

UNIVERSIDADE TIRADENTES

IRLAS SANTOS FERREIRA DE ALMEIDA  
RAWAN RABELO FERRAZ VIANA

A RESPONSABILIDADE DO CIRURGIÃO-DENTISTA  
NA DETECÇÃO DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS

Aracaju  
2018

IRLAS SANTOS FERREIRA DE ALMEIDA  
RAWAN RABELO FERRAZ VIANA

A RESPONSABILIDADE DO CIRURGIÃO-DENTISTA  
NA DETECÇÃO DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado à Coordenação do Curso  
de Odontologia da Universidade  
Tiradentes como parte dos requisitos  
para obtenção do grau de Bacharel em  
Odontologia.

ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DRA.  
SUZANA PAPILE MACIEL  
CARVALHO

Aracaju  
2018

IRLAS SANTOS FERREIRA DE ALMEIDA  
RAWAN RABELO FERRAZ VIANA

A RESPONSABILIDADE DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA  
DETECÇÃO DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado à Coordenação do Curso  
de Odontologia da Universidade  
Tiradentes como parte dos requisitos  
para obtenção do grau de Bacharel em  
Odontologia.

Aprovada em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Banca Examinadora

\_\_\_\_\_

*Prof.<sup>a</sup> Orientadora:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1º Examinador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2º Examinador: \_\_\_\_\_

**ATESTADO**

Eu, **Suzana Papile Maciel Carvalho**, orientadora dos discentes **Irlas Santos Ferreira de Almeida** e **Rawan Rabelo Ferraz Viana**, atesto que o trabalho intitulado: “A RESPONSABILIDADE DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA DETECÇÃO DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Suzana Papile Maciel Carvalho

*“Um amor, uma carreira, uma  
revolução: outras tantas coisas  
que se começam sem saber como  
acabarão.”*

Jean-Paul Sartre

# A RESPONSABILIDADE DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA DETECÇÃO DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS

Rawan Rabelo Ferraz Viana<sup>a</sup>, Irlas Santos Ferreira de Almeida<sup>b</sup>, Suzana Papile Maciel Carvalho<sup>c</sup>

<sup>(a)</sup> *Graduando em odontologia - Universidade Tiradentes;* <sup>(b)</sup> *Graduando em odontologia - Universidade Tiradentes;* <sup>(c)</sup> *Professora Titular do curso de odontologia da Universidade Tiradentes; Perita odontolegal no IML-SE e no IML- BA*

---

## Resumo

A violência contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública mundial e apresenta níveis de alta prevalência principalmente em países subdesenvolvidos. Atinge um número crescente de crianças e adolescentes de todas as idades e sexos, gerando consequências que afetam sua formação biopsicossocial. Em suas variadas formas, a violência está estreitamente ligada as áreas da saúde, incluindo a odontologia. Todavia, os profissionais odontólogos ainda demonstram dificuldades na detecção de quais mecanismos devem ser tomados em casos de suspeita de maus-tratos em crianças e adolescentes. O presente trabalho de revisão de literatura teve como principal objetivo mostrar a responsabilidade do Cirurgião-Dentista na detecção de maus-tratos, assim como nortear esse profissional sobre a conduta a ser tomada nos casos de suspeita, por meio da apresentação do regimento legal, dos deveres e da legislação vigente no Brasil. E, assim proporcionar informações que possam trazer segurança e tranquilidade na abordagem de casos de suspeita de maus-tratos sofridos por crianças e jovens durante o atendimento odontológico.

**Palavras chaves:** *cirurgião-dentista; crianças e adolescentes; maus-tratos; odontologia.*

---

## Abstract

Violence against children is a world public health issue with high prevalence levels, especially in underdeveloped countries. It affects a high number of children of all ages and gender which consequently, affects their biopsychosocial development. In its many ways, violence has been associated with all health fields, including odontology. However, dental practitioners still demonstrate difficulty to find out what mechanisms should be used to detect child abuse cases. This literature review aims to emphasize how important dental surgeons are in detecting child abuse and how to deal with these situations according to Brazil's legislation and professional duty. Therefore, we would present information that brings safety and tranquility in approaching cases of suspicion of child and adolescent abuse during dental treatment.

**Keywords:** *dental surgeon; child and adolescent; abuse; odontology.*

---

## 1. Introdução

A violência contra crianças e adolescentes é atualmente reconhecida como um problema de saúde pública de âmbito mundial, pois afeta indistintamente todas as nações (OMS, 2002), trazendo consequências graves para o psicológico e desenvolvimento social das vítimas e suas famílias (CARLOS, PÁDUA, FERRIANI, 2017).

Os maus-tratos atingem um número crescente de crianças e adolescentes, de todas as idades e sexos, em vários países, inclusive no Brasil (FINKELHOR, et al., 2013; MATOS; MARTINS, 2013).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, estima-se que cerca de 23% das crianças em todo o mundo sofreram abuso físico infantil (AFI) em 2014 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). E, nas grandes cidades brasileiras, a agressão é considerada a primeira causa externa responsável pelos óbitos na faixa etária de 0 a 19 anos em todo o país (MARTINS e JORGE, 2009).

Os estudos iniciais foram feitos pelo Dr. John Caffey (1946), radiologista pediátrico, o primeiro a discutir cientificamente sobre o abuso de crianças e a influência destes na prática médica e de enfermagem. Depois de ter observado raios-X de crianças com fraturas, as quais não foram explicadas pelos acidentes descritos pelos pais (CAFFEY, 1946). (KEMPE et al. 1962), continuaram a esclarecer o fenômeno em seu artigo “A síndrome da criança espancada”. Esse trabalho de Caffey teve o intuito de associar os achados radiológicos à etiologia traumática, mesmo sem a obtenção de dados positivos sobre a história de vida das crianças ou mesmo quando os responsáveis negavam veementemente sua responsabilidade quando questionados sobre o ocorrido fato dos traumas. Assim, depois desse citado artigo, o número de publicações

sobre a violência contra a criança aumentou consideravelmente.

A violência, em suas variadas formas, está estreitamente relacionada com as áreas da saúde, incluindo a odontologia. Assim, saber identificar sinais que indicam a ocorrência de eventos violentos e como proceder diante deles é uma das obrigações profissionais do cirurgião-dentista (DARUGE et al., 2016).

No Brasil, a cada dia ocorrem, em média 129 casos de violência psicológica, física, sexual, negligência contra crianças e adolescentes, que são reportados por meio de sistemas de denúncia. A cada hora, cinco casos de violência infantil são registrados no Brasil. Essa situação pode ser mais grave se levarmos em consideração que muitos desses crimes nunca chegam a ser conhecidos (UNICEF, 2015). Nesse âmbito, os profissionais da área de saúde desempenham papel imprescindível na identificação, tratamento e encaminhamento dos casos.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), em caso de negligência, o responsável por estabelecimento de atenção à saúde que deixar de comunicar a ocorrência de maus-tratos estará sujeito às sanções da lei, podendo ter como multa uma pena de três a vinte salários de referência.

Portanto, os profissionais de saúde devem suspeitar de todos os casos cujas explicações para os problemas não coincidem com os achados clínicos e com a extensão dos danos. Em casos de violência, geralmente os argumentos são vagos, inconsistentes e evasivos.

Decerto, o conhecimento satisfatório da legislação garante o cirurgião-dentista, assim como outros profissionais da saúde que se depararem com presumível quadro de maus-tratos, oferecendo maior segurança e relativo equilíbrio ao lidar com a suspeitas ou

constatação de violência sofrida por paciente.

## 2.Revisão de literatura

### 2.1 Definição, características e os tipos de maus-tratos infantis

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), constante de publicação oficial (Brasil, 2009), classificou os atos violentos em Tipos e Natureza. Os modos de violência caracterizados nas formas de tipos são: violência auto infligida, violência interpessoal e violência coletiva. Já os tipos de violência quanto a natureza são: física, psicológica, sexual e privação ou negligência.

Ainda, de acordo com o estudo supracitado, a Violência Auto infligida inclui os comportamentos suicidas e as autolesões. No país, aproximadamente 4 habitantes a cada 100.000, em média, suicidam-se. Ainda que suas taxas não aparentem ser significativas, os suicídios têm aumentado entre os jovens e os idosos.

Já a violência interpessoal pode ocorrer entre membros da família (crianças, parceiros, idosos), sendo denominada intrafamiliar ou doméstica; e nas demais relações sociais, como no trabalho, entre vizinhos, pessoas estranhas ou conhecidas, ou seja, a violência na comunidade. É a transformação do conflito em intransigência, exigindo que o outro (seja ele filho, mulher, colega, subalterno) se cale e se anule, usando autoritarismo, maus-tratos, ameaças ou provocando danos à saúde ou sua morte.

E a violência coletiva indica modos de agressão cometidos por grupos ou pelo Estado. Essa categoria é subdividida em violência social, caracterizada pelos crimes cometidos por grupos organizados e atos terroristas; violência política, em que se incluem as guerras e os conflitos entre países; e, por fim, a violência econômica, qualificada pelos atos de embargo com a finalidade

de interromper a atividade econômica de um país ou região ou negar acesso a serviços essenciais.

Com relação à natureza, a violência física ocorre quando alguém causa ou tenta causar dano a outrem, por meio de força física, de algum tipo de arma ou instrumento, acarretando lesões internas e/ou externas (BRASIL, 2001).

A violência psicológica é a ação ou omissão destinada a prejudicar ou controlar as ações, os comportamentos, as crenças e as decisões de outras pessoas, por meio de intimidação, rejeição, depreciação, discriminação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento, desrespeito e punições exageradas ou qualquer outra conduta que implique prejuízo e danos à saúde psíquica, ao desenvolvimento físico, sexual e social. É o modo de abuso mais difícil de ser identificado, apesar de extremamente frequente (PASSARINHO, 2005).

O abuso sexual visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Enquanto a privação ou negligência, seja ela material ou emocional, é caracterizada pela ausência de cuidados básicos relativos ao desenvolvimento e bem-estar físico e psicológico de alguém que deveria receber atenção e cuidados, por exemplo, crianças, adolescentes, enfermos e idosos. Nas crianças, evidenciam-se geralmente desnutrição, atraso escolar, doenças recorrentes, acidentes domésticos, comportamento apático, higiene precária, abusos sexuais, entre outros (DARUGE et al. 2016).

Segundo Vanrell. (2015). com a classificação de forma propedêutica e de modo a sintetizar, os maus-tratos infantis podem ocorrer por omissão e por ação. Os casos de omissão incluem: carências físicas que são o abandono, a falta de higiene mínima, a falta de suprimento de alimentos, a falta de proteção às inclemências climáticas (intempéries,



frio, desidratação etc.) e as carências afetivas que geram agravos no desenvolvimento psicossocial da criança. Já as por ação compreendem os maus-tratos físicos: sob a forma de contusões (tapas, murros, chutes, empurrões); lesões mecânicas: punctórias, incisas e perfuro incisas; queimaduras, por sólidos ou líquidos quentes, ou com objetos específicos (cigarros); intoxicações por álcool, sedativos (drogas psicolépticas) ou gás de cozinha, entre outras.

Algumas lesões de interesse Odontológico são: lacerações do lábio superior, com arrancamento do frênulo; escoriações da mucosa oral, resultantes da tentativa de introdução da colher para alimentar crianças inapetentes ou anoréxicas; mordeduras humanas, localizadas preferencialmente nas bochechas, tronco anterior (tórax e abdome), nádegas e coxas; queimaduras químicas, frequentes em torno dos orifícios bucal e nasal, nos lábios e língua, resultantes de esfregar pimenta (malagueta) ou soda cáustica. O abuso sexual é definido como atos em que esse responsável usa a criança para obter gratificação sexual. Enquanto os maus-tratos psíquicos são definidos como gritos, encerros ou encarceramento prolongado, abuso emocional, coação, ameaças de castigos severos etc.

As lesões infligidas por uma pessoa que cuida de uma criança podem assumir várias formas. As consequências mais frequentes de uma lesão na cabeça ou nos órgãos internos são danos sérios ou morte de crianças vítimas de abuso. A causa mais comum de morte entre crianças pequenas é o traumatismo craniano como resultado de abuso, sendo que as crianças de até dois anos de idade são as mais vulneráveis. Devido ao fato de a força aplicada ao corpo passar pela pele, os tipos de lesão encontrados na pele podem fornecer sinais claros de abuso. As manifestações de abuso relativas ao esqueleto incluem fraturas múltiplas em diferentes estágios de cicatrização, fraturas de ossos que muito

raramente se quebram sob circunstâncias normais e fraturas características de costelas e ossos longos (SIQUEIRA et al., 2016).

## 2.2 Problemáticas socioculturais da agressão infantil no Brasil

Qualquer abordagem global ao abuso infantil deve levar em consideração os diferentes padrões e expectativas em relação ao comportamento parental em uma variedade de culturas em todo o mundo. A cultura é o fundo comum de crenças e comportamentos de uma sociedade e seus conceitos de como as pessoas devem se conduzir. Incluídas nestes conceitos estão as ideias sobre que atos de omissão ou cometimento podem constituir abuso ou negligência, (ESTROFF SE, et al., 1997). Em outras palavras, a cultura ajuda a definir os princípios normalmente aceitos de criação das crianças e cuidados com as mesmas.

Em 1946, o pediatra americano John Caffey foi o primeiro a descrever seis casos de crianças com fraturas em ossos longos associadas a hematomas subdurais (HSD), sem sinais externos de trauma, porém o autor, inicialmente, não conseguiu relacionar estes fatos a uma agressão física intencional contra a criança (MATSCHE J et, al., 2009). Em 1962, Henry Kempe descreveu a síndrome da criança espancada (battered child syndrome), sendo este o primeiro artigo a discursar sobre o tema. Posteriormente, em 1971, o neurocirurgião britânico Norman Guthkelch descreveu prováveis lesões intracranianas em bebês que, curiosamente, não apresentavam sinais externos de trauma, mas ainda sem a caracterização segura de uma agressão física intencional (FANCONI M, LIPS U, 2007).

Vanrell, (2015), analisando dados brasileiros, encontrou que a maior proporção de casos de agressão infantil ocorre na faixa etária de 0 a 6 anos (60%), ao passo que nas faixas de idade

de 7 a 12 anos (25%) e de 13 a 18 anos de idade (15%), se encontra uma diminuição progressiva e compreensível das agressões. No tocante ao sexo das vítimas, não se observa nenhuma distribuição preferencial, encontrando-se números praticamente idênticos para ambos os sexos, pelo menos no grupo de 0 a 6 anos de idade. Os casos de cunho sexual – estupros e atentados violentos ao pudor – são achados, com maior frequência, no sexo feminino e nos grupos de 6 a 12 e de 13 a 18 anos. A condição socioeconômica não parece influenciar de forma significativa, de acordo com o autor.

Vários transtornos psiquiátricos têm sido relacionados a eventos traumáticos sofridos na infância, com níveis de gravidade que variam com o tipo de abuso, sua duração e o grau de relacionamento da vítima com o agressor. Alguns estudos apontam os traumas de infância como responsáveis por cerca de 50% das psicopatologias encontradas nos adultos (ZAVASCHI et al., 2002).

Dessa forma, a dificuldade em se diagnosticar o problema de violência na família é o fato de que as pessoas tendem a relativizar e considerar a maioria das agressões normais, entendendo-as como parte do processo de formação do indivíduo dentro de sua família e do seu meio.

### 2.3 Identificação de maus-tratos e o papel do CD

Nem sempre há condições de confirmar, dentro de um serviço de saúde, a ocorrência de violência; entretanto, ao comunicar a suspeita, o profissional contribui para que as autoridades competentes o façam. Não cabe aos profissionais de saúde a investigação da ocorrência, e sim a prevenção, o atendimento e a notificação da violência (ROVIDA, 2013).

Os profissionais de saúde podem atuar sobre a violência dentro dos três níveis de prevenção primária, secundária

e terciária, propostos por Leavell e Clark (1958).

A prevenção primária consiste em diminuir os fatores de risco sociais, econômicos, culturais e ambientais associados à violência, por meio de ações multiprofissionais e intersetoriais de promoção de saúde e qualidade de vida.

A prevenção secundária tem o intuito de suspeitar ou reconhecer precocemente os sinais apresentados pelas pessoas que vivem em ambiente hostil e fértil para a ocorrência de atos violentos. Dar atenção e encaminhar adequadamente os casos.

A Prevenção terciária baseia-se em promover o acompanhamento integral do núcleo violento, atendendo vítima e agressor, e auxiliar no restabelecimento de relações saudáveis e na diminuição dos danos causados pelos maus tratos.

Com isso, é necessário ter em mente uma abordagem para com a criança maltratada. Segundo Vanrell (2015), a conduta deve ser rápida, em caráter de urgência, e incluir:

- Levar a criança para o hospital (pronto-atendimento, emergência etc.).
- Radiografar o corpo inteiro.
- Efetuar uma junta com médicos (pediatra, ortopedista, radiologista e legista), cirurgião-dentista, psicólogo e assistente social.
- Institucionalizar (quando confirmado o diagnóstico de SIBE ou maus-tratos).
- Convocar ou comunicar à autoridade policial, que encaminhará o caso para o Instituto Médico-legal (IML).
- Comparecer no Instituto Médico-legal (IML), quando solicitado, lembrando que o médico-legista ou o odontologista são os únicos profissionais que, por se tratar de caso de lesão mediante violência, poderão registrar as lesões ou realizar os exames ou a necropsia.
- Comunicar, se possível, à autoridade judicial (promotor

público, curador de menores, principalmente em face do Estatuto da Criança e do Adolescente).

- Comunicar ao Conselho Tutelar do Município ou da área de competência, por força da letra do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Dessa forma, o cirurgião dentista tem responsabilidades éticas e legais que vão além dos cuidados com a saúde bucal. Assim, conhecê-las e praticá-las são deveres e para isso, o profissional deve observar, desconfiar de comportamentos inadequados, ouvir seus pacientes, investigar suas suspeitas, notificar e encaminhar. Logo, é importante desenvolver uma visão crítica e sensível, auxiliando no combate à violência infantil.

#### 2.4 Deveres e a legislação vigente no Brasil

O cirurgião-dentista tem contribuição fundamental a fazer, tendo em vista ser um profissional com estreito contato com as vítimas de violência. As características das lesões resultantes das agressões físicas, em maioria na região de face, cabeça e pescoço, colocam esse profissional em situação de proximidade para a identificação das situações de abuso, sendo imprescindível conhecer os aspectos éticos e legais.

No Código de Ética Odontológico, como em outros da área da saúde, a expressão “violência doméstica” não aparece explicitamente, contudo, artigos fazem menção à obrigatoriedade que o cirurgião-dentista tem de zelar pela saúde, dignidade e integridade de seu paciente, como o Art. 9o, inc. VII, que prevê:

*Art. 9º Constituem deveres fundamentais dos inscritos e sua violação caracteriza infração ética:*

*[...]*

*VII – Zelar pela saúde e pela dignidade do paciente; (CFO, 2012)*

Quanto ao sigilo profissional, é dever previsto no art. 14 sustentá-lo. Todavia, em algumas situações, a manutenção do sigilo pode ocultar um risco à vida ou à integridade do paciente. Dessa maneira, caso o profissional tome conhecimento de algo que possa prejudicar seu paciente, poderá abrir mão do sigilo, sem sofrer nenhuma repreensão ética, de acordo com o Art. 14, parágrafo único, inc. II.

Os aspectos legais se baseiam na parte normativa sustentados seja pela constituição, código penal, estatuto da criança e adolescente ou decretos e leis.

Decreto-lei nº 3.688, de 1941 | Lei das Contravenções Penais. Com este decreto fica evidente a responsabilidade do profissional de saúde enquanto sujeito socialmente responsável. Já em 1941, a Lei das Contravenções Penais (Decreto-lei no 3.688) (Brasil, 1941) estabeleceu que incorrerá em contravenção penal o profissional de saúde que for omissivo e não comunicar crime de que tenha tomado conhecimento por meio de seu trabalho. O não cumprimento deste artigo acarreta pena pecuniária (Art. 66).

Em 1990, foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), amparado pela Lei no 8.069, de 13 de julho do mesmo ano (Brasil, 1990). Assim, de acordo com o artigo 13 da referida lei, a notificação dos casos de maus-tratos contra menores, mesmo que suspeitos, passou a ser obrigatória (BRASIL, 1990).

A comunicação constitui justa causa para o rompimento do sigilo profissional e poderá ser feita à autoridade judicial, nos locais onde não houver o Conselho Tutelar. Infelizmente, muitos profissionais da saúde tem a percepção de que se trata de um problema de âmbito familiar, que deve ser respeitado e dentro dele resolvido. Há também o medo de se envolverem em questões jurídicas e policiais. Contudo, deve-se considerar que, além de uma obrigação, a notificação é um instrumento

de proteção à criança (FONTES e LIRA, 2005).

Por previsão do Art. 245 do ECA, o profissional de saúde que deixar de comunicar à autoridade competente os casos de violência dos quais tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, será penalizado com multa.

Além do Estatuto da Criança e do Adolescente, a comunicação de maus tratos é dever profissional em decorrência de notificação compulsória estabelecida pela Lei Federal nº 6.259 de 30 outubro de 1975 e a Portaria nº 1.271 de 6 junho de 2014, atualizada constantemente pelo Ministério da Saúde.

A Portaria MS/GM nº 1.968, criada em 2001, torna compulsória a notificação, aos conselhos tutelares, à vara da infância e da juventude e/ou às autoridades legais, de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos pelo sistema único de saúde (SUS). A não comunicação constitui infração administrativa sujeita a multa.

De acordo com o Código Penal, 1941, ao se deparar com uma pessoa ferida ou em grave e iminente perigo, o cirurgião-dentista, assim como qualquer cidadão, não pode manter-se inerte, sob pena de responder pelo crime de omissão de socorro, previsto no Art. 135 do CP:

*Art. 135 – Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida ou ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública:*

*Pena – detenção de um a seis meses, ou multa.*

*Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta morte. Note-se que*

*o tipo penal somente exige que se preste socorro se for possível fazê-lo sem risco pessoal.*

Portanto, a violência apresenta um forte componente cultural, que não é facilmente superável. Todavia, frente a legislação atual é evidente notar a obrigação de qualquer cidadão, dentre os quais o cirurgião-dentista, denunciar qualquer suspeita ou constatação de lesões em paciente menor de idade. Então, o profissional não pode ser omissor diante de possível fato, devendo tomar providências que vão desde orientação e instrução aos cuidadores até a delação aos órgãos de defesa dos direitos da criança, conselhos tutelares e ao próprio Ministério Público. Logo, fica evidente a necessidade de respaldo legal para que o processo de prevenção e combate seja legitimado.

### 3. Considerações finais

É indubitável entender que a criança e adolescente vítimas de abuso devem ser sempre vistas como sendo vítimas, logo, precisam de segurança e acolhimento. Para corroborar com isso, o preparo adequado do cirurgião-dentista é fundamental, tanto no diagnóstico e suspeita de maus-tratos, quanto na tomada de atitudes, caso entenda necessária com o intuito de proteção do indivíduo.

Logo, a violência contra criança e adolescente é crime e, como tal, incide sobre ela os preceitos legais. Para isso, cabe a necessidade de estudo e conhecimento adequados da legislação referentes à proteção da criança e adolescente, permitindo ao profissional a tranquilidade de uma rotina de trabalho ausente de entraves, obstruções, percalços dentre outras formas de insegurança aos que receiam a realização de denúncia por quaisquer modos violentos contra pacientes menores de idade.

## Referências:

1. Brasil. Constituição, 1988. **Constituição: República Federativa do Brasil**. Centro Gráfico, Brasília, Senado Federal., 292 p., 1988.
2. Brasil. Leis, Decretos etc. **Código Penal Brasileiro**. art 135,p. 235., 1991.
3. Brasil. Leis, Decretos etc **Lei das Contravenções Penais**. Decreto-lei nº 3.688., 1941.
4. Brasil. Leis, Decretos etc. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, Ministério da Ação Social, art. 135, p. 56., 1990.
5. Caffey J. **Multiple fractures in long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma**. American Journal of Roentgenology. v .56, p. 163-173; 1946.
6. Carlos DM, Pádua EM, Ferriani MGC. **Violence against children and adolescents: the perspective of Primary Health Care**. Rev Bras Enferm. 2017;70(3):511-8 p.
7. Conselho Federal de Odontologia. **Código de Ética Odontológica**. Artigo 7º-inciso VII, art 9, art 13., 2012.
8. Dahlberg LL, Krug EG, OMS 2002. **Violência: um problema global de Saúde Pública**. Organização Mundial da Saúde (OMS). Tipologia da violência, 2002.
9. DARUGE, DARUGE Jr., FRANCESQUINI Jr., **Percepção e atitude diante da violência. uma obrigação do cirurgião-dentista**. Cap. 15. In: Garbin. C.A.S e Rovida T.A.S. **Tratado de Odontologia Legal e Deontologia**. Rio de Janeiro: Santos, v 864, p 230-236, 2016.
10. Estroff SE. **A cultural perspective of experiences of illness, disability, and deviance**. In: Henderson GE et al., eds. The social medicine reader. Durham, NC, Duke University Press. p, 6-11. 1997.
11. Fanconi M, Lips U. **Shaken baby syndrome in Switzerland: re- sults of a prospective follow-up study, 2002-2007**. Eur J Pedia- tr. p, 1023-8., 2010.
12. Fernandes YB, Maciel Junior JA, Guedes CMH, Davoli A, Fa- cure NO. **Shaken baby syndrome: Case report**. Arq Neurop- siquiatr; v 53, p. 649-53. 1995.
13. FINKELHOR, D. et al. **Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: na update**. JAMA Pediatria, Chicago, v. 167, n. 7, p. 614-621, may/jul. 2013.
14. Fontes EM, Lira MMFL. **Violência física contra a criança e o adolescente**. In: Vilela LF (coord.). **Enfrentando a violência na rede de Saúde Pública**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, p. 19-23. 2005.
15. Kempe H, Silverman F, Steele B, Droegemuller W, Silver H. **The battered child syndrome**. Journal of the American Medical Association; v18, p.105-112., 1962.
16. Leavell HR, Clark EG. **Preventive medicine for the doctor in his community**. New York: Mc GrawHill; 1958.
17. Martins, C. B. G. & Jorge, M. H. M. (2009). **A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos conselhos tutelares e programas de atendimento em municípios do Sul do Brasil, 2002 e 2006**. Epidemiologia e Serviços de Saúde. v 4, p. 315-334., 2009.
18. MATOS, K. F.; MARTINS, C. B. G. **Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: uma revisão bibliográfica**. Revista espaço para a saúde, Londrina, v. 14, n. 1, p. 82-93, dez. 2013.
19. Matschke J, Herrmann B, Sperhake J, Korber F, Bajanowski T, Glatzel M. **Shaken baby syndrome: a common variant of non- -accidental head injury in infants**. Dtsch Arztebl Int. p. 106: 211-7., 2009.
20. Passarinho M. **Violência psicológica**. In: Vilela LF (coord.). **Enfrentando a violência na rede de Saúde Pública**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. p. 24-25., 2005.

21. Pinheiro PS, UNICEF 2015. **Estimativas Globais das Consequências para a Saúde da Violência contra Crianças.** Documento de referência elaborado para o Estudo sobre a Violência Contra Crianças das Nações Unidas (Genebra, Organização Mundial da Saúde). Disponível em: [www.unicef.org/brazil/pt/Estudo](http://www.unicef.org/brazil/pt/Estudo).
22. ROVIDA, Tânia Saliba, GARBIN, Cléia Saliba. **Noções de Odontologia Legal e Bioética.** Artes Médicas, 08/2013.
23. VANRELL, Jorge Paulete. E col. O papel do dentista nos casos de abuso infantil. Cap. 15. **Odontologia Legal & Antropologia Forense**, 3ª edição. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, p. 93-104, 2015, 424 p.
24. SIQUEIRA, Mario G., **Traumatismo craniano não acidental: diagnostico e conduta terapêutica.** Cap. 155. In: Melo, J.R.T e col. **Tratado de Neurocirurgia.** 1ª Ed. São Paulo: Manole, p. 1795- 1796, 2016.
25. World Health Organization. **Child maltreatment.** Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2014.
26. Zavaschi, M.L.S.; Satler, F.; Poester, D.; Vargas, C. F.; Piazenski, R.; Rohde, L.A.P. et al. - **Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta.** Revista Brasileira de Psiquiatria. v 4, p. 189-195, 2002.