



A RESPONSABILIDADE CIVIL E LEGAL DO CIRURGIÃO DENTISTA FRENTE A CRIANÇAS E ADOLESCENTE QUE SOFREM MAUS-TRATOS

The civil and legal liability of the dentist in the face of children and adolescents who suffer abuse

Érik Matos¹, Henua Silva², Francilma Nascimento³

RESUMO

Observamos que muitas crianças e adolescentes no Brasil, são maltratados tanto de forma física, psicológica ou sexual, que podem levar as vítimas a terem sequelas permanentes e problemas psicossociais. Como muitas situações de agressões sofridas por esse público, frequentemente envolvem áreas como a estrutura da face e a cavidade bucal torna o cirurgião dentista apto a diagnosticar a ocorrência de tais fatos, pois de acordo com o Ministério da Saúde, todo profissional de saúde que atende pelo SUS, podem realizar a notificação. O cirurgião dentista deverá estar capacitado para identificar os casos de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos e notificá-los às autoridades competentes, pois os profissionais da área da saúde e principalmente o cirurgião-dentista ainda participam pouco nas denúncias de casos suspeitos de maus-tratos às autoridades competentes. Assim, objetivo geral apresentar através de uma revisão literária sobre a importância da ética do cirurgião dentista em pacientes crianças e adolescentes maltratadas. Frente ao exposto, o presente trabalho visa revisar a literatura acerca da importância da ética do cirurgião dentista em pacientes crianças e adolescentes maltratadas.

Palavras-Chave: Maus-tratos. Violência. Odontologia. Código de Ética. Notificações.

ABSTRACT

We observed that many children and adolescents in Brazil are mistreated in a physical, psychological or sexual way, which can lead victims to have permanent sequelae and psychosocial problems. As many situations of aggression suffered by this public, often involve areas such as the structure of the face and the oral cavity makes the dentist able to diagnose the occurrence of such facts, because according to the Ministry of Health, every health professional that serves the SUS, can perform the notification. The dentist should be able to identify the cases of children and adolescents who are victims of abuse and notify them to the competent authorities, because health professionals and especially the dentist still participate little in reporting suspected cases of abuse to the competent authorities. Thus, general objective to present through a literary review on the importance of dentist ethics in abused children and adolescents. In view of the above, the present study aims to review the literature on the importance of dentist ethics in abused children and adolescents.

Keywords: Mistreatment. Violence. Dentistry. Code of ethics. Notifications.

¹ Graduando no curso de Odontologia pela Faculdade Cathedral em Boa Vista – RR - erikmcdonnell@gmail.com

² Graduanda no curso de Odontologia pela Faculdade Cathedral em Boa Vista – RR – henuacosta@gmail.com

³ Orientadora Professora Especialista Graduada e especializada pela Faculdade Cathedral, com inscrição no conselho número (CRO-763)

1 INTRODUÇÃO

O profissional cirurgião dentista deve tomar atitudes necessárias em casos de identificação de maus tratos em seu paciente, no intuito de protegê-lo, pois, uma criança maltratada apresenta uma maior probabilidade de ser um adulto traumatizado. A detecção do problema se baseia no reconhecimento de indicadores comportamentais e da sintomatologia comum às crianças abusadas e negligenciadas, dessa forma, os cirurgiões dentistas devem estar preparados para reconhecer os principais sinais clínicos desses casos para notificar os responsáveis¹.

Os cirurgiões dentistas estão em posição privilegiada para observar estes sinais de violência, entretanto, alguns motivos levam os profissionais de saúde a se omitirem em casos de maus-tratos/agressões: o medo de perder pacientes; a falta de confiança no serviço de proteção à criança, adolescente, mulher e idoso; o medo de lidar com os pais/marido/cuidador e de se envolver legalmente².

Os maus-tratos contra crianças e adolescentes ocorrem quando um sujeito superior comete um ato capaz de causar dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima, podendo gerar consequências graves como injúrias permanentes e problemas psicossociais. Sabe-se ainda que tais déficits neurocognitivas decorrentes dos episódios traumáticos pode ser uma causa potencial de desordens do desenvolvimento neurológico³.

O artigo 66 da Lei das Contravenções Penais (Decreto-lei 3.688 de 1941) reconhece como contravenção penal, a omissão do profissional de saúde que não comunicar crime do qual tenha tomado conhecimento por meio do seu trabalho⁴. De acordo com o Código de Ética Odontológica, apresenta as seguintes disposições a respeito: “... “Art.5- Constituem deveres fundamentais dos profissionais e entidades de Odontologia: V - zelar pela saúde e pela dignidade do paciente”⁵.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, de 13 de julho de 1990, sob a Lei no 8.069, dispõe no seu artigo 5, que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”. Entretanto, para milhares de crianças, a violência e a negligência são partes da vida diária, e os maus tratos não ocorrem apenas nas ruas, mas também em seus próprios lares, em decorrência da ação de adultos que supostamente deveriam protegê-las⁶.

A notificação é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância, assistência e ainda permite o conhecimento da dinâmica da

violência doméstica. Há necessidade de uma abordagem maior na grade curricular acadêmica sobre diagnóstico e conduta nos casos suspeitos de maus-tratos contra a criança e adolescente, para que haja uma participação mais atuante dos futuros cirurgiões-dentistas diante destes casos⁷.

Frente ao exposto, e diante do fato de que aproximadamente 65% das lesões físicas presentes no caso de abuso infantil acometem a região da cabeça e face, torna-se imprescindível que o cirurgião-dentista seja capacitado a diagnosticar situações de violência envolvendo menores de idade, estando apto a fornecer os cuidados dentários emergenciais necessários, bem como a notificar e encaminhar tais ocorrências às autoridades competentes⁸.

Para todas as suspeitas de maus-tratos devem ser desenvolvidas uma avaliação, registro, observação comportamental e das dificuldades emocionais, avaliando as interações entre a criança e seu responsável, explorando informações de parentes e de outras pessoas sobre brincadeiras solitárias, agressividade, hostilidade, dependência dos adultos e a popularidade da criança com seus amigos e colegas⁹.

Segundo Naughton⁹, acrescentam que crianças pré-escolares que foram negligenciadas ou emocionalmente expostas a abusos possuem uma série de graves dificuldades emocionais, comportamentais e são avessas a interações com a mãe, o que indica que essas crianças necessitam de avaliação e rápida intervenção. Assim, presente trabalho tem como objetivo geral apresentar através de uma revisão literária sobre a importância da ética do cirurgião dentista em pacientes crianças e adolescentes maltratadas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 BREVE HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA

Desde o começo das civilizações, as violências cometidas contra as crianças já eram registradas, prática essa cometida pois nos tempos primitivos os pais escolhiam se acolheria o bebê ou o renegassem. Ao decorrer de várias eras cada civilização criava suas leis, tais que absolvesse ou acusasse o agressor. Entrou em conclusão de que não serão as leis que diminuirá a violência contra crianças, mas sim um processo pedagógico desde o início da criação de cada indivíduo que se torna pai ou mãe, isso é uma luta diária que de longe ninguém sabe como irá reverter¹¹.

2.2 DA VIOLÊNCIA FAMILIAR E ASPECTO SOCIAL

A violência contra a criança faz vítimas em silêncio. Os pais em 90% dos casos são os

que violentam. As mães muitas vezes não denunciam, temendo que o agressor aumente as surras e descarregue toda ira nelas e nos filhos. As crianças ficam caladas, engolindo soluços e suspiros, num desespero profundo. São milhares de menores, que nesse momento estão chorando, encolhidos no canto escuro de suas “casas”, após terem sido espancados até o sangramento. Em muitos casos a mulher não tem condições financeiras de deixar o homem, pois não possuem capacitação profissional para conseguir emprego e garantir o seu próprio sustento e o dos filhos¹².

É um problema a violência, que não costuma obedecer a nível sociocultural específico, como se pode pensar. A definição de abuso como um trauma não accidental é variável segundo cada cultura, de modo geral, se aceita, entendendo-se que não constitui agressão apenas uma vermelhidão nas mãos e nas nádegas e sem a utilização de instrumentos e objetos, como forma de educação¹².

Um dos maiores problemas sociais que assola crianças e adolescentes na atualidade é a violência. Sua compreensão envolve o entendimento de diversos fatores, porém, já descreveu o quanto é complexo delimitá-los, uma vez que envolvem padrões estabelecidos cultural e socialmente¹³. Minayo¹⁴ acrescenta que a violência está permeada por fatores políticos, econômicos e culturais, inserida em um contexto de relações micro e macrosociais. Nesse sentido, para aprofundamento desse fenômeno também é necessário compreender determinantes históricos e as atuais relações de poder.

Assim, a violência direcionada à criança e ao adolescente não é um assunto atual. Tampouco, a visão de criança e adolescente, foi à mesma que possuímos hoje. Esta vem mudando ao longo do tempo histórico. Em cada tempo e, de acordo com cada visão de infância e adolescência, estabeleceu-se uma forma de lidar com esse grupo social específico. O que era considerado natural durante um período, aos poucos vai sendo revisto, passando, gradativamente a pertencer à ordem do inapropriado, amoral e violento. Essa mudança faz parte do desenvolvimento histórico, social e cultural do ser humano^{14,15}.

Portanto, a violência em um contexto geral é um grande problema social e de saúde pública, pois as pessoas consideradas vulneráveis acabam sofrendo os danos mais severos como os danos físicos, mentais, emocionais e até mesmo espiritual. Com isso inúmeras leis foram criadas para a proteção do grupo mais vulneráveis como o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei da Palmada¹⁶.

2.3 DA VULNERABILIDADE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

As legislações Brasileiras ao que se referenciam os direitos das crianças e dos

adolescentes, enfatizam a proteção integral que esses deverão receber da família, da comunidade, da sociedade e do poder público. Assim, por um lado, percebe-se que o ordenamento jurídico assegura às crianças e aos adolescentes “com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”¹⁷.

Crianças e adolescentes são as maiores vítimas de violência, isso porque estão em condição especial de desenvolvimento, ou seja, sua imaturidade física, cognitiva e psicológica as deixa vulneráveis em relação ao agressor que geralmente é adulto e possui o perfil de maior estatura, força física e maiores capacidades cognitivas; desse modo, gera-se um quadro de coerção e repressão. Como a maioria dos episódios em que crianças e adolescentes são vítimas de atos violentos envolvendo seus familiares ou pessoas que deveriam protegê-las, o vínculo emocional presente será fragilizado ou até mesmo rompido, portanto, a condição de vulnerabilidade é ainda maior, acarretando inúmeros prejuízos para seu estado psicológico¹⁸.

2.4 DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Todo o profissional de saúde é corresponsável pelos avanços e melhorias da sociedade e da qualidade de vida de uma população, mesmo assim, ainda falta conhecimento sobre as notificações perante os maus-tratos, ou por falta de conhecimento sobre as leis, de como fazer a notificação, não saber a quem notificar ou pelo próprio receio em se envolver na tal situação¹⁹.

A notificação dos maus-tratos implica em vários setores da sociedade, também podendo diferenciar qual sexo sofrem mais maus-tratos. Estudos demonstram que a residência é a via que mais se destaca em questão da violência, com isso demonstrando que os agressores são da família ou tem acesso livre a residência. Qualquer tipo de violência deveria ser repudiado pela sociedade, sendo assim evitaria como grave o problema de saúde pública então não só o dentista, mas qualquer profissional de saúde deve notificar a violência cometida contra as classes mais vulneráveis²⁰.

A Portaria GM/MS Nº 204, de fevereiro de 2016, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde, públicos e privados em todo o território nacional²¹.

De acordo com a Portaria 204/2016, a notificação compulsória é a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de

suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal. Todos os serviços de saúde públicos e privados que atender (identificar ou suspeitar) de violência contra a criança e ao adolescente deve notificar ao serviço de Vigilância Epidemiológica^{21,22}. No caso de crianças e adolescentes, uma comunicação do caso de violência deve obrigatoriamente ser feita ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes, conforme exigência do ECA⁵.

2.5 TIPOS DE VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Negligência: É definida por Souza et al.²³ como a omissão em termos de cuidados básicos, por parte do responsável pela criança ou adolescente que, a depender da intensidade, pode acarretar danos físicos, emocionais, psicológicos e até morte. Pode ser identificada em situações em que a criança ou o adolescente não é adequadamente alimentado, veste-se mal, apresenta higiene precária, não recebe atenção, carinho, ou também quando a criança é deixada sozinha, correndo o risco de sofrer um acidente.

Violência Física: Considerado como a violência mais relevante contra a criança e ao adolescente, não apenas por acarretar consequências graves, mas em decorrência da sua aceitação pela sociedade²⁴. Souza et al.²³ definem a violência física doméstica como “dano físico não acidental provocado pelos atos de omissões dos pais ou responsáveis que quebram os padrões de cuidados com a criança, determinados pela comunidade”.

Para Azevedo; Guerra²⁵, a violência física corresponde ao emprego de força física no processo disciplinador de uma criança e adolescente. É também toda a ação que causa dor física, desde um simples tapa até o espancamento fatal. Geralmente os principais agressores são os próprios pais ou responsáveis que utilizam essa estratégia como forma de domínio sobre os filhos.

A violência física com base em estatísticas fica no topo dos tipos de violência e na maioria das vezes quem sofre mais são os meninos entre idade (de 6 a 9 anos), quanto maior a idade maior a agressão. Esse tipo de violência, tem o objetivo de educar a criança, mas por inúmeros fatores que leva o desequilíbrio emocional, essa violência acaba sendo muito grave, levando a criança a óbito. As características desse tipo de violência são as mais visíveis, como lesões orofaciais; mordidas; queimaduras; cicatrizes ou fraturas, todas podem ser feitas por uso de objetos ou pelo próprio punho, como chutes, beliscões e pontapés^{26,27}.

Violência Psicológica: A violência psicológica é toda interferência negativa do adulto sobre as crianças e os adolescentes, formando nelas um comportamento destrutivo²⁵. A condição de vulnerabilidade desses sujeitos em desenvolvimento e a presença de vínculos

afetivos entre o adulto e a vítima, tornam esse tipo de violência avassaladora, podendo acarretar danos irreversíveis à vida dos infantes.

A violência psicológica é o resultado de um desequilíbrio familiar, fazendo que a criança sinta medo excessivo e ao mesmo tempo seja bastante violenta com outras crianças, no ambiente escolar esse jovem acaba tendo o desempenho bem a baixo da media, outros sintomas também são diagnósticos de criança que sofrem agressões psicológicas como a depressão, ansiedade, chantagem, humilhações, ameaças, manipulação, ridicularização, entre outras muitas características psicológicas é possível chegar a um resultado a esse tipo de violência^{27,28}.

A violência sexual é a mais repudiada pela sociedade, tendo as meninas com os maiores números dos casos (77%), enquanto dos meninos (33%) sofrem desse tipo de violência. Segundo Braum³⁰, “Porém, a idade em que os meninos são abusados é menor do que a idade das meninas. Esse fato, ao ser estudado mais detalhadamente, levou a constatar que os abusadores preferem crianças do sexo masculino e adolescentes do sexo feminino, independentemente se o abuso é intra ou extrafamiliar.”, sendo que na maneira intrafamiliar os abusos são cometidos de forma corriqueira e em algumas das vezes tem outra pessoa adulta acobertando o agressor (a), já a extrafamiliar, tem como agressor um amigo da família, um professor, cuidador e geralmente essa pessoa não age de forma violenta, mas sim com agrados, como presentes, lanches, caricias no intuito que chegue a hora do menor acabar cedendo para aquela pessoa de forma não sexual, mas sim pelo modo afetivo que está sendo tratada é então nesse momento que o agressor agi com violência³⁰.

2.6 DAS NOTIFICAÇÕES AS AUTORIDADES COMPETENTES

Quando há suspeita e notificação do caso de maus-tratos e negligência, inicia-se o processo de averiguação, esta inclui entrevistas com membros da família, visitas ao lar e contato com profissionais que conhecem a família, o principal objetivo deste processo é o de confirmar ou não a denúncia. Muitos são os sinais físicos de casos substanciais de abuso passíveis de reconhecimento. Estes sinais são difíceis de serem confundidos por profissionais treinados como frutos de atos não intencionais³¹.

A aparência das agressões, muitas vezes, é o bastante para convencê-los de que a criança fora vítima de atos potencialmente cruéis. Marcas de mordidas, queimaduras de ferro, de cigarro e substâncias cáusticas ou venenos, marcas de estrangulamento no pescoço, hemorragias retinianas, alopecia, abrasões ou feridas na comissura labial, contusões ou fraturas de nariz, fraturas de cõndilo, fraturas dentárias e lesões nos freios linguais e labiais

assim como na língua, são facilmente identificadas por médicos e cirurgiões-dentistas. Estes profissionais estão em posição única para identificar uma criança possivelmente maltratada, devendo estar instruídos quanto ao reconhecimento, documentação, tratamento e notificação de casos em que se suspeite de maus-tratos infligidos à criança²³.

A integração com médicos, advogados e outros profissionais, faz parte da prática multidisciplinar para resolver/minimizar estes fatos. Relatou que com a obrigatoriedade de denunciar, desde os anos 60, houve um aumento nos casos de abuso e negligências informados. Com relação às leis específicas de proteção à criança que se aplicam aos dentistas, relatou que nenhum profissional que informa é responsável por provar o abuso ou negligência, sua identidade é mantida em sigilo, a lei é a única ferramenta que assegura um exame completo da criança, é completada sem privar uma criança ou responsáveis de proteção processual. Sem a autoridade da lei, crianças abusadas ou abandonadas não teriam suas situações completamente investigadas²³.

Se um dentista observar ou souber que uma criança foi abusada ou negligenciada, e não denunciar, este pode ser processado criminalmente em alguns estados dos Estados Unidos (E.U.A.) ou estar sujeito a multa. Relatou o caso de um médico que foi acusado de não relatar o caso de uma criança que sofreu acidente involuntário, em Los Angeles 1984, com arma de fogo que posteriormente conduziu à morte. Pelo menos 3 outros médicos foram processados por não relatar. Foi ordenado a pagar uma quantia de \$ 186.851 em danos. Concluiu relatando que com a legislação atual e leis correntes o ideal é que haja o relato. Com relação ao dentista como testemunha, este deve possuir o máximo de documentos possíveis, radiografias, testes de laboratório, fotografias de mordeduras, alopecia, para que não haja necessidade de a criança ser arrolada como testemunha e entre em confronto direto com o perpetrador²³.

A negligência pode ser facilmente diagnosticada quando a criança apresenta características de pouca higiene pessoal, desnutrida, com lesões de cárie e infecções não tratadas após diagnóstico profissional. Fez o relato do caso clínico de uma criança de nove anos de idade que se apresentou ao serviço de emergência com comprometimento do primeiro molar permanente. Concluiu o estudo relatando que os profissionais dentais têm a obrigação de se manterem educados e atentos a todos os aspectos de maus-tratos, e que a negligência infantil não pode ser determinada só através de mero tratamento. Prevenção, assistência, diagnóstico precoce e informação a todos os profissionais de saúde, é o que precisa ser feito para se colocar um fim no ciclo de negligência³².

Recomendou como procedimentos a serem adotados pelos profissionais de saúde diante da suspeita de maus-tratos em crianças e adolescentes, notificação através de ofício,

aos Conselhos Tutelares ou, na falta destes, comunicação ao Juizado de Infância e da Juventude; notificação da ocorrência à autoridade policial e solicitação de guia de encaminhamento da criança a exame de corpo de delito. Descreveram que os profissionais de saúde devem conhecer e considerar a realidade da vida de seu paciente, orientando os pais e responsáveis sobre a necessidade de respeitar a criança e o adolescente, até mesmo antes do seu nascimento³³.

2.7 DAS PATOLOGIAS NA CAVIDADE ORAL OCASIONADA PELA VIOLÊNCIA

Uma das manifestações orais em crianças que foi infectada sexualmente é a Candidíase pseudomembranosa, manifestação essa que não é muito comum em adultos. A maioria dos cirurgiões-dentistas reconhecem que a principal manifestação é a candidíase, reconhecem a técnica do exame e diagnóstico, mas não se sentem responsáveis para fazer, sendo que no Código de Ética Odontológico diz que é uma atribuição e responsabilidade do cirurgião-dentista e caso não faça se torna infração ética³⁴.

O Papilomavírus Humano (HPV), tem uma frequência de infecção oral em torno de 10% e é responsável de 11% dos casos de câncer bucal, seu modo de contágio é mucosa-mucosa, mucosa com a pele ou mucosa com oro-genital. A patologia mais comum encontrada é o papiloma escamoso e caso diagnosticado na boca de uma criança a mesma pode ter sofrido violência sexual. Diferente do papiloma escamoso o condiloma acuminado a sua contaminação é muito maior exatidão de quando diagnosticado em uma criança, ela sofreu abuso sexual, essa patologia é de fácil diagnóstico, pois se trata de uma doença sexualmente relativamente comum e sem cura³⁵.

Todos nós estamos sujeitos a ser contaminado com alguma DST, pois existem muitos meios de transmissão. Outras patologias são manifestadas na cavidade oral, caso alguma pessoa esteja contaminada como a: sífilis, doença bacteriana e que tem três estágios clínicos e que na cavidade oral tem características bem distintas, como úlceras com bordas irregulares esbranquiçadas, placas cinzentas, nódulos e manchas, o diagnóstico clínico da sífilis é inespecífico, mas para sua confirmação terá que fazer uma biópsia do material coletado. A gonorreia já tem suas características na cavidade oral principalmente por mancha avermelhada, sensação de secura, ardência, membrana amarelada nas primeiras 24 horas, tornando-se pálida com superfície áspera e descamação do epitélio, dilatação adenomatosa do orifício do ducto da glândula parótida³⁶.

A herpes bucal, são uma das patologias mais comum na cavidade bucal, pois ela pode ser adquirida na infância e não tem cura, se manifestando quando estamos com baixa

imunidade, e sua transmissão ocorre de inúmeras formas, mas principalmente pela saliva, contato direto e indireto de fluidos, gotas e aerossóis. Geralmente seu diagnóstico é fácil pois possui características orais comuns³⁷.

2.8 DEVERES E DIREITOS DO CIRURGIÃO DENTISTA

Em caso de suspeita ou comprovação de maus-tratos, o dentista poderá denunciar ao conselho tutelar de sua cidade, que dará proteção à vítima e, dependendo da gravidade da infração, encaminhará para a Curadoria da Infância e Juventude para elaboração de processo e encaminhamento à Justiça. Citou como os principais órgãos e leis protetoras da criança e do adolescente: · Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069/90); · Código Penal Brasileiro (1991); Constituição da República Federativa do Brasil (artigo 227); Conselho Tutelar; · Curadoria da Infância e da Juventude. Dentre as várias medidas preventivas contra os maus-tratos que vitimam crianças e adolescentes, recomenda: · Desenvolvimento de ações específicas tanto do governo como da sociedade civil; · Fortalecer, divulgar e equipar os conselhos tutelares; · Punição severa aos infratores; · Proteção aos denunciadores; Campanhas educativas, informativas e esclarecedoras³⁸.

Observaram que durante a entrevista, a criança deve ser questionada se sente segura em casa ou na companhia de um responsável e se os danos foram causados intencionalmente e por quem. O profissional não deverá se surpreender se a vítima ou o responsável negar o fato, pois alguns abusadores criam enredos que explicam os danos. O dentista deve suspeitar se as explicações estão em discrepância com os danos vistos ou se a história muda para se ajustar às perguntas. Permissão deve ser buscada para fotografar danos suspeitos, qualquer dano deve ser documentado cuidadosamente, estas podem ser valiosas ferramentas para possível litígio. Concluíram que diante do fato, o profissional não deve mostrar raiva ou rancor e crianças e responsáveis devem ser assegurados que a entrevista é confidencial²³.

Gonçalves; Ferreira⁷, descreveram a importância da notificação, relato da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Discutiram as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais, de saúde na notificação de casos de violência contra crianças e suas possibilidades de solução.

A análise conclui pela necessidade de: esclarecimento da noção legal de maus-tratos e da concepção de suspeita; a necessidade da preparação de manuais técnicos de orientação; melhoria da infraestrutura de serviços de proteção; realização de outros estudos sobre as consequências do ato de notificar, especialmente sobre a concepção de justiça que a notificação transmite à família⁷.

Os profissionais devem estar atentos ao tipo de roupa utilizada pela criança, quando esta se apresenta em seu consultório, uma vez que não estando apropriado às condições climáticas pode sugerir caso de negligência, ou tentativa de esconder sinais físicos de abuso conforme relataram⁴⁰⁻⁴², é de suma importância que os profissionais estejam inteirados quanto à possibilidade da existência do abuso, e preparado para conduzir a situação da melhor maneira possível, tendo conhecimento a respeito dos aspectos legais e sociais das crianças vítimas de maus-tratos. Segundo o Estatuto da criança e do adolescente - Ministério da Saúde⁴³, no Brasil, os profissionais de saúde, como cidadãos e como responsáveis pela promoção de saúde, prestando atendimento a crianças e adolescentes, tem por obrigação legal, denunciar qualquer caso, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos, sob risco de responder legalmente ao não cumprimento deste^{22,39-42}.

Deve-se observar também, o caminhar da criança para determinar como ela se leva e se caminha de modo correto e avaliar várias áreas do corpo antes de fazer um exame oral. Exame da face, boca e garganta para contusões, cicatrizes, abrasões, dilaceração, equimoses, marcas de queimaduras e marcas de mãos. O dentista deve notar se as contusões estão em várias fases de resolução, pois indicam trauma em ocasiões diferentes, contusões recentes terão uma cor pronunciada mais vívida (vermelho-azulado), enquanto as mais velhas frequentemente, aparecem enfraquecidas (marrom-verde-amarelo). Conferir as superfícies de pele expostas a contusões, marcas de cinto, impressões de dedos, marcas de fios de aço, fios elétricos e pontos de queimaduras²³.

Contusões que levam a forma de um objeto reconhecível não são normalmente acidentais. Seguindo estas observações, orienta-se a criança para a cadeira odontológica, e enquanto ela está na posição supina, observar se o movimento de levantamento resulta em dor, pode haver trauma nas costelas ou clavícula. Danos orofaciais, particularmente incluem fraturas, perdas, deslocamento, ou descoloração dentária; cicatrizes dos lábios e mucosa; marcas de bofetão; lesão na comissura labial de freio labial e sublingual ou língua cicatrizada são danos que podem ser resultado da tentativa do responsável em silenciar a criança com uma mordada, bofetão de mão, ou soco²³.

Marcas de lesão nas comissuras causadas por uma mordada amarrada durante muitas horas podem ser observadas, uma colher ou garfo aplicados com força ou determinação pode resultar em dentes fraturados ou um freio lacerado, as únicas áreas que não podem ser observadas e julgadas pelo dentista são a genitália e nádegas. Existe consenso entre os autores quanto à elevada incidência de injúrias intraorais em crianças vítimas de abuso físico, como lacerações, escoriações, abrasões e traumatismos dentários²³.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo sobre revisão de literatura, feito através de artigos e estudos científicos no qual foram escolhidos 112 trabalhos, entretanto, foram selecionados 64 após leitura exploratória. Os critérios de inclusão para este trabalho foi através, de artigos em português e inglês e Leis do ordenamento jurídico brasileiro, sempre buscando abordagem que se encaixava a questão principal deste estudo.

4 DISCUSSÃO

A notificação é a maneira fundamental para que para proteção da vítima de violência. E que todo o profissional esteja apto para identificar casos suspeitos o ou confirmados e a notificá-los^{44,45}.

Estatuto da Criança e do Adolescente⁴⁶, visa proteger a criança e o adolescente, foi criado o ECA, amparado pela Lei 8.069/1990. De acordo com o artigo 245, o profissional de saúde nunca deve omitir ou negligenciar das autoridades os casos de envolvimento, suspeita ou confirmação de crianças ou adolescentes vítimas de violência. Caso contrário, será penalizado e cometer infração ética e moral⁴⁷.

O Código de Ética Odontológica, aprovado pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) por meio da Resolução CFO 118/2012⁵, define no artigo 9º, incisos VII a IX, que é dever fundamental dos profissionais zelar pela saúde e pela dignidade do paciente; resguardar o sigilo profissional; promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado – são pressupostos que poderiam ser interpretados como indiretamente ligados à questão da violência. Então, apesar de não especificar nenhuma medida relativa ao tema, o artigo 11 adverte que constitui infração ética desrespeitar ou permitir que o paciente seja desrespeitado, e o parágrafo único do artigo 14, constante no capítulo VI – “Do sigilo profissional” – exige notificação compulsória de doença, bem como a colaboração com a justiça nos casos previstos em lei⁴⁸.

A construção de uma rede de proteção à criança e ao adolescente vítima de violência é fundamental para contribuir com o atendimento integral do público infanto-juvenil. Cabe destacar que o entendimento de rede aqui descrito parte dos conceitos elaborados, compreendendo que uma rede de atenção integral à criança e ao adolescente vítima de violência está respaldada no reconhecimento do processo de articulação permanente e coletiva, de ações e compreensões em torno dos papéis desempenhados por cada indivíduo e instituição, tendo como foco o alcance de determinados objetivos em comum^{49,50,51}.

No Brasil, os profissionais e instituições seguem em deficiência por conta dos registros de situações de violência familiar é fragmentado, provocando prejuízo para uma rotina clara e eficaz⁵². Também diz que, é necessário para promover o aprimoramento e evolução de técnicas para o enfrentamento de problemáticas, logo, políticas públicas devem ser mais eficazes que viabilizem a criação e, principalmente, a manutenção de programas preventivos e de tratamento⁵³.

Nos Estados Unidos, a notificação da violência acontece há mais de 30 anos, os profissionais de saúde e de outras áreas da política social são os principais responsáveis legais por notificar. Ficando estabelecido o prazo de até 48 horas para iniciar a investigação sobre a veracidade da notificação, por meio das agências de proteção, com o prazo máximo de seis meses para a conclusão. São aplicadas punições, civis ou criminais, para os cidadãos que deixam de notificar uma situação de violência^{54,55,56}.

Somente em 2001, o Ministério da Saúde institucionalizou a notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes, atendidos no Sistema Único de Saúde, através da Portaria N° 1968 - MS/GM de 26/10/2001. Esta apoia-se da Constituição Federal e da Lei n° 8.069, de 13 de julho de 1990, em sua determinação de que casos suspeitos ou confirmados deste agravo deverão ser comunicados ao Conselho Tutelar, prevendo penalidade para médico e responsável por estabelecimento de saúde que não o realizem; e nos termos da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em sua diretriz sobre o monitoramento das violências^{6,57,58}.

Os cirurgiões-dentistas reconhecem a importância, mas também a dificuldade em como conduzir os procedimentos em casos de violência no grupo pediátrico e hebiátrico ante essas casuísticas. Em um estudo empreendido com 80 cirurgiões-dentistas da rede pública e privada de saúde de um município do estado de São Paulo, constataram que a maioria dos profissionais relatou que o assunto não foi abordado durante a graduação⁵⁹. Mesmo tendo recebido informações durante a graduação, quase a totalidade dos profissionais investigados as consideraram insuficientes⁶⁰.

No estudo realizado por Bosco e Birman⁶¹, a candidíase também apareceu como a terceira lesão mais prevalente (23,3%). A candidíase pseudomembranosa é relatada como a lesão mais freqüente entre os pacientes pediátricos. A grande variação na freqüência de candidíase pode ser justificada pelo tipo de estudo realizado, grau de imunodepressão dos pacientes estudados e uso de anti-retrovirais⁶².

A Herpes Simples é doença comum em crianças infectadas pelo HIV. Inicialmente, manifesta-se como gengivoestomatite. Lesões recorrentes são vistas como vesículas na

margem do vermelhão do lábio, que, posteriormente se rompem formando úlceras nos lábios ou aparecem como aglomerados de pequenas úlceras dolorosas no palato e na gengiva⁶³. No entanto os sintomas desse quadro severo podem impedir a ingestão⁶⁴.

Para a criança ou adolescente vítima de violência receba um atendimento adequado e minimize o máximo possível os danos, às suas condições de saúde, desenvolvimento físico e psicológico, as articulações e comunicação de toda a rede que compõem esse grupo intersotorial tem que estar funcionando muito bem.

5 CONCLUSÃO

Os cirurgiões-dentistas são reconhecidos como profissionais importantes para identificação de maus tratos. Por lei, o cirurgião-dentista está obrigado a denunciar os casos de maus tratos aos órgãos competentes, no entanto, ele não tem uma conduta adequada frente a estes casos. Os cirurgiões-dentistas carecem de instruções e orientações quanto ao reconhecimento dos principais sinais clínicos de maus tratos, e nesse sentido a universidade e a entidade de classe podem contribuir para rever essa situação. Estudos como estes devem ser estimulados para que os profissionais tomem conhecimento dos fatos, mas principalmente da sua obrigação em denunciar as autoridades cometentes a violência contra criança e a o adolescente, pois os fatores de risco têm a sua influência, porem em última análise toda criança é uma vítima em potencial.

REFERÊNCIAS

1. Massoni A, Ferreira Â, Aragão A, Menezes V, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica, *Ciênc. Saúde coletiva* vol.15 no.2 Rio de Janeiro Mar. 2010.
2. Santos A, Pontes J, Leal R. **COMPETÊNCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA SOBRE MAUS TRATOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.** Centro Universitário Asces – Unita.
3. Kavanaugh BC, Dupont-frechette JA, Jerskey BA, Holler KA. Neurocognitive Deficits in Children and Adolescents Following Maltreatment: Neurodevelopmental Consequences and Neuropsychological Implications of Traumatic Stress. *Appl Neuropsychol Child*. Philadelphia, v. 6, p.1-15, 2016.
4. Brasil. Lei das Contravenções Penais - Decreto Lei 3688/41.
5. Brasil. Código de Ética Odontológica. Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica Resolução nº. 118 de 11 maio de 2012 Rio de Janeiro, CFO, 2012.

6. Brasil. LEI Nº 8.069. Estatuto da Criança e do Adolescente. DE 13 DE JULHO DE 1990.
7. Gonçalves H, Ferreira A. A notificação da violência intrafamiliar contra criança e adolescente por profissionais de saúde. *Cad. Saúde pública* [online]. 2002, vol.18, n.1 pp.315-319. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100032>
8. Muniz P, Cavalcanti AL, Diagnóstico do Abuso Infantil No Ambiente Odontológico. Uma Revisão Da Literatura. *Publ UEPG Ci Biol Saúde*. Ponta Grossa, v.9, n. ¾, p. 29-35, 2009.
9. Naughton AM, Maguire AS, Mann MK.; Lumb RC, Vanessa T, Gracias S, Kemp AM. Emotional, Behavioral, and Developmental Features Indicative of Neglect or Emotional Abuse in Preschool Children. *JAMA Pediatr*. Chicago.
10. Azevedo, MS, Goettens ML, Brito A, Possebon AP, Domingues AP, Demarco FF, Torriani FF. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res*. São Paulo, v.26, n.1, p. 5-11, 2012.
11. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2001, vol.1, n.2, pp.91-102. ISSN 1519-3829. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292001000200002>
12. Souza EA. Avaliação do conhecimento e conduta de médicos e cirurgiões-dentistas sobre maus – tratos e violência contra a criança e ao adolescente – unesp – odontopediatria – 2002.
13. Priotto EMTP. Violência envolvendo adolescentes estudantes na tríplice fronteira: Brasil – Paraguai – Argentina. 2013. 251 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, 2013.
14. Minayo MCS. A Violência Dramatiza Causas. In: *Violência sob o olhar da saúde: a intrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2003
15. Salles LMF. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. *Estudos de Psicologia I Campinas* I 22(1)I33-41 I janeiro - março 2005.
16. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência Saúde Coletiva*, 20(6):1879-1890, 2015
17. Santos DH. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes e afirmação de direitos: a notificação compulsória no Hospital das Clínicas de Pernambuco / Delânio Horácio dos Santos. - Recife: O Autor, 2013.
18. Costa COM, Carvalho RC, Santa Bárbara JFR, Santos CAST, Gomes WA, Heloísa Lima de Sousa. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciênc. Saúde coletiva* vol.12 no.5 Rio de Janeiro Set. /Out. 2007
19. Garbin CAS, Rovida TAS, Costa AA, Garbin AJI. Percepção e atitude do cirurgião-dentista servidor público frente à violência intrafamiliar em 24 municípios do interior do

estado São Paulo, 2013-2014. Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2016, vol.25, n.1, pp.179-186. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000100019>

20. Souto DF, Zanin L, Ambrosano GMB, Flório FM. Violência contra crianças e adolescentes: perfil e tendências decorrentes da Lei nº 13.010. Rev. Bra. Enferm. vol.71 supl.3 Brasília 2018.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
22. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
23. Souza ALTM, Florio A, Kawamoto EE. O neonato, a criança e o adolescente. São Paulo: EPU, 2001.
24. Davoli A et al. Prevalência de Violência Física Relatada contra Crianças em uma População de Ambulatório Pediátrico. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.10, n.1, pp. 92-98. Jan-Mar, 1994.
25. Azevedo MA, Guerra VNA. Mania de bater: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil. São Paulo: Editora iglu, 2001.
26. Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas, MDM, Malta DC. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2015, vol.20, n.3, pp.655-665. ISSN 1413-8123. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.15242014>.
27. Souza CE, Rodrigues IFMM, Zocratto KBF, Oliveira CAS. Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista – revisão de literatura. Rev Bras Odontol Leg RBOL. 2017; 4(1):53-63.
28. Hernández RP, Gras RML. Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. anales de psicología 2005, vol. 21, nº 1 (junio), 11-17
29. Day V, Telles L, Zoratto P, Azambuja M, Machado D, Silveira M, Debiaggi M, Reis M, Cardoso R, Blank P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul vol.25 suppl.1 Porto Alegre Apr. 2003
30. Braun S. A violência sexual na família: do silêncio à revelação do segredo. Porto Alegre, AGE: 2002.
31. Ferreira AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. J. Pediatr. (Rio J.) vol.81 no.5 suppl.0 Porto Alegre nov. 2005
32. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2010.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
34. Guerra LM, Pereira AC, Meneghim MC, Hebling E. Avaliação do conhecimento técnico, ético e legal de cirurgiões-dentistas no tratamento de crianças HIV soropositivas. *Cienc Odontol Bras.* 2008 abr./jun.; 11 (2): 14-22.
35. Siqueira TS. Estudo Retrospectivo das Infecções Virais em Cavidade Oral Diagnosticadas pelo Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina (LPB-UFSC) em 10 Anos. TCC (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Odontologia. 2016.
36. Carvalho AB, Ferreira RB. Principais manifestações das doenças sexualmente transmissíveis acometidas na cavidade oral. Revisão de literatura, 2019.
37. Santos MPM; Morais MPLA; Fonseca DDD; Faria ABS; Silva IHM; Carvalho AAT; Leão JC. Herpesvírus humano: tipos, manifestações orais e tratamento. *Odontol. Clín.-Cient.* (Online) vol.11 no.3 Recife Jul./set. 2012
38. Manual de Procedimentos da Ação Conselheira, Prefeitura da Cidade de São Paulo Secretaria Municipal de Participação e Parceria Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2011.
39. Signorini e Ferreira. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.18, n.1, pp.315-319. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100032>.
40. Kittle, PE, Richardson DS, Parker JW. Two child abuse/child neglect examinations for the dentist. *J. Dent. Child.* v.48, n.3, p.175-80, 1981.
41. Jessee, SA. The neglect of our youth: a dental perspective. *J. Dent. Child.* v.60, n.4, p.361-4, 1993
42. Saxe, MD, McCourt, JW. Child abuse: a survey of ASDC members and a diagnostic-data-assessment for dentists. *J. Dent. Child.* v.58, n.5, p.361-6, 1991.
43. BRASIL. Ministério da saúde. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Imprensa Nacional, 1991. 110p
44. Magalhães MLC, Reis JTL, Furtado FM, Moreira AMP, Cardoso Filho FNF, Carneiro PSM et al. O profissional de saúde e a violência na infância e adolescência Femina [Internet]. 2009 [acesso 2 jun 2014];37(10):547-51. Disponível: <https://bit.ly/2Pjiz5>
45. Thomazine AM, Oliveira BRG, Vieira CS. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. *Rev Eletrônica Enferm.* [Internet] 2009 [acesso 2 jun 2014];11(4):830-40. Disponível: <https://bit.ly/2PgLvqt>
46. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União.* Brasília; 16 jul 1990 [acesso 2 jun 2014]. Disponível: <https://bit.ly/1B1xyOF>

47. Ricas J, Donoso MTV, Gresta MLM. A violência na infância como uma questão cultural. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2006 [acesso 2 jun 2014];15(1):151-4. Disponível: <https://bit.ly/2wfise2>
48. Almeida AHV, Silva MLCA, Musse JO, Marques JAM. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética [Internet]. *Arq Odontol*. 2012 [acesso 2 jun 2014];48(2):109-15. Disponível: <https://bit.ly/2Pi1pRe>
49. MENESES M. P. R. Redes Sociais Pessoais: conceitos, práticas e métodos. Tese (Doutorado). Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
50. UDE, W. Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil e Construção de Redes Sociais. Produção de Indicadores e possibilidades de intervenção. In: *Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil: expansão do PAIR em Minas Gerais*. Belo Horizonte, UFMG, 2008.
51. Frizzo KR, Sarriera JC. O Conselho Tutelar e a Rede Social na Infância. In: *Psicologia USP*. São Paulo, n.16, v.4, 2005.
52. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(2):481-491.
53. Monteiro FO. Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. *Serv. Soc. Soc.* 2010; 103:476-502.
54. Lima JS, Deslandes SF. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(38):819-832.
55. Almeida AHV, Silva MLCA, Musse TO, Marques JAM. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. *Arq Odontol* 2012; 48(2):102-115.
56. Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, Oliveira EM. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde Soc.* 2011; 20(1):113-123.
57. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
58. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília*, n.206, Seção 1, p.86, 2001a.
59. Carvalho LMF, Galo R, Silva RHA. O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado. *Revista Faculdade de Medicina Ribeirão Preto, São Paulo*, v. 46, n. 3, p. 297-304, set. 2013.

60. Fracon, ET, Silva RHA, Bregagnolo JC. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP). *RSBO, Santa Catarina*, v. 8, n. 2, p. 153-159, abr./jun. 2011
61. Bosco VL, Birman EG, Cury AE, Paula CR. Yeasts from the oral cavity of children with aids: exoenzyme production and antifungal resistance. *Pesq Odontol Bras* 2003; 17(3):217-22.
62. Ketchem L, Berkowitz RJ, Mcliveen J, Forrester D, Rakusan T. Oral findings in HIV-seropositive children. *Pediatr Dent* 1990; 12(3):143-6.
63. Guerra LM, Pereira AC, Hebling E, Meneghim MC. Manifestações bucais da aids em crianças: implicações clínicas para o cirurgião-dentista. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2007 jan-abr; 19(1):77-83
64. Leggott PJ. Oral manifestations of HIV infection in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992 Feb; 73(2):187-90.

Recebido em: 17/06/2020

Aceito em: 14/08/2020

Publicado em: 01/09/2020