE CACHORRO
(VAZ, 2022)



MUCOCELES POR TRAUMA DE MORDIDA
(VAZ, 2022)



LESÃO IMPETIGINOSA QUE PODE SE
ASSEMELHAR A UMA QUEIMADURA DE
CIGARRO (WELBURY, 2001)



VIOLÊNCIA QUÍMICA

Uso de substâncias psicoativas imposto à criança ou adolescente por parte do cuidador ou responsável com a finalidade de contenção, controle, inibição, dominação, menosprezo ou culpabilização pelos seus próprios atos contra ela (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018).

FILICÍDIO

Morte de um ou mais filhos provocada pelos pais, independentemente da idade da vítima. Inclui-se nesse tipo de violência o suicídio proveniente de violência psicológica gravíssima (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018).

AUTOAGRESSÃO

Forma progressiva de lesões a si mesmo, podendo chegar ao grau máximo quando ocorre o suicídio. Ainda que nas fases iniciais, considera-se já uma ameaça à vida, sendo importante a suspeita ou diagnóstico precoce. Crianças vítimas de maus-tratos podem usar dessas lesões como meio de demonstrar o descaso com sua existência, a partir do desequilíbrio emocional secundário à violência (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018).



SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

Ocorre quando o responsável ou cuidador (sendo, na maioria dos casos, a própria mãe) cria ou simula sintomas e sinais de doenças nas crianças, submetendo as mesmas a séries de exames e de tratamentos desnecessários. Como os sinais e sintomas seguem presentes, por serem feitos pelo responsável, a investigação torna-se cada vez mais complexa e agressiva - o cuidador pode, até mesmo, falsificar o material colhido para exame (BRASIL, 2014).

Características suspeitas (BRASIL, 2014):

- Doenças recidivantes que não respondem aos tratamentos;
- Discordância entre a queixa do responsável e os sinais do exame físico;
- Exames laboratoriais incondizentes com os sinais e sintomas;
- Os sintomas são percebidos e referidos sempre pelo mesmo cuidador, que demonstra preocupação exagerada e até certo prazer em relatá-los repetidamente;
- O responsável responde com insatisfação ao tratamento determinado, sugerindo maiores investigações e maior gravidade do problema;
- As atividades de lazer são limitadas ou suspensas pelo responsável com o argumento de que é necessário para proteger a criança de atividades que possam agravar a “doença”;
- A criança apresenta-se apática, assumindo o papel de doente incurável.

Denomina-se como “síndrome de Munchausen causada por terceiro”, tendo como sinônimo “síndrome de Munchausen por procuração” por ser uma condição em que os sintomas de uma doença são causados por um indivíduo em uma vítima, de forma compulsiva e deliberada, inventando, simulando ou, até mesmo, causando sintomas com o intuito de obter cuidados e desafiar o saber de médicos e outros profissionais da saúde (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018).

Trata-se de uma forma complexa de violência física e psicológica, uma vez que submete a vítima a inúmeras e desnecessárias investigações laboratoriais, tratamentos e internações hospitalares invasivas e desnecessárias, trazendo privação de um cotidiano normal ao impor o sentimento de fragilidade e vulnerabilidade à criança por ser portadora de uma suposta doença (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018).

Sinais de violência sexual

Desde que a criança se direciona para o consultório, sua deambulação já pode indicar alterações na marcha devido a violência física ou sexual. Sua vestimenta também pode apresentar sinais, tais como presença de sangue ou incompatibilidade com o clima - como se objetivando esconder lesões visíveis no corpo da criança (NASCIMENTO et al., 2023).

Crianças ou adolescentes que no passado cooperaram durante a consulta odontológica, mas que agora demonstram medo extremo, podem ter sofrido abuso sexual nesse período. Há sinais sutis, como dificuldade para caminhar ou permanecer deitado em certas posições, demonstrações de desconforto quando sozinhos com alguém de determinado sexo, baixo controle dos esfíncteres, medo ao ser reclinado na cadeira odontológica para uma posição vulnerável (KENNEY, 2006).

Nem sempre há sinais físicos de violência sexual, devendo-se observar indicadores comportamentais, como comportamento sexual impróprio, defesa ao contato físico demonstrando sensação de ameaça e medo excessivo, mal comportamento na clínica ou timidez e vergonha extremas (FIGUEIREDO et al., 2011). A atenção à variação comportamental pode ser o diferencial na suspeita de casos de abuso sexual sem manifestações orofaciais, corporais ou quando há tentativa de ocultação das manifestações clínicas (CONCEIÇÃO et al., 2020; NASCIMENTO et al., 2023; SILVA et al., 2013).

Algumas infecções sexualmente transmissíveis manifestam-se clinicamente na cavidade oral: Gonorreia, Condiloma Acuminado, Sífilis e Herpes tipo II. Estas, quando descartada a hipótese de contaminação vertical, durante o parto ou por transfusão de sangue, são forte indicação de abuso sexual (AZEVEDO et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2023; VÁZ, 2022).

Sinais de violência sexual podem incluir lacerações nos freios labial e lingual, hematoma na face interna dos lábios, petéquias e eritema no palato - sugerindo sexo oral forçado - marcas de mordida associadas a equimoses de sucção em pescoço, arranhões, presença de sêmen e de pelos pubianos (BATISTA et al., 2023; NASCIMENTO et al., 2023). Há relatos de fraturas de dentes anteriores devido ao ato de violência sexual oral (FIGUEIREDO et al., 2011).



INDICADORES COMPORTAMENTAIS

Uma criança vítima de abuso sexual pode apresentar comportamento sedutor, promíscuo e sexualmente inapropriado para a sua idade; baixa autoestima e falta de confiança; portar-se de maneira histérica, com baixo controle emocional; vigilância contra contatos físicos; comportamento infantil regressivo, fantasioso; agressividade, falta de atenção, hiperatividade; automutilação, pensamento suicida (IVANOFF; HOTTEL; CHRIS, 2013; NASCIMENTO et al., 2023).

ERITEMAS E PETÉQUIAS

Quando presentes na junção dos palatos duro e mole ou assoalho da boca, podem indicar sexo oral forçado (LINCOLN; LINCOLN, 2010). Com isso, a criança pode apresentar dificuldade de deglutição (FIGUEIREDO et al., 2011).

GONORREIA

Gonorreia oral e perioral em crianças é sinal patognomônico de violência sexual (FISHER-OWENS; LUKEFAHR; TATE, 2017; IVANOFF; HOTTEL; CHRIS, 2013). Surge sintomatologicamente 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. Quando há o teste positivo da cultura para gonorreia em uma criança, geralmente indica situação de abuso (MATOS et al., 2013).

Trata-se de uma doença sexualmente transmissível causada pela *Neisseria gonorrhoeae*, sendo que a maioria dos casos em gonorreia oral parece ser resultado da feelação. A gonorreia faringiana costuma ser assintomática, retardando o diagnóstico e aumentando a probabilidade de disseminação - a região mais envolvida é faringe, amígdalas e úvula; embora assintomática nessa região, uma dor de garganta que varia de discreta a moderada pode ocorrer e pode ser acompanhada por eritema orofaríngeo difuso e inespecífico. As amígdalas, quando acometidas, exibem edema e eritema, muitas vezes com pústulas puntiformes pequenas e esparsas (NEVILLE et al., 2009).



CONDILOMA ACUMINADO

Causado pelo papilomavírus humano (HPV), é um aumento de volume exófito, sésil, único ou múltiplo, com aspecto de couve-flor, rosado, bordas delimitadas e assintomático. As lesões orais ocorrem mais frequentemente na mucosa labial, palato mole e freio lingual (MATOS et al., 2013; NEVILLE et al., 2009; VAZ, 2022).

O HPV é o agente etiológico de lesões orais que podem manifestar-se como papiloma, verruga vulgar e condiloma acuminado, localizadas predominantemente em língua, palato duro, lábios, gengivas e mucosa jugal (BATISTA et al., 2023). O diagnóstico diferencial entre essas lesões pode ser auxiliado pelo aspecto clínico, onde o condiloma geralmente aparece maior e agrupado a outros condilomas; enquanto que o papiloma e a verruga são lesões únicas (NEVILLE et al., 2009; VAZ, 2022).

A transmissão do papilomavírus humano ocorre por contato direto com a pele ou mucosa infectada, podendo ser verticalmente da mãe para o bebê durante o parto, sexualmente através do contato oral-genital, ou horizontalmente através do contato manual - mesmo que não sexual - entre órgãos genitais e boca (FISHER-OWENS; LUKEFAHR; TATE, 2017).

A presença de condiloma acuminado em crianças caracteriza forte probabilidade de abuso sexual. O período de incubação para um condiloma é de 1 a 3 meses desde o momento do contato sexual (BATISTA et al., 2023; NEVILLE et al., 2009).

Atentar-se para o fato de que, até os dois anos de idade, é possível que ainda ocorram manifestações de HPV provenientes da transmissão vertical, podendo estas manifestarem-se em qualquer mucosa, especialmente nas periorificiais - pálpebras, mucosa oral e região genital. Após os dois anos de idade, há importante probabilidade de que o condiloma acuminado seja resultado de abuso sexual (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018).



SÍFILIS

A sífilis é uma infecção crônica mundial causada pelo *Treponema pallidum*. Os sinais clínicos em crianças assemelham-se aos adultos, sendo a face a região extragenital com o maior número de achados clínicos (BATISTA et al., 2023).

Na sua fase primária, apresenta-se em cancro - lesão papular com ulceração central de base clara e indolor -, que se desenvolve na área de inoculação (geralmente em lábios, língua, palato, gengiva e amígdalas), tornando-se clinicamente evidente 3 a 90 dias após a exposição inicial, acompanhado de linfadenopatia regional bilateral, e cicatrizando dentro de 3 a 8 semanas, caso não seja tratada; na fase secundária, 4 a 10 semanas após a infecção inicial, surgem os sintomas sistêmicos (linfadenopatia indolor, dor de garganta, mal-estar, cefaleia, perda de peso, febre) com erupção cutânea maculopapular difusa e indolor, disseminada por todo o corpo, incluindo região palmo-plantar, além de áreas leucoplásicas peroladas em mucosa oral - zonas de mucosa sensível e esbranquiçada, principalmente em língua, lábios, mucosa jugal e palato; na fase terciária, que pode ocorrer de 1 a 30 anos após a infecção inicial, ocorrem as complicações mais sérias da doença com envolvimento do sistema nervoso central, havendo como manifestação clínica oral a goma sífilítica que consiste em uma inflamação granulomatosa caracterizada por uma lesão endurecida, nodular ou ulcerada, que pode causar extensa destruição tecidual, acometendo geralmente palato (com frequência ocorrendo a perfuração do palato em direção à cavidade nasal) ou língua (com atrofia difusa e perda papilar) (HARRIS, 2018; NEVILLE et al., 2009).

Por ser raramente encontrada em crianças, quando presente sugere fortemente o abuso sexual. (MASSONI et al., 2010).

HIV

O vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) também pode ser indicativo de abuso sexual, quando descartadas as demais possibilidades, como a transmissão vertical. As manifestações orais mais comuns em crianças incluem quadros recorrentes de candidíase oral, herpes simples, eritema gengival linear e ulceração aftosa recorrente (AZEVEDO et al., 2012).



CONDILOMA ACUMINADO E LESÃO NO PALATO (VAZ, 2022)



MENINO DE SEIS ANOS COM HPV EM LÁBIO INFERIOR (VAZ, 2022)



EQUIMOSE PALATINA DECORRENTE DE FELACÃO (VAZ, 2022)

Sinais de negligência

A negligência caracteriza-se por um conjunto de ações ou omissões dos responsáveis perante as crianças que deles são dependentes.

Pais ou responsáveis submetem as crianças a situações de descaso com sua higiene e seu aspecto pessoal; descuido alimentar enquanto armazenamento, preparo e oferta de alimentos; ausência de controle do rendimento escolar; descuido com a segurança e com medidas de prevenção de acidentes; apresentação de calendário vacinal desatualizado; procrastinação na procura de atendimento médico diante de sinais e sintomas de doenças; faltas constantes em consultas de saúde e acompanhamento irregular dos tratamentos medicamentosos; despreocupação do cuidador responsável quando a criança frequenta locais diversos (PFEIFFER; WAKSMAN, 2004).

A criança pode apresentar frequentes quadros de doenças parasitárias ou infecciosas de fácil prevenção; lesões frequentes em pele e dermatite de fraldas de repetição sem que ocorra tratamento eficiente; déficits de desenvolvimento, de crescimento e de desnutrição sem doença de base que justifique; desenvolvimento relacional atrasado, havendo problemas de adaptação social; roupas inadequadas à idade, ao sexo, ao clima ou à condição social; faltas constantes à escola, além de dificuldade de aprendizagem, ocorrendo atraso na escolaridade (PFEIFFER; WAKSMAN, 2004).

Comportamentos como fadiga e apatia, fome (pedido, roubo ou acúmulo de comidas), estadias longas na escola (chegando mais cedo e saindo mais tarde com alta frequência), sono constante durante as aulas, afirmação de que não há cuidador em casa são relacionados a um ambiente doméstico que negligencia a criança (IVANOFF; HOTTEL, 2013).

Durante o exame clínico, deve-se atentar para perda acentuada de tecido celular subcutâneo, escarificação e/ou feridas na pele decorrentes de hipovitaminose crônica, dermatite, higiene inadequada e escabiose (ASSIS; FERREIRA, 2012).

O abandono é considerado negligência extrema, consistindo na ausência, recusa ou deserção dos cuidados necessários à criança que deveria receber o suporte de suas famílias (FRANZIN et al., 2014; MINAYO, 2006).


NEGLIGÊNCIA DENTÁRIA

A negligência dentária apresenta-se através de muitas lesões cárias agudas e abscessos múltiplos percebidos pelo responsável, sem haver procura por tratamento (KENNEY, 2006). Não há uma definição precisa na literatura sobre o número de elementos dentários acometidos por cárie que caracterizariam o quadro de negligência odontológica (HARTUNG et al., 2018).

Esse comprometimento odontológico pode ocasionar dor, infecção e perda de função, o que irá afetar o nível de aprendizagem, a forma de comunicação, a nutrição, ocorrendo a longo prazo perdas dentárias, dificuldade de crescimento e de um desenvolvimento adequado, impactando negativamente na qualidade de vida (FISHER-OWENS; LUKEKAHR; TATE, 2017).



EXEMPLO DE NEGLIGÊNCIA DENTÁRIA: LESÕES
CARIOSAS AGUDAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA
(NUZZOLESE ET AL., 2009)



Importante considerar a diferença entre responsáveis que desconhecem a necessidade de cuidados dentários daqueles que, ainda que tenham consciência dessa informação, não procuram acompanhamento odontológico e não realizam o tratamento requerido. Somam-se a isso os seguintes fatores: disponibilidade de acesso ao atendimento odontológico; benefício do tratamento dentário maior que a morbidade do procedimento; informação sobre os fatores anteriores ser disponibilizada e explicada ao responsável que, ainda assim, não segue com o tratamento necessário (AZEVEDO et al., 2012; FISHER-OWENS; LUKEKAHR; TATE, 2017; NUZZOLESE et al., 2009).

Ou seja, quando o responsável tem ciência sobre haver acesso ao serviço odontológico com disponibilidade de tratamento dentário - consistindo em um procedimento onde analgésicos e anestésicos serão utilizados para garantir o conforto da criança durante a consulta -, resultando em um benefício de saúde significativo para a criança, e opta por não comparecer, esse cenário caracteriza-se como negligência (FISHER-OWENS; LUKEKAHR; TATE, 2017).

A promoção de saúde e a educação dos pais influencia na prevenção da negligência dentária enfrentada pelas crianças. Em muitos casos, a situação dentária da criança reflete a situação dentária dos pais (HARTUNG et al., 2018).

A negligência pode ocorrer nos âmbitos físico, educacional ou psicológico - sendo este o mais danoso. A criança está em desenvolvimento psíquico em uma fase que já é possível elaborar a dor originada de feridas aparentes; porém, a dor proveniente da violência psicológica - pela ausência de compreensão da sua localização - originará, em algum momento da vida, ansiedade, desconforto, angústia, medo e dificuldade afetiva. Isso ocorre por diminuir na criança o senso de segurança física e emocional, a aceitação, a autoestima e a autonomia (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018).

Sinais de violência doméstica em crianças com deficiência

Crianças com deficiência apresentam características próprias da doença de base, incluindo limitações ao desenvolvimento neuropsicomotor, portanto é importante atentar-se aos sinais que podem indicar violência doméstica dentre os sinais já presentes pelo quadro sistêmico. Ainda que os sinais de violência sejam os mesmos já descritos nos tópicos anteriores, é preciso que os mesmos sejam considerados para que não ocorra confusão entre sintomas próprios da violência com os da doença de base (BRASIL, 2004a).

Por outro lado, nesse grupo de crianças, a incidência de lesões não intencionais é mais intensa em todos os tipos de deficiência. Na DEFICIÊNCIA MENTAL, há menor discernimento de riscos e de ações lógicas de proteção; na DEFICIÊNCIA VISUAL, há menor proteção natural e de modelos adaptativos aos locais diversos; na DEFICIÊNCIA AUDITIVA, há diminuição ou perda do estado de alerta - todas essas alterações diminuem-se as reações de defesa automática em situações de risco (BRASIL, 2004).

Em relação à DEFICIÊNCIA MOTORA, há dois cenários (BRASIL, 2004):

- **LIMITAÇÃO MOTORA LEVE:** pode haver alto índice de lesões e traumas não intencionais ou decorrentes de acidentes, já que a locomoção, embora limitada, possibilita o acesso a meios de deslocamento, incluindo movimentos de risco;
- **LIMITAÇÃO MOTORA GRAVE:** quando há maior limitação motora, as reações de defesa ou fuga perante acidentes ficam restritas; já em quadros deficiência motora grave, sinais de lesões físicas dificilmente serão acidentais, visto que, pela condição importante da limitação de movimentos, essas crianças não são capazes de deslocamento suficiente para colocá-las em risco de quedas e outros traumas provocados por acesso a lugares de risco.

Em portadores de DEFICIÊNCIA MENTAL, o abuso sexual é facilitado por algumas circunstâncias (BRASIL, 2004a):

- Crianças e adolescentes nessa condição são mais inocentes, têm sua amizade mais facilmente conquistada e recebem menor educação sexual (visto que são, muitas vezes, tratados como assexuados pelos responsáveis);
- Probabilidade de descrédito frente a uma denúncia vinda de pessoas com problemas mentais - considerando que o quadro sistêmico possibilite a tentativa de denúncia por parte do deficiente mental. Esse contexto favorece episódios reiterados de violência sexual, culminando em descoberta apenas diante de um acontecimento extraordinário, como em caso de gravidez;
- O agressor pode induzir a criança a um estado de confusão mental que dificulte a identificação dele mesmo, sendo referido pela vítima múltiplos nomes e descrições, chegando ao ponto de induzir que a atividade sexual partiu do próprio agredido.

Na SÍNDROME DE DOWN, características próprias dessa condição - musculatura hipotônica, controle cervical atrasado, junção atlanto-axial instável - podem favorecer lesões da Síndrome do Bebê Sacudido (abordada anteriormente neste manual) (BRASIL, 2004).

O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) limita a capacidade de interação e de comunicação. Essas crianças apresentam risco 1,5 a 3 vezes maior de sofrer maus tratos do que crianças fora do espectro. Isso ocorre devido algumas circunstâncias, como a compreensão limitada do que constitui sofrer abuso por ingenuidade e por não discernir quais comportamentos são apropriados, além das habilidades de comunicação fragilizadas, dificultando o relato sobre os episódios de violência (MÁRCOLINO et al., 2020).

A DEFICIÊNCIA VISUAL coloca a criança em uma posição de maior dependência em relação ao responsável. Diminuição da autoestima, timidez exagerada, medo excessivo, reação desproporcional a estímulos em sua direção - são reações da deficiência que, desse modo exacerbado, sinalizam a suspeita de violência doméstica. O toque utilizado pela criança como ferramenta para formação mental da imagem de pessoas e de objetos, pode ser erroneamente interpretado como impulso sexual e encorajar o ato de abuso por terceiros. Na intenção de proteção excessiva por parte dos responsáveis, pode haver demora na aquisição de habilidades e no desenvolvimento da criança, podendo ocorrer a Síndrome de Munchausen ao limitar o acesso da criança ao lazer e à socialização fundamentais para que ocorra crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2004a).

Na DEFICIÊNCIA AUDITIVA, quanto mais cedo ocorrer o diagnóstico e o início do tratamento, maior a probabilidade de atingir uma condição de vida bastante adequada. Pela limitação da interação através da linguagem oral, crianças com deficiência auditiva necessitam de um maior suporte emocional para um desenvolvimento de personalidade saudável (BRASIL, 2004).

Tanto na deficiência VISUAL, quanto na AUDITIVA, importante atentar-se às seguintes características (BRASIL, 2004):

- Desenvolvimento psicomotor atrasado e insuficiente, apesar do acesso à habilitação ou à reabilitação;
- Desnutrição injustificada;
- Dificuldade e lentidão na aprendizagem;
- Dificuldade importante na socialização;
- Extremos de agressividade ou de passividade;
- Perda de interesse da criança em sua reabilitação;
- Desinteresse dos responsáveis nas possibilidades de adaptação da criança às atividades rotineiras;
- Dependência extrema e injustificada;
- Doenças reincidentes com diagnóstico obscuro.

SINAIS SUSPEITOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA (BRASIL, 2004a):

- Alterações súbitas de humor com picos de apatia e prostração à agressividade exageradas;
- Atitudes, gestos e falas agressivas como reação ou imitação das atitudes do abusador;
- Pavor de pessoas de determinado sexo e com determinadas características, seja por lembrança do agressor, ou por ser propriamente essa pessoa a causadora da violência;
- Medo e apreensão em retornar para casa;
- Resistência extrema aos cuidados de higiene - troca de fraldas, roupas e banho;
- Alterações de apetite e de sono;
- Regressão do quadro mental sem justificativa aparente.

Os sinais de NEGLIGÊNCIA não podem ser confundidos com as características da doença de base - por exemplo, pela dificuldade de deglutição presente em casos moderados a graves de PARALISIA CEREBRAL, é esperada uma demora maior na aquisição de peso e altura, porém pode também estar associada à falta de orientação quanto à maneira de alimentar e sobre as necessidades nutricionais diárias do paciente. Para diferenciar desnutrição negligente de atraso no desenvolvimento próprio da patologia de base, deve-se atentar (BRASIL, 2004):

- Falta de interesse dos responsáveis mediante o quadro evolutivo da criança;
- Acompanhamento inadequado de vacinas e demais tratamentos de saúde;
- Vestuário inadequado ou inferior ao dos responsáveis;
- Atraso no desenvolvimento da fala, desproporcional ao esperado;
- Manutenção da criança como dependente para locomoção, mesmo havendo possibilidades de cadeiras de roda ou de outros apoios.




Sinais comportamentais da criança e do responsável

Os comportamentos da criança e do responsável também devem ser observados. Pais ou responsáveis que procuram atendimento pela criança estar machucada, geralmente apresentam-se ansiosos e preocupados pela situação da criança. Por outro lado, quando o motivo deriva de violência doméstica, o responsável - e provavelmente agressor - mostra-se retraído (MASSONI et al., 2010).

Em 90% dos casos, os abusadores estão relacionados à criança, sendo geralmente o responsável por ela e apresentando infelicidade, depressão e estresse. Demonstram pouca confiança nos demais e são relutantes em dar informações sobre as lesões da criança. Há uma crítica excessiva deles em relação à criança, não havendo a interação esperada entre pai e filho. Além disso, o tratamento proposto pelo profissional frequentemente não é seguido (KENNEY, 2006).

A criança apresenta ansiedade excessiva, rejeição às relações psicoafetivas, baixa autoestima, retraimento, inibição, timidez, passividade, ausência de resposta a estímulos sociais, diminuição da capacidade de atenção e atraso da linguagem (RAMOS; SILVA, 2011).

A agressão geralmente está acompanhada do silêncio da vítima, reforçado pelo sentimento de medo, vergonha e culpa. Este silêncio torna a intervenção difícil, exigindo do profissional da saúde atenção aos sinais corporais, além dos verbais. Mudanças frequentes de humor, comportamentos extremos de agressão ou de retraimento excessivo com explosões inapropriadas, receio dos pais, demonstração de medo e de angústia sobre voltar para casa, comunicação relutante, apreensão com o choro de outras crianças e grande desconforto frente ao contato físico revelam a possibilidade de exposição à violência (ASSIS; FERREIRA, 2012; IVANOFF; HOTTEL; CHRIS, 2013).



A Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências (BRASIL, 2014) elenca os seguintes sinais suspeitos em crianças vítimas de violência:

- Choro e irritabilidade frequentes, sem motivo aparente;
- Olhar indiferente e apático;
- Atraso no desenvolvimento com regressão de etapas já atingidas;
- Recusa alimentar e vômitos persistentes;
- Enurese e encoprese;
- Dificuldade no desenvolvimento da fala;
- Distúrbios do sono, pesadelos e terror noturno;
- Tendência antissocial e de isolamento;
- Comportamentos obsessivos com atitudes compulsivas;
- Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio;
- Desenvolvimento de tiques e de manias;
- Doenças diversas com causas incertas, principalmente alergias;
- Baixa autoestima e autoconfiança prejudicada.

Crianças vítimas de violência doméstica apresentam baixo rendimento escolar e dificuldade na relação com os colegas, utilizando a violência como meio de resolução de conflitos, havendo relação importante entre o abuso doméstico sofrido e a agressividade da vítima em outros locais (ESPINOZA-GÓMEZ et al., 2010; SUHURT, 2015b).

A atitude familiar frente à violência doméstica manifesta-se de maneiras diversas: aceitação do ocorrido com naturalidade ou com pouca importância aos fatos; ocultação da situação por medo das consequências judiciais e para encobrir a falta do agressor - quando este é um dos membros da família (na maioria dos casos, a violência é causada por um dos pais, padrastos, irmãos, cunhados) (SÁBADO et al., 2019).

Durante a abordagem, as questões devem ser incluídas com naturalidade em meio às questões do prontuário a fim de reduzir o desconforto e facilitar o relato pelo paciente (MASSONI et al., 2010).




COMPORTAMENTO DOS RESPONSÁVEIS EM RELAÇÃO A CADA VIOLÊNCIA (conforme VILELA, 2008):

FÍSICA: Coloca a criança em posição de má e de desobediente; ocorre abuso de álcool ou drogas; elabora expectativas irreais acerca da criança mediante uma disciplina severa; há histórico de maus-tratos na família.

SEXUAL: Demonstra possessividade em relação à criança, negando contatos sociais convencionais; acusa a criança de promiscuidade, sedução sexual e de ter atividade sexual fora de casa; crença do contato sexual como expressão de amor familiar, enquanto alega outro agressor para proteger membro da família.

PSICOLÓGICA: Incide sobre a criança expectativas irreais; rejeita; aterroriza; ignora; desqualifica; corrompe; isola; descreve a criança como má e como diferente das demais.

NEGLIGÊNCIA: Imprime apatia e passividade perante a situação da criança; apresenta baixa autoestima e importante descuido com a higiene; não há urgência ou importância em resolver as necessidades de atenção da criança.




Os FATORES DE RISCO incidem sobre os campos individuais, familiares, comunitários e sociais. Famílias onde os responsáveis comunicam-se por meio do autoritarismo, da humilhação, imprimindo e distinguindo valores e direitos relacionados ao gênero dos filhos; abuso de álcool e de outras drogas por parte dos responsáveis, baixo poder aquisitivo com repetidas crises financeiras, nível primário de escolaridade, histórico de violência intrafamiliar presente nas famílias dos pais, são fatores propícios à violência doméstica. Em relação ao gênero e à cor da pele, crianças do gênero feminino e negras correspondem à maioria das vítimas; em contrapartida, o maior número de casos fatais ocorre contra crianças do gênero masculino e negros (RAGOZZINO; HENEMANN; CARDOSO; 2022).

Em relação ao PERFIL DO AGRESSOR, o pai e a mãe são os principais abusadores (sugerindo que a cultura da educação por parte da violência segue presente na sociedade), seguido por vizinhos, companheiros dos responsáveis, tios, avós, irmãos e amigos da família. Em todos os casos, há uma relação de confiança e de familiaridade entre vítima e agressor, o que acaba gerando maior receio por parte da criança em relatar o abuso, uma vez que ela teme ser retaliada; além disso, há o desejo da criança de que a violência cesse, sem que para isso seja necessária a exposição da situação - pois, ao mesmo tempo que o abusador a violenta, por ter com a criança laços afetivos, a mesma dispõe de sentimentos ambíguos onde, ao mesmo tempo que deseja o fim do abuso, não deseja que o abusador seja punido (RAGOZZINO; HENEMANN; CARDOSO; 2022).



*Consequências
para as crianças*

VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA




Receber cuidado forma valores de referência para a criança na construção da sua própria identidade e na formação das suas primeiras ideias sobre si mesma, sobre os outros e sobre o mundo (LOURENÇO et al., 2013).

Crianças tendem a reproduzir o cuidado e a forma de relacionamento familiar despendidos a ela em outros contextos por meio da observação e da imitação. Se o modelo comportamental apresentado for violento, como no caso do testemunho da violência entre os próprios pais, a criança pode entender o comportamento agressivo como uma forma apropriada de resolução de conflitos (BANDURA; AZZI & POLYDORO, 2008; BANDURA; LOURENÇO et al., 2013; ROSS; ROSS, 1961).

Quanto maior a precocidade, a intensidade e o prolongamento da situação de violência, maiores e mais duradouras serão as consequências e os danos. Sendo assim, o impacto da violência doméstica no desenvolvimento e na saúde da criança exposta receberá interferência de características como idade da vítima, frequência, duração, a natureza e gravidade da agressão, vínculo afetivo entre agressor e agredido, suporte disponível (BRASIL, 2014; YOUNT et al., 2011).

Em uma análise rápida e superficial, crianças vítimas de violência podem aparentar calma logo após o episódio de agressão, mas isso não conclui que não haverá consequências ao seu desenvolvimento, pois os sinais e sintomas de violência doméstica podem não estar aparentes - porém os mesmos serão potencializados e cumulativos, conforme ocorrer a progressão da violência sem que ocorra sua interrupção e tratamento adequado (BRASIL, 2014).

Tem-se documentado com frequência a associação de violência doméstica com alterações de desenvolvimento, trazendo consequências negativas imediatas e mediatas para a saúde (GARBIN et al., 2012). Crianças expostas ao abuso doméstico mostram maiores dificuldades comportamentais, emocionais e cognitivas em comparação àquelas que não sofreram violência (LALIBERTE et al., 2010).



A criança pode sofrer violência doméstica direta e indireta. Se alvo do abuso for a criança, é considerada vítima direta. Se exposta às cenas de agressão entre os pais, é uma vítima indireta (PEREIRA et al., 2009). A que presencia situações de abuso contra a sua mãe, está sofrendo abuso emocional e terá consequências negativas em sua saúde, relações emocionais e mentais. Dentro da violência indireta, temos a observação direta que inclui testemunho de agressões físicas e sexuais contra suas mães, e a observação indireta ao ouvir a agressão ou observar suas consequências, por exemplo vendo contusões, cortes e móveis quebrados (HOLT et al., 2008).

As crianças enxergam seus pais abusivos de duas maneiras contraditórias: em certos momentos como pais bons e amados, enquanto em outros momentos como ruins e agressivos (HOLT et al., 2008).

CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS E COMPORTAMENTAIS

O cuidado despendido à criança com afeto e respeito funciona como potencializador do desenvolvimento da autoestima, autoconfiança e confiança no mundo, autonomia e demais aprendizados (BRASIL, 2014).

Devido a sua dependência do mundo adulto para sua própria sobrevivência, a reação infantil reflete o que à criança foi apresentado e ensinado. Logo, crianças agem com terceiros seguindo o modelo por elas conhecido, valendo-se da reprodução dos atos de violência ou de afeto (BRASIL, 2014; SUHURT et al., 2015a).

Durante o desenvolvimento infantil, as experiências traumáticas imprimem emoções negativas na mente das crianças. A falta de comunicação e de apoio, característica comum aos lares abusivos, dificulta a adequada expressão das experiências emocionais. Como consequência, as crianças apresentam dificuldades para conhecer e administrar as suas intensas emoções negativas, e podem apresentar um descontrole ou um excessivo controle das emoções (HOLT et al., 2008).



CONSEQUÊNCIAS DURANTE A GESTAÇÃO

Os maus-tratos infantis podem ser classificados em pré-natais e pós-natais. Os pré-natais compreendem episódios não acidentais durante a gestação que podem contribuir negativamente no desenvolvimento do feto. Já os pós-natais ocorrem no decorrer da vida da criança com consequências no desenvolvimento físico e psicológico (GARCIA et al., 2008).

A exposição no útero ou durante a infância a situações recorrentes de raiva e agressão pode alterar sistemas de regulação biológicos fundamentais para a manutenção da saúde física e mental. A exposição precoce a esses estressores pode causar efeitos em cascata irreversíveis com predisposições genéticas. Como consequência, há prejuízos intelectuais, comportamentais, de saúde e de estatura (YOUNT et al., 2011).

Gestantes em situação de violência apresentam gravidez abaixo do peso e baixo peso ao nascer, infecções e anemia, déficit de ferro e micronutrientes, elevação da pressão, maior índices de doenças sexualmente transmissíveis e doenças da tireóide (YOUNT et al., 2011).

CONSEQUÊNCIAS EM BEBÊS

Bebês são totalmente dependentes de outras pessoas e suas vidas giram em torno do apego primário a um prestador de cuidados, geralmente suas mães. Quando submetidos a um ambiente com violência, podem manifestar irritabilidade excessiva, regressão no aprendizado da linguagem, pouco controle do esfíncter, distúrbios do sono, estresse emocional e medo de estar sozinho (HOLT et al., 2008).

Crianças em idade pré-escolar expostas à violência doméstica têm mais problemas comportamentais, sociais, sintomas de estresse pós-traumático, maior dificuldade em desenvolver a empatia, e pior autoestima do que aquelas que não foram expostas. Nessa fase, a capacidade limitada em verbalizar as emoções se traduz em acessos de raiva e de agressão, choro, desânimo ou ansiedade. O medo pode resultar em dores de cabeça, dores estomacais, asma, insônia, pesadelos, sonambulismo e enurese (HOLT et al., 2008).



CONSEQUÊNCIAS EM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR

Crianças com idade entre seis e 12 anos estão desenvolvendo uma consciência emocional mais sofisticada de si mesmas em relação aos outros. Caso ela esteja presenciando violência doméstica contra sua mãe, por exemplo, nessa fase a criança começa a ter uma melhor consciência de como esse abuso afeta a sua mãe. Começa a pensar sobre as razões para a violência de forma mais complexa, além de iniciar um processo de tentar prever ou prevenir as situações de abuso. Essa consciência ainda é egocêntrica, então a criança pode culpar a si mesmo pelo abuso que a mãe esteja sofrendo (HOLT et al., 2008).

Para as crianças em idade escolar, o desempenho acadêmico e social obtido na escola influencia diretamente na sua autoestima. Sendo assim, a maioria das crianças que sofrem violência, irão esconder o seu "segredo" de todos para evitar a vergonha (HOLT et al., 2008).

A violência doméstica traz dificuldade de aprendizagem, pouco aproveitamento, falta de motivação, evasão escolar, repetência e necessidade de educação especial (PÉREIRA et al., 2009).

CONSEQUÊNCIAS NA ADOLESCÊNCIA


Na adolescência há insegurança e dificuldade em formar relacionamentos íntimos saudáveis devido aos modelos apresentados em sua família (HOLT et al., 2008).

Com frequência, jovens infratores foram expostos à violência doméstica, tendo como consequência envolvimento com comportamento antissocial, crime violento, abuso de substâncias, delinquência e criminalidade adulta (HOLT et al., 2008).

Nessa fase, iniciam tentativas de intervir no abuso e prover apoio emocional às outras vítimas, por exemplo, a mãe. A raiva pode ser dirigida para o abusador, e a mãe é percebida como incapaz de sair daquela situação por estar desprotegida. Mesmo quando o papel de tomada de cuidados é adotado, a sensação que se tem sobre o controle do ambiente é vaga ou inexistente e a aflição emocional existirá da mesma forma (HOLT et al., 2008).



A consulta odontológica
E A LEMBRANÇA DO TRAUMA



Mulheres que sofreram abuso sexual na infância podem apresentar dificuldades durante a consulta odontológica, pois para elas, os procedimentos odontológicos podem provocar memórias associadas ao abuso. O mesmo tende a ocorrer com consultas em ginecologia e obstetrícia (LEENERS et al., 2007).

Tanto o abuso infantil, quanto a consulta odontológica são situações onde a criança ou a paciente é deixada sozinha no ambiente com alguém com maior poder sobre ela, colocada em posição horizontal, experienciando ou antecipando a dor. Os abusadores muitas vezes iniciam a violência com atividades aparentemente inofensivas, sugerindo representar o amor ou a educação necessária. Com grande frequência, a atividade sexual envolve a boca da criança; o tratamento com o cirurgião-dentista exige que a boca seja tocada e que instrumentos sejam inseridos em seu interior. No atendimento odontológico, o dentista reafirma frequentemente ao paciente, tanto quanto os agressores fizeram, que, embora a experiência possa ser dolorosa ou desagradável, será bom para eles no final (LEENERS et al., 2007; RAJA et al., 2015).


Um estudo realizado na Alemanha comparou os dados de mulheres com histórico de abuso sexual. Durante o tratamento odontológico, 28% tiveram memórias da situação de abuso, tendo como pontos de partida a informação de que o procedimento causaria um pouco de dor (4,2%), equivo em posição horizontal (16,7%), tratamento sem prévio anúncio (8,3%), sentimento de impotência (29,2%), aproximação da boca, cabeça, ou pescoço (12,5%), necessidade de manter-se imóvel durante o tratamento (8,3%) e dor (12,3%) (LEENERS et al., 2007).

No mesmo estudo, foram sugeridas por parte das vítimas formas de redução do estresse psicológico durante o atendimento odontológico: anestesia adequada (30%); diminuição dos ruídos pelos instrumentos dentários (30%); capacitação dos odontólogos sobre violência doméstica e suas consequências no atendimento em odontologia (75%); opção de parar o procedimento por parte do paciente, caso haja desconforto (20%); opção do paciente visualizar o procedimento que está sendo realizado (10%); distração (5%); técnicas de relaxamento (5%); e acompanhamento por uma pessoa de confiança (5%) (LEENERS et al., 2007).



Conduta do cirurgião-dentista


FRENTE AOS CASOS SUSPEITOS OU
CONFIRMADOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA



Os profissionais da área de saúde possuem um importante papel na identificação, tratamento e encaminhamento de casos de violência doméstica (ANDRADE et al., 2011). A maioria dos estudos mostra que os locais com o maior número de lesões decorrentes da violência doméstica compreendem a região orofacial: cabeça, face, boca e pescoço. Sendo assim, o cirurgião-dentista encontra-se em uma posição oportuna para identificar essas crianças (FIGUEIREDO et al., 2014), devendo suspeitar, registrar e notificar casos suspeitos de violência (NUZZOLESE et al., 2009).

Partindo do momento da suspeita de violência doméstica, é importante a tentativa de estabelecimento de uma relação de confiança com a criança para que a mesma converse abertamente. Para tanto, a abordagem de assuntos neutros e de interesse infantil pode fazer com que o paciente se sinta à vontade e relaxe (NUZZOLESE et al., 2009). Durante a conversa, é importante evitar tanto atitudes de acusação, quanto de paternalismo, mantendo um diálogo sem julgamentos (COULTHARD et al., 2020). Ainda que o quadro de violência doméstica esteja clinicamente estabelecido, a criança vítima do abuso pode não revelar o que ocorre por temer as consequências dessa notícia (CHRISTIAN, 2015).

Quando a história do trauma estiver sendo narrada por um dos responsáveis, recomenda-se evitar interrupções para que o relato não receba influências de perguntas ou de interpretações realizadas pelo profissional. Por outro lado, questionamentos sobre as características comportamentais da criança antes, durante e após a ocorrência da lesão, podem revelar informações que caracterizarão o tipo de cuidado ao qual a mesma é submetida rotineiramente (CHRISTIAN, 2015).




A violência contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública complexo que envolve causas socioeconômicas e histórico-culturais. Fenômenos como a má distribuição de renda, a migração, a pobreza, o processo de urbanização acelerado e a ineficácia das políticas sociais constroem um contexto propício às situações de violência e de violação de direitos. Somam-se a isso outras causas, como baixa escolaridade, uso de drogas, alcoolismo e famílias desestruturadas emocionalmente (VILELA, 2008).

Como grupo de risco para vítimas de violência doméstica, encontra-se pessoas do sexo feminino e da cor preta. A violência contra mulheres tem como base a hierarquia observada nas famílias onde as relações de gênero determinam a importância de cada membro (BRASIL, 2024).

Segundo o Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal (VILELA, 2008), recomenda-se os seguintes cuidados durante o acolhimento de casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica:

- Incluir na conversa assuntos diversos, podendo utilizar como recursos de comunicação com a criança o uso de jogos, desenhos e livros.
- Tratar criança e responsável com respeito e atenção.
- Considerar a possibilidade de escutar o relato da criança sem a presença do responsável com respeito e privacidade.
- Utilizar as mesmas expressões trazidas pela criança para identificar as diferentes partes do corpo - correções ou interrupções nesse momento podem desmotivar o relato.
- Evitar fazer promessas, incluindo não prometer guardar segredo antes de saber o que será revelado.
- Respeitar a singularidade de cada pessoa.
- Escutar e atender de forma humanizada.
- Demonstrar compreensão perante a história relatada.
- Lembrar que a criança não é culpada pela situação ocorrida.
- Limitar o acesso às informações relatadas apenas àqueles que contribuirão com a rede de proteção.
- Evitar a revitimização.



A Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b) coloca como suas diretrizes a responsabilidade profissional com a implicação perante os problemas e as demandas dos usuários, centrando-se na resolução como co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Para tanto, necessita-se que as práticas profissionais sejam baseadas no respeito à identidade do usuário através do conhecimento do contexto familiar e laboral e de um atendimento baseado na integralidade.

O Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 1.968/GM, de 25 de outubro de 2001, estabelecendo que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde, integrantes ou participantes do SUS, notifiquem aos Conselhos Tutelares da localidade os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nessas entidades.

A notificação dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos/violência sexual contra criança e adolescente também é obrigatória desde 1990 com a aprovação da Lei no 8.068 - Estatuto da Criança e do Adolescente, ECA (BRASIL. 1990).

O art. 13 do ECA determina que: “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais” (BRASIL. 1990).

No art. 245, o ECA trata como infração administrativa, sujeita a multa de três a vinte salários de referência (aplica-se o dobro em caso de reincidência), a não comunicação, por médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e ensino fundamental, pré-escola ou creche, às autoridades competentes dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes (BRASIL. 1990).

A Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências (BRASIL, 2014) cita atitudes não recomendadas e recomendadas durante o atendimento com suspeita de violência doméstica:

ATITUDES NÃO RECOMENDADAS:


- Perguntar de forma direta para a criança se um dos pais foi o responsável pelo que aconteceu com ela;
- Insistir repetidamente em informações contraditórias;
- Demonstrar desaprovação, raiva e indignação;
- Comunicar-se e lidar com a situação em postura de policial ou detetive;
- Fazer promessas que não poderá cumprir;
- Utilizar frases como “isso não foi nada”, “não precisa chorar”, desconsiderando e não acolhendo os sentimentos da criança.

ATITUDES RECOMENDADAS:

- Ouvir atentamente o que a criança relata, evitar interrompê-la e demonstrar segurança durante o atendimento;
- Evitar perguntas diretas sobre detalhes do ato de violência;
- Respeitar o ritmo da criança, permitindo que ela se expresse com suas próprias palavras. Se for indagar a precisão de tempo, associar o evento a datas comemorativas, como Natal, Páscoa, férias, aniversários, pode auxiliar o relato da criança;
- Falar de forma simples e clara para que a criança compreenda o que está sendo dito. Sugere-se empregar as mesmas palavras usadas pela criança para referir-se a alguma parte do corpo, por exemplo;
- Apenas diante da permissão da criança, manifestar apoio e segurança por meio de contato físico.

A cartoon illustration of a brown bear's face, wearing a yellow and pink party hat. The bear has a white muzzle with a black nose and a small smile. The background is a light yellow gradient with orange borders at the top and bottom, each featuring white clouds. The text 'Registro em prontuário' is written in a blue, cursive font across the bear's face.

Registro em prontuário



O prontuário deve conter dados da anamnese, exame físico (descrevendo detalhadamente as lesões - localização, formato e dimensões), fotografias e radiografias, dados pessoais e familiares, exames complementares solicitados, notificações e demais procedimentos/encaminhamentos adotados (BRASIL, 2014; NAIDOO, 2000).

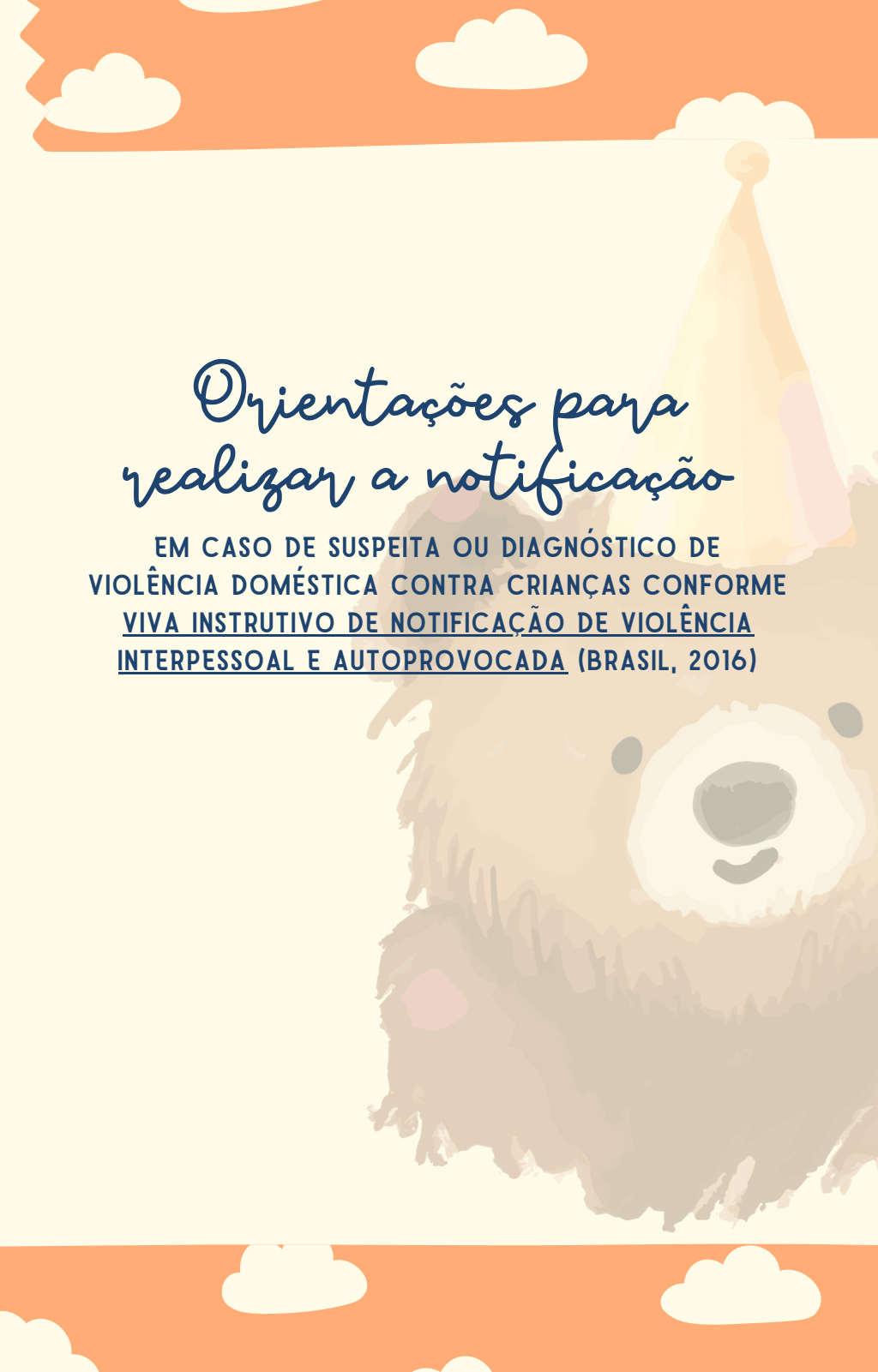
Durante a consulta, deve-se incluir perguntas sobre o histórico do paciente e como ocorreu o acidente, documentando as informações relevantes (SANTOS et al., 2007).

Em prontuário eletrônico, há a possibilidade de anexar imagens de fotos, radiografias e demais exames complementares; além disso, para que informações relevantes sejam facilmente visualizadas quando o prontuário for acessado, sugere-se utilizar os campos “dados importantes” em destaque na tela inicial do prontuário do paciente.

Quando há revelação da violência por parte da criança, dados importantes que podem ser incluídos no prontuário incluem o período em que ocorreu o abuso e o número de vezes. Considerando que crianças mais novas não conseguem relatar datas ou meses específicos com precisão, pode-se contextualizar a partir de aniversários, feriados ou férias (MASSONI et al., 2010).

Recomenda-se registrar o relato o mais fielmente possível, transcrevendo aquilo que foi dito de modo a evitar ser sintético. O comportamento da criança, do adolescente e de sua família, bem como seus sintomas psicológicos, devem ser registrados em detalhe, para que as autoridades que atuam na proteção e defesa da criança ou do adolescente tenham conhecimento da gravidade da situação à época do atendimento (BRASIL, 2014).

O Código de Ética Odontológico assegura, no seu artigo 14, parágrafo único, como justa causa para revelação de fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício da sua profissão os casos de notificação compulsória de doença e de colaboração com a justiça nos casos previstos em lei (CFO, 2012).



Orientações para realizar a notificação

EM CASO DE SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS CONFORME
VIVA INSTRUTIVO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA
INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA (BRASIL, 2016)

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é organizado em dois componentes (BRASIL, 2014):

- **Componente I – Vigilância contínua (Viva Contínuo/Sinan):** Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas;
- **Componente II – Vigilância sentinela (Viva Inquérito):** Vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares.

Com a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, e posteriormente da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória.

A **FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL** deve ser utilizada para notificação de qualquer **caso suspeito ou confirmado** de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e os homens em todas as idades.

A ficha de notificação individual é composta por dez blocos, sendo eles: Dados Gerais, Notificação Individual, Dados de Residência, Dados da Pessoa Atendida, Dados da Ocorrência, Violência, Violência Sexual, Dados do Provável Autor da Violência, Encaminhamento e Dados Finais; além de campos destinados para informações complementares e observações.

O profissional de saúde deve realizar a notificação, ainda que seja apenas suspeita de violência doméstica, para que as autoridades competentes possam avaliar o caso (BRASIL, 2004a). Funciona como um instrumento de proteção e de garantia de direitos, não configurando denúncia (BRASIL, 2014; BRASIL, 2022a).

A notificação compulsória, além de cessar a progressão de violência, gera dados sobre as proporções de abusos sofridos, auxiliando no direcionamento de políticas públicas, sendo obrigatória para profissionais de saúde (ALVES & CAVALCANTI, 2003; ALVES et al., 2016; NASCIMENTO et al., 2023; SANTOS et al., 2021).

A NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA É COMPULSÓRIA PARA:

- Violência contra criança – ambos os sexos, na faixa etária de zero a 9 anos, independentemente do tipo ou da natureza da violência.
- Violência contra adolescente – ambos os sexos, na faixa etária de 10 a 19 anos, independentemente do tipo ou da natureza da violência.

A faixa etária de notificação de violência contra crianças e adolescentes adotada na Vigilância de Violências e Acidentes é a faixa definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) defina criança na faixa etária de zero a 11 anos e adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos, o Ministério da Saúde adota a faixa etária definida pela OMS, sendo criança a faixa de zero a 9 anos e adolescentes, de 10 a 19 anos.

A notificação é dever de todos profissionais de saúde. Portanto, a equipe de saúde do local onde a suspeita ocorreu pode definir qual profissional preencherá a ficha de notificação - embora seja recomendado que esse preenchimento seja realizado por quem atendeu a vítima em um primeiro momento, considerando que a abordagem desses casos geralmente ocorre de maneira multiprofissional e, considerando as peculiaridades do território enquanto proteção da equipe, a ficha de notificação ficará a cargo de acordo com o contexto de cada caso (BRASIL, 2017).

Ainda para proteção do profissional e da equipe de saúde, sugere-se que as comunicações exigidas por lei às instâncias de proteção e responsabilização não identifiquem o profissional ou o serviço de origem da notificação (BRASIL, 2017). Lembrando que notificar não significa realizar uma denúncia policial, e que os registros da ficha encaminhada serão utilizados, de forma sigilosa, para caracterizar as situações de violência em determinada região e estabelecer medidas prioritárias tanto no setor de saúde quanto em outros setores (BRASIL, 2024).

Ressalta-se que aos estabelecimentos de saúde também recai o dever da notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica. Diante disso, os profissionais, evidenciando àqueles com atuação direta à população de determinado território, devem receber apoio, suporte e proteção para que não sofram retaliações ou ameaças dos autores da violência (BRASIL, 2017).

Sendo assim, é importante que a gestão local organize estratégias para proteção dos trabalhadores de saúde para que estes possam desenvolver suas competências e habilidades seguindo os princípios da ética, da humanização e da integralidade; pois, nas situações de violência, todos merecem cuidado e proteção: pessoas em situação de violência, familiares e profissionais da saúde (BRASIL, 2017).

PRIMEIRO PASSO: Registrar em PRONTUÁRIO;

SEGUNDO PASSO: Preencher a FICHA DE NOTIFICAÇÃO Individual/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (Viva-Contínuo) em TRÊS VIAS, onde:

- Encaminhar uma via ao SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE/Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município;
- Encaminhar uma via ao CONSELHO TUTELAR e/ou autoridades competentes (Vara da Infância e da Juventude ou Ministério Público);
- Armazenar uma via na UNIDADE DE SAÚDE onde o caso foi notificado.

No caso de violência contra crianças e adolescentes, é obrigatória a comunicação do caso ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes, conforme exigência do artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Caso não tenha Conselho Tutelar no município, deve-se comunicar ao Juizado da Infância e da Juventude (MATOS et al., 2013).

A via da ficha de notificação que será encaminhada ao Serviço de Vigilância em Saúde/Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município, terá seus dados registrados no módulo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-Net). Esse registro tem como objetivo traçar as características das situações de violência, analisando tipos e natureza do abuso, perfil das vítimas e dos agressores, sendo primordial no planejamento das ações de prevenção e de atenção integral às vítimas de violências em todo o território do país (BRASIL, 2014).

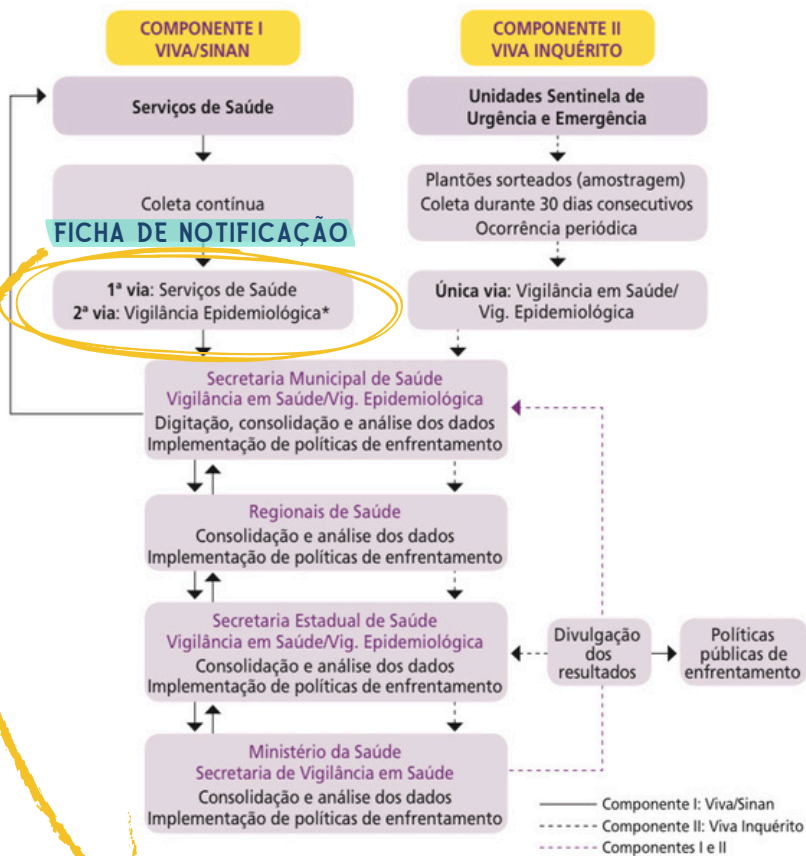
A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é responsável pela implantação da vigilância contínua de violências, incluindo a digitação, a consolidação, a análise dos dados, a disseminação das informações e o envio das bases para as respectivas Secretarias de Estado de Saúde (SES) e, posteriormente, ao Ministério da Saúde.

A vigilância contínua tem por objetivo a articulação e a integração com a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violências, visando a integralidade e a humanização no âmbito das políticas de assistência social e do sistema de proteção e garantia de direitos humanos.

Os fluxos de referência devem estar configurados em rede, envolvendo serviço de saúde, assistência social, educação, conselhos tutelares, conselhos de direitos, de proteção, de justiça, além de organizações governamentais, não governamentais e setor privado.

É uma competência da gestão local a definição de estratégias de acompanhamento dos casos e o suporte aos profissionais.

COMPONENTES DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES (BRASIL, 2016)



Fonte: Viva Sinan/SVS, MS.

- 1A. VIA: ARMAZENAR NA UNIDADE DE SAÚDE NOTIFICADORA;
- 2A. VIA: ENCAMINHAR PARA O SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE;
- 3A. VIA: ENCAMINHAR AO CONSELHO TUTELAR.

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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		Código (CID10)		3 Data da notificação	
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Y09			
	4 UF	5 Município de notificação				Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade Notificadora		<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros		Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência	
	7 Nome da Unidade Notificadora				Código (CNES)			
	8 Unidade de Saúde						11 Data de nascimento	
	10 Nome do paciente						15 Raça/Cor	
	12 (ou) Idade		13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1- Ignorado		14 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado	
16 Escolaridade		0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica		17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		
Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência		Código (IBGE)		21 Distrito		
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)				Código	
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1				
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP			
	30 (DDD) Telefone		31 Zona		32 País (se residente fora do Brasil)			
			1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado					

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil				
	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
Dados da Ocorrência	36 Orientação Sexual		37 Identidade de gênero:		
	1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-Travesti 2-Mulher Transsexual 3-Homem Transsexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		
Dados da Ocorrência	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		
	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento				
	40 UF	41 Município de ocorrência		Código (IBGE)	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	
49 Ponto de Referência		50 Zona		51 Hora da ocorrência	
		1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		(00:00 - 23:59 horas)	
52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes?			
01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		54 A lesão foi autoprovocada?	
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	

55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado

56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Física Tráfico de seres humanos

Psicológica/Moral Financeira/Econômica Intervenção legal

Tortura Negligência/Abandono Outros

Sexual Trabalho infantil

57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Força corporal/ espancamento Obj. perfuro-cortante Arma de fogo

Enforcamento Substância/ Obj. quente Ameaça

Obj. contundente Envenenamento, Intoxicação Outro

58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

Assédio sexual Estupro Pornografia infantil Exploração sexual Outros

59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

Profilaxia DST Profilaxia Hepatite B Coleta de sêmen Contracepção de emergência

Profilaxia HIV Coleta de sangue Coleta de secreção vaginal Aborto previsto em lei

60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado

61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Pai Ex-Cônjuge Amigos/conhecidos Policial/agente da lei

Mãe Namorado(a) Desconhecido(a) Própria pessoa

Padrasto Ex-Namorado(a) Cuidador(a) Outros

Madrasta Filho(a) Patrão/chefe Pessoa com relação institucional

Cônjuge Irmão(ã) Pessoa com relação institucional

62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado

63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

64 Ciclo de vida do provável autor da violência:

1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)

2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado

65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) Conselho do Idoso Delegacia de Atendimento à Mulher

Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) Delegacia de Atendimento ao Idoso Outras delegacias

Rede da Educação (Creche, escola, outras) Centro de Referência dos Direitos Humanos Justiça da Infância e da Juventude

Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) Ministério Público Defensoria Pública

Conselho Tutelar Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente

66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX

69 Data de encerramento

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____

Observações Adicionais:

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 **TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180** **Disque Direitos Humanos 100**

Notificador Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____

Nome _____ Função _____ Assinatura _____

Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015



*Atuação da equipe de
saúde da família*

E REDE DE PROTEÇÃO

A área da saúde tem a possibilidade de ser o primeiro contato em um caso de violência, tanto pela territorialização através dos agentes comunitários de saúde, quanto pela procura das famílias por atendimento nos serviços de saúde. No entanto, considerando a complexidade da violência doméstica, é imperativa a articulação intersetorial entre saúde, assistência social, educação, segurança, defesa e proteção, permitindo a atenção integral às crianças e suas famílias em situação de violência (BRASIL, 2014).

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Primeiro nível de atenção à saúde, sendo a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). As equipes da Atenção Primária desempenham ações de saúde individual e coletiva, tanto nas unidades, quanto no território - pela proximidade geográfica com as famílias, esses profissionais têm maior probabilidade de identificar sinais e sintomas suspeitos de violência doméstica em crianças, podendo realizar o acolhimento, o atendimento, a notificação e o encaminhamento para a rede de cuidado e de proteção social (BRASIL, 2014; BRASIL, 2023).

Por tratar-se de uma abordagem complexa, é fundamental a multiprofissionalidade no cuidado, incluindo equipe de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde e de Controle de Endemias. Importante e altamente relevante a participação de profissionais da área de saúde mental, seja através de referência direta ou das equipes eMulti (equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas do conhecimento e categorias profissionais) como apoio matricial às equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2014).

O atendimento multiprofissional é importante ao mensurar a gravidade da situação de violência e também como campo de compartilhamento de saberes, proporcionando aos profissionais da equipe da Atenção Básica mais segurança na tomada de decisões (MOREIRA, et al., 2014).

Ferramentas como Genograma e Ecomapa podem ser úteis à atuação da equipe em situações de violência doméstica enquanto compreensão da composição e da estrutura relacional intrafamiliar e a relação com o meio que a cerca, pois uma família pouco conectada entre si e com a comunidade, necessita de mais investimentos da equipe de Saúde da Família para melhora na sua qualidade de vida (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011).

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O amparo mental às crianças e suas famílias em situação de violência é um fator de cuidado e de proteção, tanto para trabalhar o fortalecimento e a autonomia, quanto para romper a cadeia da violência, além de acompanhar e tratar prováveis sequelas psíquicas e emocionais resultantes da violência doméstica (BRASIL, 2014).

A rede é constituída pelos seguintes serviços (BRASIL, 2014):

- Centros de Atenção Psicossocial (Caps) – composto por equipe multiprofissional, auxilia no tratamento individual por meio de ações intersetoriais e oferece atenção à saúde mental na rede básica de saúde.
- Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Capsi) – atendimento de crianças e adolescentes.
- Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (Caps ad) – atendimento diário a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A atenção psicossocial junto à atenção primária pode ocorrer através de matriciamento com as equipes de saúde da família através de uma equipe mínima de Saúde Mental ou com apoio dos profissionais das equipes APS eMULTI (BRASIL, 2014; BRASIL, 2023).

SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)

Política nacional que consiste em ações e serviços voltados para o fortalecimento da família através de uma organização participativa e descentralizada da assistência social. Para tanto, organiza-se em dois centros (BRASIL, 2014):

- Centros de Referência de Assistência Social (Cras) - unidade pública municipal de assistência social, localizada em áreas de maior vulnerabilidade e risco social. Composta por serviços e programas socioassistenciais de proteção básica às famílias e aos indivíduos, articulando seu território de abrangência às ações intersetoriais.
- Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) - unidade pública estadual composta por serviços especializados e continuados às famílias e aos indivíduos diante das situações de violação de direitos. Realiza a articulação com a média complexidade, com as demais políticas públicas e com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

O SUAS atua na prevenção e também no processo de superação das consequências da violência, bem como na atenção aos riscos e vulnerabilidades, inclusive de outros membros da família. O atendimento realizado nesses serviços objetiva garantir a proteção social, valorizar a vida, contribuir na superação e na reparação dos danos e da violação de direitos, prevenir a reincidência mediante apoio às crianças e suas famílias e incluir benefícios sociais à família quando necessário. Além dessas ações, a Assistência Social também pode comunicar casos de violência doméstica ao Conselho Tutelar, à Delegacia de Polícia e também ao Ministério Público (BRASIL, 2022a).

SISTEMA DE ENSINO

A educação é um espaço de prevenção e de promoção da cultura de paz, sendo também local de identificação, notificação e encaminhamento de casos de violação de direitos de crianças e adolescentes (BRASIL, 2014).

SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS


Estados e Distrito Federal podem criar varas especializadas e exclusivas da infância e da juventude (BRASIL, 1990). Há, em alguns estados, as Delegacias Especializadas em atendimento de casos de violência contra crianças e adolescentes (DECA), além de Varas da Infância e da Juventude que objetivam proteger e defender os direitos das crianças e dos adolescentes (BRASIL, 2022a).

A Lei no 13.431, de 4 de abril de 2017, criou o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente Vítima ou Testemunha de Violência, estabelecendo os procedimentos da Escuta Especializada e do Depoimento Especial como métodos adequados para que crianças e adolescentes possam ser ouvidos e atendidos com qualidade e dignidade, sem a necessidade de revivência do trauma quando houver a necessidade de encaminhamento para outros serviços (BRASIL, 2022a).

O Sistema de Garantia de Direitos é o conjunto de órgãos responsáveis por prestar os serviços de proteção a crianças e adolescentes: saúde, assistência social, educação, segurança pública e sistema de justiça são responsáveis por adotar os procedimentos necessários no caso de revelação espontânea da violência por parte da criança ou do adolescente. Esses têm o dever de realizar a escuta especializada diante de uma revelação de violência doméstica com o objetivo de assegurar o acompanhamento da vítima ou da testemunha de violência para a superação das consequências da violação sofrida (BRASIL, 2022a).

O Conselho Tutelar (CT) que “é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente” (BRASIL, 1990) tendo como objetivo garantir o acesso das crianças e dos adolescentes aos serviços públicos de saúde, educação, serviço social, sendo importante na articulação com os serviços judiciários para o cumprimento destes direitos (arts. 98, 101, 131 e 136, ECA/90) (BRASIL, 2022a).

Cada município brasileiro contará com, no mínimo, 1 (um) Conselho Tutelar como órgão integrante da administração pública local, composto de 5 (cinco) membros, escolhidos pela população local para mandato de 4 (quatro) anos (BRASIL, 2019).



O Conselho Tutelar, tanto pode ser acionado pela unidade de saúde ou outros órgãos do sistema, quanto pode ser o local do primeiro acolhimento quando diretamente procurado pela vítima ou por alguma testemunha da violência. A partir daí, caberá ao Conselho Tutelar realizar o encaminhamento à Delegacia de Polícia mais próxima, para início dos procedimentos de apuração de possível crime; informar ao Ministério Público, contatar os demais componentes da rede de proteção (BRASIL, 2022a).

Ou seja, o Conselho Tutelar, após realizar o primeiro acolhimento da criança vítima de violência doméstica, tem como funções (BRASIL, 2022a):

- Encaminhar à Delegacia de Polícia mais próxima para que a investigação do possível crime seja iniciada;
- Informar o caso ao Ministério Público para garantir as medidas de proteção indicadas a cada situação de violência.

Portanto, diante de um caso em que seja realizada a notificação compulsória de violência doméstica contra crianças ou adolescentes, a unidade de saúde notificadora entrará em contato com o conselho tutelar da sua região através de contato telefônico, virtual ou presencial para encaminhamento da cópia da ficha de notificação individual; e, a partir do recebimento desses dados, o conselheiro deve providenciar a condução do caso e os encaminhamentos necessários (BRASIL, 2022b).

A depender do caso, o Conselho Tutelar pode acionar os serviços de assistência social, atendimento psicossocial, delegacias especializadas, defensoria pública e ministério público. A assistência à criança e ao adolescente em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada, ocorrendo a condução aos locais da rede (BRASIL, 2022b):

- Centros de atendimento integral e multidisciplinar;
- Espaços para acolhimento familiar e institucional e programas de apadrinhamento;
- Delegacias, núcleos de defensoria pública, serviços de saúde e centros de perícia médico-legal especializados;
- Programas e campanhas de enfrentamento da violência doméstica e familiar;
- Centros de educação e de reabilitação para os agressores.

SISTEMA ÚNICO DE SEGURANÇA PÚBLICA (SUSP)

Integrado pelos seguintes órgãos: Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento Especializado à Mulher, Delegacias de Polícia Civil e Militares, Postos da Polícia Rodoviária Federal, Guardas Municipais, Instituto Médico Legal (IML) (BRASIL, 2014).

A relevância da Delegacia de Polícia destaca-se no sentido de que a situação de violência pode também constituir-se crime, ainda que não ocorra esse reconhecimento imediato pela população diante de algum caso de abuso doméstico. Portanto, a criança e seu responsável devem ser orientados sobre a importância do comparecimento à uma Delegacia de Polícia para apresentação do caso e, tratando-se de crime, certificar-se da ocorrência de uma investigação adequada (BRASIL, 2022a).

DEFENSORIA PÚBLICA

Instituição com atribuição de realizar a orientação jurídica, promovendo os direitos humanos e a defesa dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, a quem dela necessita. A Defensoria Pública pode ser a porta de entrada - quando procurada diretamente pela vítima, pela família ou por testemunha da situação de violência - ou pode ser o defensor quando acionada por outro órgão (BRASIL, 2022a).

MINISTÉRIO PÚBLICO

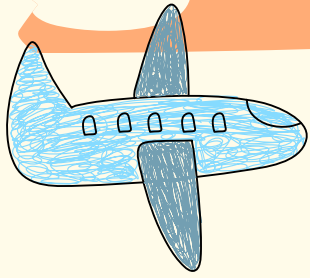
Defensor dos interesses sociais e individuais indisponíveis, como o direito à saúde, à educação e ao meio ambiente preservado, por exemplo. Tem como função a defesa da vida, dos direitos das crianças, adolescentes, idosos e incapazes (BRASIL, 2022a).



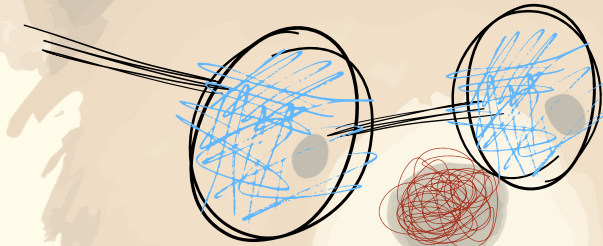
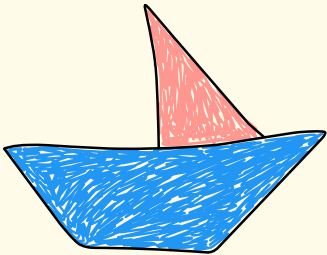
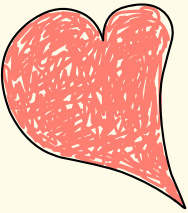
PARA DENÚNCIA DE VIOLÊNCIA CONTRA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES

 DISQUE 100 

DISQUE DIREITOS HUMANOS - DISQUE 100 É UM
SERVIÇO DE UTILIDADE PÚBLICA DO MINISTÉRIO
DOS DIREITOS HUMANOS E DA CIDADANIA



Referências



ALENCAR, A. G. et al. Reflexões sobre a formação dos discentes de odontologia para enfrentamento da violência doméstica no exercício profissional. **Rev. Mult. Psic.**, v. 14, n. 53, p. 178-197, dez. 2020.

ANDRADE, E. M. et al. A Visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 147-155. 2011.

ASSIS, F. R. E. R.; FERREIRA, E. B. Repercussões da violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Adolesc Saude**, v. 9, n. 2, p. 53-59. 2012.

ASSIS, S. G. et al. Notificação de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiv**, v. 17, n. 9, p. 2305-2317. 2012.

AVON, S. L. Forensic Odontology: The Roles and Responsibilities of the Dentist. **J Can Dent Assoc**, v. 70, n. 7, p. 453-458. .

AZEVEDO, M. S. et al. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. **Braz Oral Res**, v. 26, n. 1, p. 5-11, jan-fev. 2012.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder.** São Paulo: Iglu; 1989.

BANDEIRA, N. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes: da denúncia ao atendimento** [dissertação]. Assis: Universidade Estadual Paulista; 2009.

BAPTISTA, R. S. et al. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 4, p. 602-608. 2008.

BATISTA, V. M. A. et al. Atuação do cirurgião-dentista no reconhecimento do abuso sexual infantil. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Bahia**, v. 54, n. 1. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.**

BRASIL. Lei nº. 8.069 de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no. 737, de 16 de maio de 2001. **Dispõe sobre Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Diário Oficial da União; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde.** Brasília. 2004a.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Ministério da Saúde, Brasília - DF. 2004b.

BRASIL. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. **Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.** Brasil: Ministério da Saúde. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção de Saúde. Brasília. 2017. 22 p.

BRASIL. LEI Nº 13.824, DE 9 DE MAIO DE 2019. **Altera o art. 132 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para dispor sobre a recondução dos conselheiros tutelares**. Brasília. 2019.

BRASIL. Resolução CNE/CES no. 3, de 21 de junho de 2021. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências**. Brasília. 2021.

BRASIL. Fluxo Geral da Lei nº 13.431/2017: **Escuta especializada e do depoimento especial no atendimento a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência e guia para sua implantação**. Brasília. 2022a.

BRASIL. LEI Nº 14.344 de 24 de maio de 2022. **Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente, nos termos do § 8º do art. 226 e do § 4º do art. 227 da Constituição Federal e das disposições específicas previstas em tratados, convenções ou acordos internacionais de que o Brasil seja parte; altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), e as Leis nºs 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal), 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), 8.072, de 25 de julho de 1990 (Lei de Crimes Hediondos), e 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência; e dá outras providências**. Brasil: Ministério da Saúde. 2022b.

BRASIL. PORTARIA GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023. **Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde**. Brasil: Ministério da Saúde. 2023.

BRASIL. **A equipe de Saúde Bucal e o enfrentamento das violências**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Brasília, 2024. 44 p.

CFO, Conselho Federal de Odontologia. **Código de Ética Odontológica**. Aprovado pela Resolução CFO-118/2012. Brasília, 2012.

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S.; DE ARAÚJO, M. R. N. **A família como foco da Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: **Nescon UFMG**, 2011.

CHRISTIAN, C. W. **The Evaluation of Suspected Child Physical Abuse**. **American Academy of Pediatrics**. v. 1f, n. 5. 2015.

CONCEIÇÃO, M. I. G. et al. **Abuso sexual infantil masculino: sintomas, notificação e denúncia no restabelecimento da proteção**. **Psicol. Clin.**, v. 32, n. 1, p. 101-121. 2020.

COULTHARD, P. et al. **COVID-19, domestic violence and abuse, and urgent dental and oral and maxillofacial surgery care**. **BRITISH DENTAL JOURNAL**, v. 228, n. 12. 2020.

COSTA, A. P.; TINOCO, R. L. **Maus-tratos infantis no currículo dos cursos de Odontologia do Rio de Janeiro**. **Revista da ABENO**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 54-62. 2019.

ESPINOZA-GÓMEZ, F. et al. **Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes**. **Salud Publica Mex**, n. 52, p. 213-219. 2010.

FEITOZA, D. C. **A notificação compulsória em situação de violência contra a mulher prevista nos códigos de ética da enfermagem, medicina, psicologia e odontologia**. 20 p. Artigo (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2020.

FIGUEIREDO, M. C. et al. **Violência sexual contra crianças e seus aspectos relevantes para o profissional de saúde: relato de caso clínico**. **ConScientia e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 735-740. 2011.

FIGUEIREDO, M. C. et al. Gênero e violência no âmbito doméstico: relato de caso. **Publ UEPG Ci Biol Saúde**, v. 20, n. 1, p. 43-51. 2014.

FISHER-OWENS, S. A.; LUKEFAHR, J. L.; TATE, A. R. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. **American Academy of Pediatrics**, v. 140, n. 2. 2017.

FRANZIN, L. C. S. et al. Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. **Child Abuse & Neglect**. 2014.

FURBINO, R. N. Aspectos odontológicos associados a trauma infantil por agressão física. 2019. 47 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Campus Avançado Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida, Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares, 2019.

GARBIN, C. A. S. et al. Occurrence of Traumatic Dental Injury in Cases of Domestic Violence. **Braz Dent J**, v. 23, n. 1, p. 72-76. 2012.

GARBIN, C. A. S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1879-1890. 2015.

GARCIA, A. F. G.; MENEZES, V. A.; SILVA, P. F. R. M. Maus-tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. **Rev Odonto Ciênc**, v. 23, n. 1, p. 35-39. 2008.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; SILVA, M. J. F.; MENEZES, V. A. Maus-tratos a crianças e adolescentes: um estudo em São Bento do Uma, PE, Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 8, n. 3. 2006.

HARRIS, J. C. The mouth and maltreatment: safeguarding issues in child dental health. **Arch Dis Child Month**, fev. 2018.

HARTUNG, B. et al. Care for children with dental neglect: identification of problems and approaches to solving them. **Int J Legal Med**. 2018.

HILDEBRAND, N. A. et al. **Violência doméstica e risco para problemas em saúde mental em crianças e adolescentes**. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 28, n. 2, p. 213-221. 2014.

HOLT, S.; BUCKLEY, H.; WHELAN, S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. **Child Abuse Negl**, v. 32, n. 8, p. 797-810. 2008.

IVANOFF, C. S.; HOTTEL, T. L.; CHRIS S. Comprehensive Training in Suspected Child Abuse and Neglect for Dental Students: A Hybrid Curriculum. **Journal of Dental Education**, v. 77, n. 6, jun. 2013.

JACQUES, C. O., LEAL, G. M. Determinantes sociais e território em sua inter-relação com as famílias e os processos de saúde-doença. **Revista Sociais & Humanas**, v.30, n.1, p.75-89, 2017.

KENNEY, J. P. Domestic violence: A complex health care issue for dentistry today. **Forensic Sci Int**, v. 159, n. 1, p. 121-125. 2006.

KVIST, T.; ANNERBACK, E.-M.; DAHLLOF, G. Oral health in children investigated by social services on suspicion of child abuse and neglect. **Child Abuse & Neglect**, v. 76, p. 515-523. 2018.

LALIBERTE, T. et al. Child welfare professionals' responses to domestic violence exposure among children. **Children and Youth Services Review**, v. 32, n. 12, p. 1640-1647. 2010.

LEENERS, B. et al. Consequences of childhood sexual abuse experiences on dental care. **J Psychosom Res**, v. 62, n. 5, p. 581-588. 2007.

LIMA, B. B.; PIERI, A. Avaliação do conhecimento de docentes de odontologia da Universidade do Estado do Amazonas sobre maus-tratos infantis. **Rev Bras Odontol Leg RBOL**, [SL], v. 8, n. 1, p. 43-54. 2021.

LINCOLN, H. S.; LINCOLN, M. J. Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. **Forensic Science International**, n. 201, p. 68-73. 2010.

LOURENÇO, L. M. et al. Consequences of Exposure to Domestic Violence for Children: A Systematic Review of the Literature. **Paideia**, v. 23, n. 55, p. 263-271, mai-ago. 2013.

LUZ, M. F.; LORETO, D. B.; BARROS, B. A. Conhecimento e atuação de cirurgiões-dentistas e estudantes de odontologia frente à violência contra a mulher, com ênfase na notificação compulsória. **Rev Bras Odontol Leg RBOL**, [SL], v. 8, n. 2, p. 26-35. 2021.

MALHEIRO, J. R. **Aspetos Clínicos da Violência Doméstica: o Papel do Médico Dentista**. 2016. 104 p. Tese (Mestrado em Medicina Dentária) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2016.

MARCOLINO, L. C. M. et al. Reflexões sobre a violência relacionada às pessoas com Transtorno do Espectro Autista. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 11674-11684, set./out. 2020.

MARTIN, G. B. et al. Conhecimento e conduta de graduandos em Odontologia da UFES frente à violência infantil: um estudo transversal. **Rev Bras Odontol Leg RBOL**, [SL], v. 8, n. 3, p. 61-73. 2021.

MASSONI, A. C. L. T. et al. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 403-410. 2010.

MATOS, F. Z. et al. Avaliação do conhecimento dos alunos de graduação em odontologia x cirurgião-dentista no diagnóstico de maus-tratos a crianças. **Rev Odontol Bras Central**, v. 22, n. 63, p. 153-157. 2013.

MELO, A. M.; RIBEIRO, L. G.; MAGRI, L. V. Análise quali-quantitativa do conhecimento dos cirurgiões-dentistas acerca da temática violência contra a mulher. **Rev Bras Odontol Leg RBOL**, [SL], v. 8, n. 3, p. 02-19. 2021.

MINATTI, D.; ALBUQUERQUE, I. B. **Análise sobre o conhecimento dos profissionais de odontologia da rede pública de Maringá-PR em relação à notificação de violência interpessoal**. 2019. 36 p. Artigo (Graduação em Odontologia) - Faculdade de Odontologia UniCesumar, Centro Universitário de Maringá, Paraná, 2019.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MOREIRA, T. N. F. et al. The foundation of care: Family Health Program teams dealing with domestic violence situations. **Saúde soc**, v. 23, n. 3, jul-set. 2014.

NAIDOO, S. A profile of the orofacial injuries in child physical abuse at a children's hospital. **Child Abuse Negl**. v. 24, n. 4, p. 521-534. 2000.

NASCIMENTO, M. D. L. et al. The oral health of children and adolescents victims of domestic violence: An integrative literature review. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 11. 2023.

NEVILLE, B. et al. **Patologia oral & maxilofacial** [tradução BARROSO, D. R. C. et al.]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

NUNES, T. F. et al. Diagnóstico e notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes: conhecimento de estudantes de Odontologia. **Revista da ABENO**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 01-14. 2021.

NUZZOLESE, E. et al. Child abuse and dental neglect. **Int J Dent Hygiene**, n. 7, p. 96-101. 2009.

OLIVEIRA, D. et al. COVID 19, isolamento social e violência doméstica: evidências iniciais para o Brasil. **DEPARTMENT OF ECONOMICS, FEA-USP WORKING PAPER**, São Paulo, n. 20, p 01-15. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra. 2002.

PANTELEWICZ, A. M.; OLCZAK-KOWALCZYK, D. Erosive Tooth Wear, Presence of Parafunctional Habits and Tooth Injuries—Occurrence in a Group of Children and Adolescents Exposed to Domestic Violence. **The Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 44, n. 6. 2020.

PEREIRA, P.C.; SANTOS, A.B.; WILLIAM, L. C. A. Desempenho Escolar da Criança Vitimizada encaminhada ao Fórum Judicial. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 1, p. 19-28. 2009.

PFEIFFER, L.; WAKSMAN, R. D. **Violência na infância e adolescência**. In: Campos JA, Paes CEN, Blank D, Costa DM, Pfeiffer L, Waksman RD, editors. Manual de Segurança da Criança e do Adolescente. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, p. 95-278. 2004.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 1, p. 42-9. 2005.

RAGOZZINO, L. C. M.; HENEMANN, E. A.; CARDOSO, C. P. Caracterização da Violência contra Crianças e Adolescentes. **Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília**, v. 8, n. 1, p. 129-148, Jan./Jun., 2022.

RAMOS, M. L. C. O.; SILVA, A. L. Estudo Sobre a Violência Doméstica Contra a Criança em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo – Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 136-146. 2011.

RAJA, S. Teaching Dental Students to Interact with Survivors of Traumatic Events: Development of a Two-Day Module. **Journal of Dental Education**, v. 79, n. 1, p. 47-55, jan. 2015.

RIBEIRO, D. P.; MOHN NETO, C. R. O papel do cirurgião-dentista na descoberta dos maus tratos infantis. **Sci Invest Dent**, [SL], v. 24, n. 1, p 88-98. 2019.

ROCHA, P. C. X.; MOARES, C. L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 7, p. 3285-3296, 2011.

ROVER, A. L. et al. Violência contra a criança: indicadores clínicos na odontologia. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 43738-43750, jul. 2020.

SÁBADO, R. I. G. et al. Violencia doméstica en niños y adolescentes de la Comuna Tala Hady. **Rev. Arch Med Camagüey**, v. 23, n. 2. 2019.

SAMPAIO, T. R. et al. Prevalência do traumatismo dental em crianças vítimas da violência infantil. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 9, p. 94109-94122, set. 2021.

SANTOS, J. F. et al. Primary identification of an abused child in dental office: A case report. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**, v. 25, n. 4, p. 191-193. 2007.

SANTOS, C. A. et al. Violência contra crianças e adolescentes: conhecimentos dos odontopediatras da capital paraibana - estudo piloto. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 223-229, set-dez. 2016.

SANTOS, J. L.; FUJII, L. L. ; SALOMÃO-MIRANDA, F. Abuso sexual infantil: o papel do cirurgião-dentista. **Revista FIMCA**, Rondônia, v. 8, n. 2, p. 09-11, ago. 2021.

SCORCA, A. et al. Early childhood caries (ECC) and neglect in child care: analysis of an Italian sample. **La Clinica Terapeutica**, v. 164, n. 5. 2013.

- SERAFIM, A. P. R.; RODRIGUES, L. G.; PRADO, M. M. Maus-tratos infantis: um olhar sobre a omissão de pais na atenção à saúde bucal dos seus filhos. **Rev. Bras. Odontol. Leg. RBOL**, p. 95-105. 2016.
- SILVA, D. G.; GAVA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Sintomas e quadros psicopatológicos em supostas vítimas de abuso sexual: uma visão a partir da psicologia positiva. **Aletheia**, n. 40, p. 58-73. 2013.
- SILVA, A. F. et al. Recidiva de mucocele em paciente infantil com distúrbios psicológicos ocasionados por violência doméstica: relato de caso. **Revista de Odontologia da Braz Cubas**, v. 10, n.1, jan-jun. 2020.
- SILVA, A. O. et al. Violência doméstica: A importância da formação do Cirurgião-Dentista frente a esse agravo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. 01-09. 2021a.
- SILVA, S. S.; SANTOS, C. O.; FIGUEIREDO, C. V. O. A importância do cirurgião-dentista frente aos maus-tratos infantis: revisão de literatura. **RECIMA** 21, v. 2, n. 5, p. 1-10. 2021.
- SILVEIRA, I. A. Frequência e variáveis associadas a casos de violência na infância e adolescência e o papel do estudante de odontologia. 2017. 95 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.
- SMITT, H. S. et al. Severe caries are a clue for child neglect: a case report. **Journal of Medical Case Reports**, v. 12, n. 1. 2018
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** - Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- SUHURT, C. H. A. et al. Violencia intrafamiliar en pacientes pediátricos con problemas de salud mental. **Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud**, v. 13, n. 3, p. 8-16. 2015a.
- SUHURT, C. H. A. et al. Caracterización de pacientes en edad pediátrica, testigos de violencia doméstica. **Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud**, v. 13, n. 3, p. 45-50. 2015b.
- VALENTE, L. A. et al. Domestic Violence Against Children and adolescents: Prevalence of Physical Injuries in a Southern Brazilian Metropolis. **Braz Dent J**, v. 26, n. 1, p. 55-60. 2015.
- VAZ, L. C. M. Manifestações orofaciais em crianças violentadas sexualmente: o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 8, p. 57095-57111, ago. 2022.
- VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Rev Bras Epidemiol**, n. 23, p 01-05. 2020.
- VILELA, L. F. **Manual para atendimento às vítimas de violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008. 68 p.
- WAKSMAN, R. D.; HIRSCHHEIMER, M. R.; PFEIFFER, L. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência**. 2.ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018.
- WELBURY, R. R. **Agressão física à criança**. In: Andreasen, J. O.; Andreasen, F. M. Texto e atlas colorido de traumatismo dental. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 181-93.
- WHO, World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. **Geneva**, 1996.
- YOUNT, K. M. et al. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: A conceptual review of the pathways of influence. **Soc Sci Med**, v. 72, n. 9, p. 1534-1554. 2011.