

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO DE ODONTOLOGIA**

ELOÍSA MARIA NOGUEIRA DE FREITAS

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS A RESPEITO DE MAUS-
TRATOS INFANTIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

PATOS – PB

2014

ELOÍSA MARIA NOGUEIRA DE FREITAS

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS A RESPEITO DE MAUS-
TRATOS INFANTIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do curso de odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof.^a. MSc. Tássia Cristina de Almeida Pinto Sarmiento

PATOS – PB

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

F866c Freitas, Eloísa Maria Nogueira de
Conhecimento dos cirurgiões-dentistas a respeito de maus-tratos infantis: uma revisão de literatura / Eloísa Maria Nogueira de Freitas. – Patos, 2014.
41f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2014.

"Orientação: Profa. MSc. Tássia Cristina de Almeida Pinto Sarmiento".

Referências.

1. Odontopediatria. 2. Maus-tratos Infantis. I. Título.

053.2 CDU 616.314:616-

ELOÍSA MARIA NOGUEIRA DE FREITAS

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS A RESPEITO DE MAUS-
TRATOS INFANTIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Monografia aprovada em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a MSc. Tássia Cristina de Almeida Pinto Sarmento - Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande-UFCG

Prof.^a MSc. Rosana Araújo Rosendo - 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande-UFCG

Prof.^a Dr.^a. Luciana Ferraz Gominho - 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande

Dedico esse trabalho aos meus queridos pais, José Nogueira Formiga e Francisca Dulce de Freitas Nogueira, pelo exemplo de vida e por todo amor e apoio que me proporcionaram ao longo da minha vida. Às minhas irmãs, Emanuela e Eluany, por sempre estarem presentes e por todo carinho e atenção. Sem vocês eu não seria nada. Obrigada

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me mostrar que sou protegida, guiada e iluminada pela sua presença divina no mais íntimo do meu ser e que permitiu que esse sonho se realizasse.

Agradeço a minha mãe, Dulce, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço. Ao meu pai, Senhor Nogueira que, apesar de todas as dificuldades, me fortaleceu e que pra mim foi muito importante.

Obrigada as minhas irmãs, que mesmo longe estavam presentes, me apoiando e me ajudando em todos os momentos.

Um agradecimento especial a minha orientadora Prof.^a MSc Tássia Cristina de Almeida Pinto Sarmiento, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Agradeço a todos os professores por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação de caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional.

E aos meus amigos, companheiros de trabalhos e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza. Obrigada!

RESUMO

Os maus-tratos infantis correspondem a toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente. Não apenas a violência física, por ser mais fácil sua percepção, como também a negligência, abuso psicológico, violência sexual, síndromes como a de Munchausen por procuração e a do Bebê Sacudido, são ditas como maus-tratos infantis, onde muitas vezes passam despercebidas por responsáveis e por profissionais que cuidam dessas crianças. Uma vez que a violência infantil afeta a vida do menor e de seus responsáveis em todos os níveis, se torna indispensável adotar medidas de prevenção pluridisciplinar, ajudando significativamente na exclusão ou solução desse problema, de modo que a principal conduta consiste no reconhecimento do diagnóstico precoce da violência por parte dos médicos, enfermeiros, psicólogos e cirurgiões-dentistas. Como a maioria das lesões provenientes de maus-tratos se localiza na região da cabeça e pescoço, os cirurgiões-dentistas encontram-se numa posição privilegiada para a análise e identificação dos maus-tratos infantis. Embora existam muitos casos de abusos infantis que são omitidos e não notificados por estes profissionais, a responsabilidade e a obrigatoriedade do relato são imprescindíveis. Assim, é essencial que a orientação a estes profissionais se inicie na graduação, com a oferta de cursos regulares sobre a responsabilidade do cirurgião-dentista no diagnóstico, documentação, notificação e atendimento às crianças vítimas de maus-tratos infantis, em que devem ser instruídos e orientados quanto ao reconhecimento dos principais sinais clínicos desses casos. Deste modo, o presente trabalho busca realizar uma revisão de literatura a fim de observar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas acerca desta temática, para que medidas possam ser tomadas para auxiliar estes profissionais que lidam diretamente com crianças vítimas de maus-tratos.

Descritores: Odontologia. Violência. Maus-Tratos Infantis. Manifestações Bucais. Notificação de Abuso.

ABSTRACT

The child maltreatment correspond to any action or omission that harms the well-being, physical, or psychological integrity, freedom and the right to full psychological development of children and adolescents. Not only physical violence, because it is easier their perception, as well as neglect, psychological abuse, sexual violence, as Munchausen syndrome by proxy and the Shaken Baby, are said to child maltreatment, which often go unrecognized by accountable and professionals who look after these children. Once the child abuse affects the lives of the lower and of their leaders at all levels, it becomes essential to adopt measures multidisciplinary prevention, helping significantly in exclusion or solution to this problem, so that the main pipe is the recognition of early diagnosis violence on the part of doctors, nurses, psychologists and dentists. Like most injuries coming from maltreatment is located in the head and neck region, dentists are in a privileged position for the analysis and identification of child maltreatment. Although, there are many cases of child abuse that are omitted and not reported by these professionals, where lead to several reasons not to report, such as: unawareness of cause, uncertainty of diagnosis, engage with justice, not knowing to whom to report the case , fear of facing parents and fear of losing patients, some of them are. Showing that the responsibility and obligation of the story, which in this case are very important are suppressed, leaving the auxiliary and even resolve many injuries against children. Thus, it is essential that regular offers graduation courses on the responsibility of the dentist in the diagnosis, documentation, reporting and assistance to child victims of child maltreatment, they should be educated and counseled about the recognition of the main clinical signs of these cases , so being aware of the great responsibility in the notification and reporting of child abuse. In this way, the present work conduct a literature review in order to observe the knowledge of dentists about this theme

Descriptors: Odontology. Violence. Child Abuse. Oral manifestations. Mandatory Reporting.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAPIA	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência
CD	Cirurgião-Dentista
MG	Estado de Minas Gerais
PB	Estado da Paraíba
PE	Estado de Pernambuco
PSF	Programa Saúde da Família
SC	Estado de Santa Catarina
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
2.1	MAUS-TRATOS INFANTIS.....	10
2.2	TIPOS DE MAUS-TRATOS.....	11
2.2.1	Abuso Físico.....	11
2.2.2	Negligência.....	11
2.2.3	Abuso Sexual.....	12
2.2.4	Abuso Psicológico.....	13
2.2.5	Síndrome de Munchausen por procuração.....	14
2.2.6	Síndrome do Bebê Sacudido.....	14
2.3	DIAGNÓSTICO.....	15
2.4	ASPECTOS LEGAIS.....	15
	REFERÊNCIAS.....	17
3	ARTIGO CIENTÍFICO.....	20
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
	ANEXO- NORMAS DA PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....	35

1 INTRODUÇÃO

A expressão maus-tratos envolve toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a) e que segundo Cavalcanti (2001) é resultante de fatores individuais, sociais e familiares.

Assim, os maus-tratos infantis representam um problema crescente em todos os segmentos da sociedade. Estes são entendidos como a negligência, abuso físico, emocional, sexual de pais ou responsáveis junto à criança, que resultam em ferimento ou dano emocional significativo (HENDLER et al., 2007).

Dentre os vários sinais e sintomas associados aos abusos infantis pode-se citar: fratura dos ossos da face, traumatismos dentários, alopecia, lesões simétricas de caráter repetitivo em diferentes estágios de cicatrização, doenças venéreas, lacerações labiais, marcas de mordidas e queimaduras (CAVALCANTI, 2005).

As lesões decorrentes da violência frequentemente envolvem a região orofacial, de modo que com isso o cirurgião-dentista se torna o profissional que possui maior contato com pacientes vítimas de violência doméstica, sejam crianças, adultos ou idosos (COSTA, 2010).

Sendo assim, o cirurgião-dentista tem sempre de se posicionar corretamente sobre o que fazer e como ajudar a diminuir as agressões. Haja vista que, segundo o artigo 245 do estatuto da criança e do adolescente este profissional é obrigado, por lei, a notificar situações de maus tratos infantis (MASSONI et al., 2010).

Motivos como: o medo de perder pacientes, a falta de confiança no serviço de proteção à criança e aos adolescentes, o medo de lidar com os pais e de se envolver legalmente, a incerteza do diagnóstico e do mecanismo de denúncia, leva o profissional de saúde a omitir muitos casos de maus-tratos infantis (KELOGG, 2007). Diante do exposto, esse trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura que permita uma compreensão ampla sobre maus-tratos na infância e adolescência, benéfica para os cirurgiões-dentistas, que devem estar preparados para identificar e atuar adequadamente frente a casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 MAUS-TRATOS INFANTIS

Maus-tratos infantis é um termo diagnóstico que descreve uma variedade de comportamentos que se estendem desde uma disciplina severa até a tortura repetitiva e intencional (CAVALCANTI, 2001). De acordo com Hindley et al. (2006) a agressão à criança tem sido considerada um sério problema da sociedade brasileira e mundial, sendo hoje a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos cinco anos de idade.

No Brasil, a violência social afeta a qualidade de vida de milhares de crianças e adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b). A ocorrência de maus-tratos costuma acontecer no ambiente doméstico, entretanto, estima-se que apenas 20% dos casos são denunciados (MASSONI et al., 2010), de forma que há poucas informações oficiais sobre o assunto (PIRES et al., 2005).

Santos et al. (2007) relatam que a violência atinge todas as camadas sociais, embora seja mais visível nas classes menos favorecidas devido ao maior controle pelas autoridades policiais e pelo fato desta classe geralmente procurar as delegacias com maior frequência.

Como consequência dessa violência, Davoli et al. (1994) afirmaram que as crianças agredidas não assistidas terapêuticamente frequentemente tornam-se delinquentes, assassinos e agressores da próxima geração de crianças.

Os estudos de Cavalcanti et al. (2003) e Granville-Garcia et al. (2006) demonstram que a maioria dos ferimentos decorrentes dos maus-tratos infantis envolve a região orofacial: cabeça, face, boca e pescoço. E que devido a esses aspectos colocam o cirurgião-dentista em uma posição oportuna para identificar essas vítimas (ANDRADE et al., 2005; COSTA et al., 2010).

Por muitos motivos, estes profissionais da saúde parecem dar pouca atenção, seja por omissão ou desconhecimento de causa (CHAIM, 1995; ABRÁPIA, 1997). Além disso, muitos não denunciariam situações suspeitas de maus-tratos em nenhuma circunstância por medo de perder pacientes, falta de confiança no serviço de proteção à criança e aos jovens, medo de lidar com os pais, incerteza do

diagnóstico e desconhecimento da verdadeira responsabilidade em denunciar (AVON, 2004; ANDRADE et al., 2005; PIRES et al., 2005).

2.2 TIPOS DE MAUS-TRATOS INFANTIS

2.2.1 Abuso físico

O abuso físico se caracteriza pelo uso da força física, praticado de forma intencional, pelos pais ou cuidadores da criança, com o intuito de ferir, lesar ou danificar a vítima, deixando ou não marcas visíveis (SOUZA et al., 2003).

De acordo com Alves e Calvalcanti (2003) o abuso físico é, em geral, a forma de agressão à criança mais reconhecível, com quadros clínicos de traumas físicos ou falta de desenvolvimento, quando a explicação da injúria não é consistente com o tipo e severidade das lesões observadas.

Na maioria das vezes, este tipo de violência deixa marcas, sendo, portanto o de maior visibilidade e de mais fácil diagnóstico e que entre as manifestações orofaciais incluem (MARQUES et al., 2003):

- Lábios: podem apresentar hematomas, lacerações, cicatrizes dos traumas persistentes, queimaduras causadas por alimentos quentes ou cigarros, equimoses, arranhões ou cicatrizes nas comissuras, indicativos das utilizações de mordanças;
- Boca: pode apresentar lacerações no freio labial ou lingual causadas por beijo, alimentação ou sexo oral forçados, os quais são sinais característicos de casos severos do abuso de criança. Queimaduras ou lacerações na gengiva, língua, palato ou assoalho da boca, causadas por alimento ou utensílios quentes são outras manifestações associadas;
- Dentes: fraturados, deslocados, com mobilidades ou avulsionados, raízes residuais múltiplas sem história plausível para esclarecer os ferimentos;
- Maxila ou mandíbula: sinais das fraturas passadas ou atuais, côndilos, ramos, sínfises, bem como más-oclusões incomuns resultantes de traumas anteriores.

2.2.2 Negligência

Para Nunes et al. (2010) a negligência é considerada a incapacidade de assegurar os cuidados básicos de higiene, alimentação, afetos, ou vigilância de saúde, a falta de supervisão de crianças menores de dez anos, que coloque em risco o desenvolvimento físico ou psíquico da criança.

No âmbito da odontologia, é possível observar a conhecida negligência odontológica, a qual é definida por Cury, Silva e Mendez (2000) como a falha dos pais ou responsável em procurar o tratamento para cárie visualmente não-tratada, infecções bucais e dor, ou a falha em seguir completamente com o tratamento uma vez informado das condições bucais e possibilidades de terapia viável.

No entanto, diagnosticar a negligência odontológica em alguns casos torna-se difícil, visto que obstáculos como os financeiros, intelectuais e sociais devem ser considerados antes que a decisão de denunciar seja tomada. Mas, quando a patologia bucal foi diagnosticada, o tratamento necessário foi explicado e compreendido, e os obstáculos financeiros e de transporte foram eliminados, a ineficiência de um pai em buscar ou manter o tratamento se constitui negligência (MASSONI et al., 2010).

A negligência praticada pelos responsáveis pela criança pode ser percebida, nos serviços de saúde e nos diferentes segmentos sociais, nos casos de desnutrição, atraso vacinal, infecções repetidas, falta de cuidados essenciais com a saúde, falta de cuidados escolares, falta de suporte emocional e afetivo à criança, não proteção e exposição da criança a qualquer tipo de perigo. Também por uso de vestimenta inadequada à estação, crescimento e desenvolvimento abaixo dos padrões esperados para a idade, ausência dos pais, falta de diálogo e afeto em relação aos filhos, exposição da mesma à violência doméstica, aos acidentes, ao uso de drogas e álcool (sem intervenção), bem como permissão e encorajamento para atos delinquentes (SANCHEZ et al., 2004).

2.2.3 Abuso sexual

Define-se abuso ou violência sexual na infância e adolescência como a situação em que a criança, ou o adolescente, são usados para satisfação sexual de um adulto ou adolescente mais velho (responsável por ela ou que possua algum vínculo familiar ou de relacionamento, atual ou anterior), incluindo desde a prática de carícias, manipulação de genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo,

pornografia, exibicionismo, até o ato sexual, com ou sem penetração, sendo a violência sempre presumida em menores de 14 anos (ABRÁPIA, 1997).

Para Pfeiffer et al. (2005) a maioria dos casos de abuso sexual na infância são praticados por pessoas relacionadas diretamente à criança e sobre as quais exercem alguma forma de poder ou dependência, dificultando ainda mais a suspeita e a confirmação do abuso.

Os principais sinais e sintomas de abuso sexual infantil observados pelo cirurgião-dentista podem ser temor irracional do paciente diante de um exame físico, fratura do dente (aspecto odontológico associado à violência sexual oral), sífilis ou gonorreia oral e perioral (sinal patognomônico de violência sexual), além disso, incluem-se outros indícios, tais como dificuldade de deglutição, área avermelhada no palato (por felação), baixo controle dos esfíncteres, vergonha/timidez excessiva, problemas para caminhar, injúrias ou petéquias no palato sem explicações sobre o que os causou (particularmente na junção do palato mole e do duro, pode ser uma evidência de sexo oral forçado) (PRADO et al., 2001; CAVALCANTI, 2003; VIEIRA et al., 2008).

2.2.4 Abuso psicológico

É toda forma de rejeição, discriminação, depreciação ou desrespeito em relação à criança ou adolescente. Pode envolver comportamentos como punir, humilhar ou aterrorizar com graves agressões verbais e cobranças exageradas, baseadas em expectativas irreais em relação ao bom comportamento ou ao desempenho escolar. Pode envolver também o isolamento da criança, privando-a de experiências comuns a sua idade, de ter amigos, ou ainda indução à prostituição, ao uso de drogas e ao crime. Este tipo de violência é um dos mais difíceis de ser identificado, pela sutileza e pela falta de materialidade dos atos, embora tenha impacto negativo profundo sobre o desenvolvimento biopsicossocial (ASSIS, 1999; LARA, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Para Telles et al. (2003) as manifestações do abuso psicológico estão divididas em:

- Danos imediatos: pesadelos repetitivos, ansiedade, raiva, culpa, vergonha, medo do agressor e de pessoa do mesmo sexo, quadros fóbico-ansiosos e depressivos

agudos, queixas psicossomáticas, isolamento social e sentimentos de estigmatização.

- Danos tardios: aumento significativo na incidência de transtornos psiquiátricos, dissociação afetiva, pensamentos invasivos, ideação suicida e fobias mais agudas, níveis intensos de ansiedade, medo, depressão, isolamento, raiva, hostilidade e culpa, cognição distorcida, redução na compreensão de papéis complexos e dificuldade para resolver problemas interpessoais.

2.2.5 Síndrome de Munchausen por procuração

Ocorre quando pais ou responsáveis, na maioria das vezes a mãe, provocam ou simulam na criança, geralmente com idade inferior a seis anos, sinais e sintomas de várias doenças, com falsificação de exames laboratoriais, administração de medicamentos ou substâncias que causam sonolência ou convulsões. A partir destas simulações, a criança é submetida a sofrimento físico (ex. coleta de exames desnecessários, uso forçado de medicamentos) e psicológico (ex. inúmeras consultas, internações desnecessárias). O diagnóstico é clínico e há suspeita do problema quando o profissional da saúde não consegue avaliar a gravidade do quadro, uma vez que quase sempre a criança encontra-se em bom estado geral. A doença é persistente e recidivante, com sintomas raros, as queixas são dramáticas, permanecem as mesmas, sempre trazidas pelo mesmo responsável, que solicita a realização de vários exames complementares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001).

2.2.6 Síndrome do Bebê Sacudido

Envolve sacudir ou chacoalhar fortemente a criança, principalmente no sentido ântero-posterior, onde o agressor é geralmente o pai biológico, que se irrita com o choro da criança, habitualmente com idade inferior a um ano, na maioria das vezes menos de seis meses, podendo provocar graves lesões cerebrais, hemorragias oculares, causar atraso do desenvolvimento neuro-psicomotor e até a

morte. O diagnóstico é feito pela identificação de uma combinação de hemorragias retinianas e subdural (CARDOSO et al., 2003).

2.3 DIAGNÓSTICO

A suspeita de maus-tratos, no campo médico-odontológico, baseia-se essencialmente na anamnese e nos exames clínicos e complementares. É importante que o histórico seja pesquisado através de entrevistas separadas com os pais e a criança. Além de retardarem a busca de atendimento, os responsáveis geralmente não assumem sua culpa, apresentando relatos confusos e inconsistentes, não condizentes com as observações clínicas (GOLDER, 1995).

O diagnóstico do abuso infantil baseia-se no reconhecimento de indicadores comportamentais e dos sinais e sintomas físicos comuns às crianças abusadas e negligenciadas (CARVALHO et al., 2001).

Segundo Calvalcanti et al. (2000) o diagnóstico odontológico começa quando o paciente entra no consultório onde devem ser observadas, atenciosamente, pelo profissional a aparência geral da criança, sua marcha, suas vestimentas e a interação com os pais.

Para os profissionais da saúde, a habilidade para diferenciar indícios de maus-tratos de outras doenças é de fundamental importância (PIRES et al., 2005). De acordo com Cavalcanti (2001), os odontopediatras podem ser os primeiros a identificar manifestações físicas e emocionais do abuso infantil, pois acompanham a criança durante toda sua infância e adolescência.

Nos casos em que houver suspeita de violência, os exames extra e intra-bucal devem ser realizados de forma cuidadosa e completa, no sentido de possibilitar a obtenção do maior número de informações, permitindo o correto diagnóstico (CAVALCANTI, 2001).

2.4 ASPECTOS LEGAIS

A notificação de maus-tratos é o processo que visa interromper as atitudes e comportamentos por parte do agressor, e deve ser realizada ao Conselho Tutelar da respectiva localidade da vítima. O conselho tutelar, quando informado, irá analisar o caso e encaminhar soluções. De acordo com o Estatuto da Criança e do

Adolescente, é obrigatória a notificação em caso de suspeita de maus-tratos, podendo acarretar em uma pena de 3-20 salários mínimos, e o dobro em caso de reincidência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O Código Penal Brasileiro (1999), no artigo 136 (Maus-Tratos) relata: “expor perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina, a pena é a detenção de 2 meses a 1 ano ou multa; se do fato resulta em lesão corporal de natureza grave: reclusão, de 1 a 4 anos; contudo, se resultar em morte, reclusão de 4 a 12 anos. Aumenta-se a pena de um terço, se o crime for praticado contra pessoa menor de 14 anos” (BRASIL, 1940).

Embora não seja condenado por não comunicar determinada suspeita de maus-tratos, o cirurgião-dentista tem a oportunidade e a obrigação moral de ajudar a proteger os direitos da criança (ALVES et al., 2003).

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Proteção e prevenção. Guia para orientação para profissionais da saúde. **Autores & Agentes & associados**, Petrópolis, v. 3, 1997.
- ALVES, P. M.; CAVALCANTI, A. L. Diagnóstico do Abuso Infantil no Ambiente Odontológico. Uma Revisão de Literatura. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v.9, n. 3/4, p. 29-35, set./dez, 2003.
- ANDRADE, L. K.; COLARES, V.; CABRAL, H. M. Avaliação da Conduta dos Odontopediatras de Recife com relação ao Abuso Infantil. **Revista Odonto Ciência-Fac. Odonto/PUCRS**, Porto Alegre, v. 20, n. 49, p. 231-236, jul./set. 2005.
- AVON, S.L. Forensic odontology: the roles and responsibilities of the dentist. **J Can Dent Assoc**, Canadá, v. 70, p. 453-458, Jul./Ago. 2004.
- ASSIS, S. G. O percurso da violência na História Ocidental: Infância e Saúde. **Rev Horizontes**, Bragança Paulista, v. 17, p.11-79, jul. 1999.
- BRASIL. **Código Penal**. Decreto de Lei nº 2848, São Paulo, 07 de dezembro de 1940.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar orientações para a prática em serviço. **Série Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, v. 131, n. 8, p. 96, ago. 2002a.
- 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-DF, Ministério da Saúde, 2002b.
- CHAIM, L.A.F. Odontologia versus criança Maltratada. **Revista da APCD**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 142-144, mar./abr. 1995.
- CARDOSO, A.C.A.; COELHO, H.M.M.; HARADA, M.J.C.S.; HIRSCHHEIMER, M.R.; GIKAS, R.M.C.; WAKSMAN, R.D., et al. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos). **Pediatr Mod**, São Paulo, v. 39, n. 9, p. 354-63, set. 2003.
- CARVALHO, A. C. R. et al. Abuso e negligência: estudo na delegacia de repressão aos crimes contra a criança e ao adolescente. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, v. 4, n. 18, p. 117-123, mar./abr. 2001.
- CAVALCANTI, A.L. Maus-tratos Infantis. **Guia de orientação para profissionais de Saúde**. João Pessoa: ed. Idéia; 2001.

CAVALCANTI, A.L. Manifestações físicas do abuso infantil: aspectos de interesse odontológico. **Rev Paul Odontol**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 16-9, out. 2003.

CAVALCANTI, A.L.; DUARTE R.C. Manifestações bucais do abuso infantil em João Pessoa - Paraíba, Brasil. **Rev Bras Cien Saúde**, João Pessoa, v. 7, n. 2, p.161-70, ago./ nov. 2005.

COSTA, M.C.; CARVALHO, R.C.; SANTANA, M.A.; SILVA, L.M.; SILVA, M.R. Evaluation of the National Program of Integrated and Referential Actions (PAIR) to confront the child and adolescents sexual violence, in Feira de Santana, Bahia State, Brazil. **Rev Ciênc Saúde**, Bahia, v.15, n. 2, p. 563-574, fev. 2010.

CURY, M.; SILVA, A.F.A.; MENDEZ, E.G. Estatuto da criança e do adolescente comentado. Comentários jurídicos e sociais. São Paulo, v. 3, n. 8, p. 835, mai. 2000.

DAVOLI, A.; PALHARES, F.A.B.; CORRÊA-FILHO, H.R.; DIAS, A.L.V.; ANTUNES, A.B.; SERPA, J.F.; SCHINCARIOL, P. Prevalência de violência física relatada contra crianças em uma população de ambulatório pediátrico. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 92-98, abr. 1994.

GRANVILLE-GARCIA, A.F.; MENEZES, V.A.; TORRES, F.B.; ARAUJO, J.R.; SILVA, P.F.R. Ocorrência de maus-tratos em crianças e adolescentes na cidade de Caruaru-PE. **Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr**, João Pessoa, v. 6, n.1, p. 65-70, jan./ abr. 2006.

GOLDER, M. Non-accidental injury in children. **Dent Update**, Guilford, v. 22, n. 2, p. 75-80, marc./abr. 1995.

HENDLER, T.J.; SUTHERLAND, S.E. Domestic Violence and its Relation to Dentistry: A Call for Change in Canadian Dental Practice. **J Can Dent Assoc**, Canadá, v.73, n. 7, p.1, set. 2007.

KELOGG, N.D. Evaluation of suspect child physical abuse. **Am Acad Ped**, Canadá, v. 119, n. 6, p. 1232-1241, jun. 2007.

LARA, M.C.A. Violência e vitimização da criança. In: Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN. **Puericultura: princípios e prática**. Atenção integral à Saúde. Atheneu, São Paulo, 2000.

MARQUES, C.R.; COLARES, V. A identificação do abuso infantil pelo odontopediatra. **J Bras Clin Odontol Integr**, Curitiba, v.7, n.42, p. 512-515, 2003.

MASSONI A.C.L.T.; FERREIRA, A.M.B.; ARAGÃO, A.K.R.; DE MENEZES V.A.; COLARES, V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 403-410, abr./ mai. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Violência faz mal a saúde. **Série B. Textos Básicos de saúde**. 1ª edição. 298 p. 2002.

NUNES, P.; RAMINHOS, I. Maus-tratos infantis a realidade de um hospital distrital. **Acta Med Port**, v. 23, n. 4, p. 413-418. nov. 2010.

PIRES, J.M.; VIEIRA, E.M.; NAVA, T.R.; FELDENS, L.; CASTILHOS, K.; SIMAS, V. et al. Barreiras para a notificação pelo pediatra de maus-tratos infantis. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, Recife, v.5, n.1, p. 1-9, abr. 2005.

PRADO, D.; DORNELLES, M.S.O.; LOUZADO, M.; ARAÚJO, C.H.; SCARLOT, F. Manifestações orais em crianças abusadas sexualmente. **RBO**, Rio de Janeiro, v. 58, n.1, p. 33-4, 2001.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E.P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **J. pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 197-204, nov. 2005.

SANCHEZ, R.N.; MINAYO, M.C.S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: **Ministério da Saúde**. Violência faz mal à saúde. Brasília, p. 29-38, abr. 2004.

SANTOS, J.F.; CAVALCANTI, A.L., NUNES, K.S., SILVA, E.C. Primary identification of an abused child in dental office: A case report. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**, n. 6, p. 191-3, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA et al. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência: orientação para pediatras e demais profissionais de saúde. Ministério da Justiça. 2ª ed., Rio de Janeiro; 2001.

SOUZA, G. L.; KANTORSKI, L. P. Maus- tratos na infância. **Fam. Saúde Desenv**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 213-222, set./dez. 2003.

TELLES L.E.B.; DAY, V.P.; ZORATTO, P.H. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **R. Psiquiatr**, Rio Grande do Sul, v. 25, supl. 1, p. 9-21, abr. 2003.

VIEIRA, E.L.R.; KATZ C.R.T.; COLARES, V. Indicadores de maus-tratos em crianças e adolescentes para uso na prática da odontopediatria. **Clín.Científ**, Pernambuco, v. 7, n. 2, p. 113-8, jun. 2008.

3 ARTIGO

CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS A RESPEITO DE MAUS-TRATOS INFANTIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

KNOWLEDGE OF DENTISTS REGARDING CHILD ABUSE: A REVIEW OF LITERATURE

FREITAS, EMN¹; PINTO-SARMENTO, TCA²

¹Graduanda do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande.

²Professora Assistente do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande.

RESUMO

Objetivo: Realizar uma revisão de literatura acerca da percepção e o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre os maus-tratos infantis. *Material e Métodos:* A busca dos artigos para esta revisão usou as bases de pesquisa *online*: Scielo, Lilacs e Pubmed. Como estratégias de busca utilizaram-se as palavras-chaves: odontologia, maus-tratos infantis, manifestações bucais, cirurgiões-dentistas e responsabilidade legal e limitou-se ao período de 2002 a 2010. *Desenvolvimento:* Com relação ao conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre maus-tratos infantis, a maioria das pesquisas revisadas mostrou que estes tinham conhecimento sobre os tipos de violência infantil, apesar de que na maioria dos estudos os profissionais relataram não ter recebido informações durante a graduação. Sobre os tipos de abusos infantis, a violência física foi a mais citada, seguida do abuso psicológico, da negligência e do abuso sexual, respectivamente. Sobre os sinais e sintomas mais identificados pelos entrevistados dos estudos estão os hematomas, perturbações psicológicas, lesões em diferentes estágios de cicatrização e o abandono. Embora, apenas em duas pesquisas, houve citação de lesões no palato e somente uma mencionou traumatismo dentário, observa-se então que existe uma dificuldade entre os cirurgiões-dentistas em reconhecer sinais e sintomas de violência na própria área em que trabalham. Sobre o atendimento de casos de maus-tratos, a menor parte dos entrevistados das pesquisas confirmou ter atendido crianças com injúrias. Quanto a melhor conduta adotada de como proceder diante do abuso infantil, a denúncia foi citada em menor proporção do que conversar com a criança e com os pais, onde estas foram as mais relatadas. Pelos motivos de não realizar a denúncia, a incerteza da suspeita e o medo das consequências são as mais relatadas pela literatura observada e que entre os órgãos de proteção à criança que mais prevalecem, está o conselho tutelar e juizado da infância e da juventude. Sobre a obrigatoriedade de denunciar a violência infantil, apenas em uma pesquisa, a maioria dos entrevistados mostrou não ser obrigados. *Conclusão:* Diante da importância do cirurgião-dentista na detecção e denúncia de casos de maus-tratos infantis, existe a necessidade de uma adequada capacitação desses profissionais durante a sua formação, para uma maior confiança em diagnosticar e saber como proceder diante desses casos de abusos infantis no seu ambiente de trabalho.

DESCRITORES: Maus-Tratos Infantis. Notificação de Abuso. Odontologia. Violência.

ABSTRACT

Objective: To review the literature on perception and knowledge of dentists about child maltreatment. *Materials and Methods:* A search of the articles in this review used the online research databases: Scielo, Lilacs and Pubmed. As search strategies, we used the keywords: dentistry, child maltreatment, oral manifestations, dentists and legal responsibility and was limited to the period of 2002 to 2010. *Results:* Regarding their knowledge of dentists about child maltreatment, most of the reviewed studies showed that they had knowledge about the types of child abuse, although in most studies the professionals reported having received no information during graduation. About the types of child abuse, physical violence was the most mentioned, and then psychological abuse, neglect and sexual abuse, respectively. About the signs and symptoms identified by interviewee's studies are hematomas, psychological disorders, injuries in different stages of cicatrization and abandonmen. Although only two studies, there was quote from lesions on the palate and only one mentioned dental trauma, so it is observed that there is a difficulty among dentists to recognize signs and symptoms of violence in the very area in which they work. On the care of cases of maltreatment, the smallest part of the research respondents confirmed having met children with injuries. How much the best practice adopted on how to proceed on the complaint of child abuse, was quoted in a smaller proportion than talking to the child and parents, where these were the most frequently reported. For the reasons to not perform the complaint, the uncertainty of suspicion and fear of consequences are the most reported in the literature and observed that among child protection organs the most common, is the Tutelary Council and court childhood and youth. For the reasons to not perform the complaint, the uncertainty of suspicion and fear of consequences are the most spoken in the literature and observed that among the agencies for creation the most common, is the child protection agency and court childhood and youth. About the obligation to report child abuse, only one survey, most respondents showed not be obliged. *Conclusion:* Given the importance of dentists in the detection and reporting of cases of child abuse, there is the need for adequate training of these professionals during their training, for greater confidence in diagnosing and know how to proceed in these cases of abuse infant on your desktop.

DESCRIPTORS: Child Abuse. Odontology. Reporting of abuse. Violence

1 INTRODUÇÃO

A expressão maus-tratos envolve toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente¹ sendo resultante de fatores individuais, sociais e familiares².

Assim, os maus-tratos infantis representam um problema crescente em todos os segmentos da sociedade. Estes são entendidos como a negligência, abuso físico, emocional, sexual de pais ou responsáveis junto à criança, que resultam em ferimento ou dano emocional significativo³.

Dentre os vários sinais e sintomas associados aos abusos infantis pode-se citar: fratura dos ossos da face, traumatismos dentários, alopecia, lesões simétricas de caráter repetitivo em diferentes estágios de cicatrização, doenças venéreas, lacerações labiais, marcas de mordidas e queimaduras⁴.

As lesões decorrentes da violência frequentemente envolvem a região orofacial, de modo que com isso o cirurgião-dentista se torna o profissional que possui maior contato com pacientes vítimas de violência doméstica, sejam crianças, adultos ou idosos⁵.

Sendo assim, o cirurgião-dentista tem sempre de se posicionar corretamente sobre o que fazer e como ajudar a diminuir as agressões. Segundo o artigo 245 do estatuto da criança e do adolescente este profissional é obrigado, por lei, a notificar situações de maus-tratos infantis⁶.

Motivos como: o medo de perder pacientes, a falta de confiança no serviço de proteção à criança e aos adolescentes, o medo de lidar com os pais e de se envolver legalmente, a incerteza do diagnóstico e do mecanismo de denúncia, leva o profissional de saúde a omitir muitos casos de maus-tratos infantis⁷.

Diante do exposto, esse trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura que permita uma compreensão ampla sobre maus-tratos na infância e adolescência, benéfica para os cirurgiões-dentistas, que devem estar preparados para identificar e atuar adequadamente frente a casos de suspeita ou confirmação.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi realizado através de uma pesquisa bibliográfica, utilizando artigos obtidos nas bases de dados: Scielo, Lilacs e Pubmed. Foram utilizados como descritores os termos: odontologia, maus-tratos infantis, manifestações bucais, cirurgiões-dentistas e responsabilidade legal. Utilizou-se preferencialmente estudos de levantamentos epidemiológicos, limitando-se a busca aos anos de 2002 a 2010.

Os autores, títulos e ano dos artigos são apresentados no quadro abaixo:

Quadro 1: Autores, títulos e ano de artigos sobre maus-tratos infantis:

AUTORES	TITULO	ANO
CAVALCANTI, A.L.; FARIAS, C.M.M.; BARBOSA, J.C.; MOUDEN, L.D.	Conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas da cidade de João Pessoa frente ao abuso infantil	2002
SILVEIRA, J.L.G.C.; MAYRINK, S.; NÉTTO, O.B.S.	Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau-SC	2005
SANTOS, J.F.; NUNES, K.S.; CAVALCANTI, A.L.; SILVA, E.C	Maus-tratos infantis: conhecimento e atitudes de odontopediatras em Uberlândia e Araguari, Minas Gerais	2006
PONTES, C.C.L.; FERREIRA, J.M.S	Conhecimento e conduta de cirurgiões-dentistas relacionados a maus-tratos infantis em João Pessoa - Paraíba – Brasil	2007
GRANVILLE-GARCIA, A.F.; MENEZES, V.A.; J.R.; SILVA, P.F.R	Maus-tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista	2008
CAVALCANTI, A.L.; MARTINS, V.M.	Percepções e conhecimentos de médicos pediatras e cirurgiões-dentistas sobre maus-tratos infantis	2009
SOUZA, K.C.; DECURCIO, R.A.; VELOSO, H.H.P	Avaliação do nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre maus tratos infantis	2010

3 REVISÃO DE LITERATURA

MAUS-TRATOS INFANTIS

Maus-tratos infantis é um termo diagnóstico que descreve uma variedade de comportamentos que se estendem desde uma disciplina severa até a tortura repetitiva e intencional². A agressão à criança tem sido considerada um sério problema da sociedade brasileira e mundial, sendo hoje a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos cinco anos de idade⁸.

A ocorrência de maus-tratos costuma acontecer no ambiente doméstico, entretanto, estima-se que apenas 20% dos casos são denunciados⁹, de forma que há poucas informações oficiais sobre o assunto¹⁰.

Estudos^{11,12} demonstram que a maioria dos ferimentos decorrentes dos maus-tratos infantis envolve a região orofacial: cabeça, face, boca e pescoço. E que devido a esses aspectos colocam o cirurgião-dentista em uma posição oportuna para identificar essas vítimas^{13,14}.

Por muitos motivos, estes profissionais da saúde parecem dar pouca atenção, seja por omissão ou desconhecimento de causa^{15,16}. Além disso, muitos não denunciariam

situações suspeitas de maus-tratos em nenhuma circunstância por medo de perder pacientes, falta de confiança no serviço de proteção à criança e aos jovens, medo de lidar com os pais, incerteza do diagnóstico e desconhecimento da verdadeira responsabilidade em denunciar^{10,13,17}.

TIPOS DE MAUS-TRATOS INFANTIS

Abuso físico

O abuso físico se caracteriza pelo uso da força física, praticado de forma intencional, pelos pais ou cuidadores da criança, com o intuito de ferir, lesar ou danificar a vítima, deixando ou não marcas visíveis¹⁸.

Na maioria das vezes, este tipo de violência deixa marcas, sendo, portanto o de maior visibilidade e de mais fácil diagnóstico, devido a presença de diversas manifestações clínicas, como hematomas, lacerações, queimaduras, equimoses e fratura osséa¹⁹.

Ao realizar pesquisa com 62 cirurgiões-dentistas e 8 odontopediatras acerca de suas experiências frente a casos de maus-tratos infantis no município de Blumenau-SC, foi constatado que a maioria dos cirurgiões-dentistas para diagnosticar maus-tratos infantis observam os aspectos físicos separadamente (13%) e o físico junto ao comportamento (55%), aspectos físicos ligado a história e ao comportamento (19%).

Santos et al.²¹ avaliando a percepção e o conhecimento de 26 odontopediatras de Araguari e Uberlândia-MG com relação ao que consideravam maus-tratos observaram que ações como espancamento, hematomas e abandono foram as respostas mais prevalentes (23,6% cada um) por parte dos profissionais. Este dado reforça a ideia de que os abusos físicos, devido a deixar marcas visíveis, são os mais fáceis de serem percebidos.

Na análise feita por Pontes e Ferreira²² nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB com 180 cirurgiões-dentistas com relação a avaliação dos sinais perceptíveis de maus-tratos infantis, os exemplos mais comuns referidos pelos cirurgiões-dentistas foram hematomas (22,2%), manchas no corpo (24,4%) e queimaduras (22,2%). E sobre os sinais mais perceptíveis do abuso sexual, foram citadas as escoriações, equimoses, edemas, hematomas, fraturas e queimaduras.

No questionamento feito na pesquisa de Granville-Garcia et al.²³, sobre os sinais e sintomas mais frequentemente observados nos casos de maus-tratos infantis, hematomas (34%) e lesões em diferentes estágios de cicatrização (11%) foram as alterações mais citadas pelos cirurgiões-dentistas e que apenas um profissional citou petéquias no palato e (3%) traumatismo.

No estudo realizado por Cavalcanti e Martins²⁴, que compreendeu 35 cirurgiões-dentistas (CDs) entre os serviços públicos e privados, da cidade de Campina Grande-PB,

com relação às características que causaram as suspeitas de maus-tratos, a presença de lesão/alteração emocional ficou em segundo lugar com (60%) e apenas a presença de lesões físicas (26%) em terceiro.

Em pesquisa feita por Sousa, Decursio e Veloso²⁵ sobre o conhecimento de cirurgiões-dentistas de 20 Unidades Básicas de Saúde na cidade de João Pessoa-PB acerca dos tipos de maus-tratos, os autores verificaram que o abuso físico foi citado por todos os profissionais, mostrando que entre todos os outros abusos, este é o mais fácil de ser identificado.

Negligência

A negligência é considerada a incapacidade de assegurar os cuidados básicos de higiene, alimentação, afetos, ou vigilância de saúde, a falta de supervisão de crianças menores de dez anos, que coloque em risco o desenvolvimento físico ou psíquico da criança²⁶.

No âmbito da odontologia, é possível observar a conhecida negligência odontológica, a qual é definida²⁷ como a falha dos pais ou responsáveis em procurar o tratamento para cárie visualmente não-tratada, infecções bucais e dor, ou a falha em seguir completamente com o tratamento uma vez informado das condições bucais e possibilidades de terapia viável.

Santos et al.²¹, realizaram um estudo em Araguari e Uberlândia-MG, com aplicação de questionários a 26 odontopediatras, no qual se perguntava o que cada um considerava ser maus-tratos infantis, o abandono como um dos sinais de negligência foi um dos mais prevalentes (23,6%).

Em avaliação feita por Pontes e Ferreira²², para os cirurgiões-dentistas do município de João Pessoa-PB, dos sinais perceptíveis de maus-tratos infantis, a desnutrição foi um dos exemplos mais referidos (20%).

Em pesquisa feita com 54 cirurgiões-dentistas do município de Caruaru-PE, ao ser questionado sobre os sinais e sintomas mais observados por eles, a omissão a cuidados relacionados à saúde bucal (negligência) não foi citada por nenhum dos entrevistados²³.

Na pesquisa feita por Sousa, Decursio e Veloso²⁵, os autores questionaram os profissionais sobre os tipos de maus-tratos infantis conhecidos, obtendo resultado que a negligência foi a menos citada por 47,4% dos pesquisados. Ao realizar o exame-clínico dos sinais e sintomas mais identificados pelos profissionais, 25,0% das crianças estavam sujas, despenteadas ou demonstravam pobre higiene pessoal. A negligência foi associada com a aparente pobreza de higiene (10,5%), com a ausência ou falta de atenção dos responsáveis (15,8%).

Abuso sexual

Define-se abuso ou violência sexual na infância e adolescência como a situação em que a criança, ou o adolescente, são usados para satisfação sexual de um adulto ou adolescente mais velho (responsável por ela ou que possua algum vínculo familiar ou de relacionamento, atual ou anterior), incluindo desde a prática de carícias, manipulação de genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia, exibicionismo, até o ato sexual, com ou sem penetração, sendo a violência sempre presumida em menores de 14 anos¹⁶.

Os principais sinais e sintomas de abuso sexual infantil observados pelo cirurgião-dentista podem ser temor irracional do paciente diante de um exame físico, fratura do dente (aspecto odontológico associado à violência sexual oral), sífilis ou gonorréia oral e perioral (sinal patognomônico de violência sexual)²⁸.

Em pesquisa feita por Santos et al.²¹, entre aqueles que relataram suspeita de situações de violência infantil envolvendo seus pacientes, lesão no palato (14,3%), foi um dos principais sinais encontrados.

Sobre os sinais e sintomas mais frequentes vistos pelos cirurgiões-dentistas em estudo feito por Granville-Garcia et al.²³, apenas um profissional citou petéquias no palato como sinais de abuso infantil.

Em pesquisa científica sobre os tipos de maus-tratos infantis conhecidos, o abuso sexual foi citado por 63,2% dos entrevistados e em relação a associação entre os tipos de maus-tratos e seus sinais e sintomas associados, o abuso sexual foi relacionado com a agressividade ou timidez extrema, por 21,0% dos profissionais²⁵.

Abuso psicológico

Abuso psicológico consiste em toda forma de rejeição, discriminação, depreciação ou desrespeito em relação à criança ou adolescente. Pode envolver comportamentos como punir, humilhar ou aterrorizar com graves agressões verbais e cobranças exageradas, baseadas em expectativas irreais em relação ao bom comportamento ou ao desempenho escolar. Pode envolver também o isolamento da criança, privando-a de experiências comuns a sua idade, de ter amigos, ou ainda indução à prostituição, ao uso de drogas e ao crime. Este tipo de violência é um dos mais difíceis de ser identificado, pela sutileza e pela falta de materialidade dos atos, embora tenha impacto negativo profundo sobre o desenvolvimento biopsicossocial¹.

Analisando a reposta dos 62 entrevistados da cidade de Blumenal-SC sobre o diagnóstico dos sinais e sintomas que indicavam maus-tratos, o aspecto comportamental foi respondido separadamente (6%) e em conjunto com o aspecto físico (55%)²⁰.

Avaliando a percepção e o conhecimento de 26 odontopediatras de Araguari e Uberlândia-MG, ao serem indagados sobre o que consideravam maus-tratos, chantagem emocional (16,7%) e gritar com a criança (12,5%) foram as condutas menos citadas. Dentre os principais sinais encontrados entre aqueles que relataram suspeita de situações de violência infantil envolvendo seus pacientes, alterações de comportamento (vergonha/agressividade) foram as mais prevalentes (42,8%)²¹.

Pontes e Ferreira²² realizaram um estudo em Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB com 180 cirurgiões-dentistas, na avaliação dos sinais perceptíveis de maus-tratos infantis, ficando o medo entre os exemplos mais comuns referidos pelos cirurgiões-dentistas (15,5%).

Granville-Garcia et al.²³ em uma pesquisa com 54 cirurgiões-dentistas do município de Caruaru-PE, perguntaram quais eram os sinais e sintomas mais frequentes vistos por eles no abuso infantil, onde mostrou que a perturbação psicológica foi a segunda mais citada (24%).

Nos estudos feitos por Cavalcanti e Martins²⁴, com 35 cirurgiões-dentistas da cidade de Campina Grande/PB, sobre questionamento das características que acarretaram em suspeitas de violência infantil, a alteração emocional foi considerada a mais mencionada (66,7%).

Síndrome de Munchausen por procuração

Ocorre quando pais ou responsáveis, na maioria das vezes a mãe, provocam ou simulam na criança, geralmente com idade inferior a seis anos, sinais e sintomas de várias doenças, com falsificação de exames laboratoriais, administração de medicamentos ou substâncias que causam sonolência ou convulsões. A partir destas simulações, a criança é submetida a sofrimento físico (ex. coleta de exames desnecessários, uso forçado de medicamentos) e psicológico (ex. inúmeras consultas, internações desnecessárias). O diagnóstico é clínico e há suspeita do problema quando o profissional da saúde não consegue avaliar a gravidade do quadro, uma vez que quase sempre a criança encontra-se em bom estado geral. A doença é persistente e recidivante, com sintomas raros, as queixas são dramáticas, permanecem as mesmas, sempre trazidas pelo mesmo responsável, que solicita a realização de vários exames complementares²⁹.

Síndrome do Bebê Sacudido

Envolve sacudir ou chacoalhar fortemente a criança, principalmente no sentido ântero-posterior, onde o agressor é geralmente o pai biológico, que se irrita com o choro da criança, habitualmente com idade inferior a um ano, na maioria das vezes menos de seis meses, podendo provocar graves lesões cerebrais, hemorragias oculares, causar atraso do desenvolvimento neuro-psicomotor e até a morte. O diagnóstico é feito pela identificação de uma combinação de hemorragias retinianas e subdural³⁰.

DIAGNÓSTICO DE MAUS-TRATOS

O diagnóstico do abuso infantil baseia-se no reconhecimento de indicadores comportamentais e dos sinais e sintomas físicos comuns às crianças abusadas e negligenciadas³².

O diagnóstico odontológico começa quando o paciente entra no consultório onde devem ser observadas, atenciosamente, pelo profissional a aparência geral da criança, sua marcha, suas vestimentas e a interação com os pais².

A suspeita de maus-tratos, no campo médico-odontológico, baseia-se essencialmente na anamnese e nos exames clínicos e complementares. É importante que o histórico seja pesquisado através de entrevistas separadas com os pais e a criança. Além de retardarem a busca de atendimento, os responsáveis geralmente não assumem sua culpa, apresentando relatos confusos e inconsistentes, não condizentes com as observações clínicas³¹.

Avaliando à capacidade de identificação dos maus-tratos infantis, Santos et al.²¹ observou que todos os profissionais relataram que seriam capazes de detectar os maus-tratos infantis (100%).

No trabalho feito por Pontes e Ferreira²², quando os cirurgiões-dentistas foram questionados se sabiam definir maus-tratos infantis, 81,5% dos participantes responderam que sabiam definir, 16,7% responderam que não, e 1 participante não respondeu.

Foi realizada uma pesquisa por Granville-Garcia et al.²³, onde perguntaram aos profissionais se eles se sentiam aptos a fazer o diagnóstico de maus-tratos, 65% responderam positivamente. No estudo de Cavancanti e Martins²⁴, os entrevistados foram perguntados a respeito da capacidade de diagnosticar casos de maus-tratos envolvendo crianças e adolescentes, 88,6% dos cirurgiões-dentistas afirmaram serem capazes de identificar situações de violência infantil no ambiente de trabalho.

Sobre a capacidade de realizar o diagnóstico pelos cirurgiões-dentistas na pesquisa feita por Sousa, Decursio e Veloso²⁵, observou-se que 94,7% dos entrevistados possuíam conhecimentos básicos sobre o abuso infantil.

ASPECTOS LEGAIS

A notificação de maus-tratos é o processo que visa interromper as atitudes e comportamentos por parte do agressor, e deve ser realizada ao Conselho Tutelar da respectiva localidade da vítima. O conselho tutelar, quando informado, irá analisar o caso e encaminhar soluções. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, é obrigatória a notificação em caso de suspeita de maus-tratos, podendo acarretar em uma pena de 3-20 salários mínimos, e o dobro em caso de reincidência¹.

Analisando as respostas dos cirurgiões-dentistas quanto a conduta de como proceder com os maus-tratos no estudo de Silveira, Mayrink e Néto²⁰, observou-se que 29% dos profissionais denunciam, 29% não sabem como agir, 23% aguardam e observam e 19% buscam informações, e entre as maiores dificuldades relatadas de não fazer a denúncia nos casos de suspeitas de maus-tratos, a incerteza da suspeita foi citado pela maioria (42%), seguida pela falta de conhecimento (32%), outros motivos (20%) e receio das consequências (6%). Já sobre a responsabilidade de denunciar e identificação dos órgãos competentes em casos de suspeitas, 71% reconhecem serem responsáveis e 87% souberam identificar os órgãos para denúncia.

Com relação ao aspecto legal avaliado por Santos et al.²¹, 77,8% dos profissionais adotaram alguma atitude diante de casos suspeitos, enquanto 22,2% não se manifestaram. A ação mais comumente realizada pelos pesquisados foi procurar saber da criança o que aconteceu (40%) e em seguida conversar com os pais e/ou responsáveis sobre o ocorrido (37,2%) e apenas denunciariam o caso à polícia ou ao órgão responsável (22,8%). Um único profissional (14,3%) além de conversar com os pais e/ou responsáveis denunciou o caso aos órgãos competentes. Grande parte dos profissionais pesquisados identificou o Conselho Tutelar (31,7%) e o Juizado da Infância e Juventude (29,3%) como principais órgãos de proteção à criança, seguidos pela delegacia da infância e juventude (26,8%), secretaria de saúde (7,3%) e delegacia da mulher (4,9%). A maioria dos odontopediatras (64,7%) afirmou ser o cirurgião-dentista legalmente obrigado a denunciar casos de maus-tratos infantis, enquanto 29,4% disseram não ser obrigatório a denúncia em casos de violência. Um profissional (5,9%) não soube responder a essa questão.

No que diz respeito à conduta adotada pelos profissionais que relataram já ter suscitado de maus-tratos em suas atividades no PSF, no estudo de Pontes e Ferreira²², 9,5% dos participantes disseram ter dificuldades para denunciar, 9,5% tiveram receio das consequências, 4,8% relatou falta de conhecimentos, 28,6% tiveram incerteza das suspeitas, 38,1% referiram outro motivo e 9,5% assinalaram mais de um motivo. Como motivos para não optarem pela denúncia, 45,5% dos profissionais mencionaram a incerteza das suspeitas, 22,7% disseram ter receio das consequências, 4,5% relatou dificuldades para

denunciar, 4,5% relatou falta de conhecimento e 4,5% citou outro motivo. Deixaram de responder a questão 13,6% profissionais.

No relato feito por Granville-Garcia et al.²³, um percentual de 33% dos entrevistados já suspeitou de algum caso de maus-tratos e destes 89% reportaram a justiça; 11% nada fizeram. Apenas 9% dos profissionais deixariam de reportar casos de vítimas de violência por medo de envolvimento com a justiça. Em 78% dos casos os profissionais relataram ter conhecimento sobre algum órgão de proteção à criança e ao adolescente, sendo o Conselho Tutelar a entidade mais citada (63%), seguido do Juizado de Menores (22%). Sobre conhecimento demonstrado de como agir em casos de maus-tratos, 76% afirmam ter conhecimento de como atuar na ocorrência de maus-tratos e apenas 39% saberia como documentar um caso.

Em relação ao órgão de proteção da criança e do adolescente ao qual deveria ser encaminhada denúncia de maus-tratos, Cavalcanti e Martins²⁴ relataram que o Conselho Tutelar foi o mais citado (41,3%), seguido pela Curadoria da Infância e Juventude (35%), Delegacia de Polícia (3,2%) e Outros Órgãos (ABRAPIA) com 3,1%. Um percentual de 4,7% relataram não saber, enquanto 12,7% não responderam esta questão. No que concerne à obrigatoriedade da denúncia de maus-tratos, a maioria dos profissionais (68,2%) afirmaram serem obrigados a denunciar situações de violência envolvendo menores de idade. Verificou-se que menos da metade dos cirurgiões-dentistas (48,6%) possuíam conhecimento da obrigatoriedade da notificação.

Dentre os dentistas envolvidos na pesquisa de Souza, Decursio e Veloso²⁵, 63,2% dos pesquisados realizaram algum tipo de denúncia em um ano de trabalho no local, sendo-lhes relatados 4 casos de maus tratos físicos, 3 psicológicos, 6 sexuais e 3 de negligências.

Em estudo feito por Cavalcanti, Farias e Barbosa³³ onde avaliaram o conhecimento e as atitudes dos cirurgiões-dentistas da cidade de João Pessoa-PB frente ao abuso infantil, através da distribuição de 132 questionários, analisando as condutas adotadas a respeito da suspeita de abusos infantis, 74,3% dos profissionais conversariam com a criança e com seus pais antes de pensar em denunciar.

CONCLUSÃO

Dentre a maioria das pesquisas analisadas, os cirurgiões-dentistas entrevistados afirmaram ter conhecimento sobre o abuso cometido contra crianças e adolescentes e se declararam aptos ao diagnóstico de maus-tratos. Vários sinais e sintomas dos maus-tratos foram mencionados pelos entrevistados, porém os aspectos de violência na face e região intra-oral da criança pouco foi relatado. De acordo com os aspectos legais, quase todos os artigos mostraram que os cirurgiões-dentistas primeiramente conversariam com a criança e

com os pais, deixando a conduta de denunciar em último plano. O Conselho Tutelar e o Juizado da Infância e Adolescência foram os órgãos de proteção à criança mais citados, porém observou-se que muitos profissionais ainda não sabem como notificar. Sobre a responsabilidade de denunciar a maioria dos cirurgiões-dentistas disseram ser obrigados a denunciar casos de maus-tratos infantis.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Série B. Textos Básicos de saúde. 1ª edição. 2002; p.298.
2. Cavalcanti AL. Maus-tratos Infantis. Guia de orientação para profissionais de Saúde. Ed. Idéia. 2001.
3. Hendler, TJ, Sutherland, SE. Domestic Violence and its Relation to Dentistry: A Call for Change in Canadian Dental Practice. J Can Dent Assoc. 2007; 73(7):1.
4. Cavalcanti AL, Duarte RC. Manifestações bucais do abuso infantil em João Pessoa - Paraíba, Brasil. Rev Bras Cien Saúde. 2005; 7(2):161-70.
5. Costa MC, Carvalho RC, Santana MA, Silva LM, Silva MR. Evaluation of the National Program of Integrated and Referential Actions (PAIR) to confront the child and adolescents sexual violence, in Feira de Santana, Bahia State, Brazil. Rev Ciênc Saúde. 2010; 15(2):563-574.
6. Massoni ACLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, De Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(2):403-410.
7. Kellogg ND. Evaluation of suspect child physical abuse. Am Acad Ped. 2007; 119(6): 1232-1241.
8. Hindley N, Ramchandani PG, Jones DPH. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review Arch Dis Child. Arch Dis Child, Oxford, 2006; 91(9):744-752.
9. Massoni ACLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, De Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(2):403-410.
10. Pires JM, Vieira EM, Nava TR, Feldens L, Castilhos K, Simas V. et al. Barreiras para a notificação pelo pediatra de maus-tratos infantis. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2005; 5(1):1-9.
11. Cavalcanti AL. Manifestações físicas do abuso infantil: aspectos de interesse odontológico. Rev Paul Odontol. 2003; 35(5):16-9.

12. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Torres FB, Araujo JR, Silva PFR. Ocorrência de maus-tratos em crianças e adolescentes na cidade de Caruaru-PE. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2006; 6(1):65-70.
13. Andrade LK, Colares V, Cabral HM. Avaliação da Conduta dos Odontopediatras de Recife com relação ao Abuso Infantil. *Revista Odonto Ciência- Fac. Odonto/PUCRS.* 2005; 20(49):231-236.
14. Costa MC, Carvalho RC, Santana MA, Silva LM, Silva MR. Evaluation of the National Program of Integrated and Referential Actions (PAIR) to confront the child and adolescents sexual violence, in Feira de Santana, Bahia State, Brazil. *Rev Ciênc Saúde.* 2010; 15(2):563-574.
15. Chaim LAF. Odontologia versus criança Maltratada. *Revista da APCD.* 1995; 49(2): 142-144.
16. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Proteção e prevenção. Guia para orientação para profissionais da saúde. Autores & Agentes & associados, Petrópolis. 1997; 3.
17. Avon SL. Forensic odontology: the roles and responsibilities of the dentist. *J Can Dent Assoc.* 2004; 70:453-458.
18. Souza GL, Kantorski LP. Maus- tratos na infância. *Fam. Saúde Desenv.* 2003; 5(3): 213-222.
19. Marques CR, Colares VA. Identificação do abuso infantil pelo odontopediatra. *J Bras Clin Odontol Integr.* 2003; 7(42):512-515.
20. Silveir JLGC, Mayrink S, Néttó OBS. Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau-SC. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2005; 5(2):119-126.
21. Santos JF, Nunes KS, Cavalcanti AL, Silva EC. Maus-tratos infantis: conhecimento e atitudes de odontopediatras em Uberlândia e Araguari, Minas Gerais. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2006; 6(3):273-279.
22. Pontes CCL, Ferreira JMS. Conhecimento e conduta de cirurgiões-dentistas relacionados a maus-tratos infantis em João Pessoa - Paraíba – Brasil. *Rev Bras Cien Saúde.* 2007; 11(1):37-48.
23. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Silva PFR. Maus-tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. *Rev. odonto ciênc.* 2008; 23(1):35-39.
24. Cavalcanti AL, Martins VM. Percepções e conhecimentos de médicos pediatras e cirurgiões-dentistas sobre maus-tratos infantis. *Rev Bras Cien Saúde.* 2009; 13(3):41-48.

25. Souza KC, Decursio RA, Veloso HHP. Avaliação do nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre maus tratos infantis. Rev Odontol Bras Central. 2010; 19(48):68-69.
26. Nunes P, Raminhos I. Maus-tratos infantis a realidade de um hospital distrital. Acta Med Port. 2010; 23(4):413-418.
27. Cury M, Silva AFA, Mendez EG. Estatuto da criança e do adolescente comentado. Comentários jurídicos e sociais. 2000; 3(8):835.
28. Vierira ELR, Katz CRT, Colares V. Indicadores de maus-tratos em crianças e adolescentes para uso na prática da odontopediatria. Clín.Científ. 2008; 7(2):113-8.
29. Sociedade Brasileira de Pediatria et al. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência: orientação para pediatras e demais profissionais de saúde. Ministério da Justiça. 2ª ed. 2001.
30. Cardoso ACA, Coelho HMM, Harada MJCS, Hirschheimer MR, Gikas RMC, Waksman RD. et al. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos). Pediatr Mod. 2003; 39(9):354-63.
31. Golder M. Non-accidental injury in children. Dent Update, Guilford. 1995; 22(2):75-80.
32. Carvalho ACR. et al. Abuso e negligência: estudo na delegacia de repressão aos crimes contra a criança e ao adolescente. Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê. 2001; 4(18):117-123.
33. Cavalcanti AL, Farias CMM, Barbosa, JC Mouden LD. Conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas da cidade de João Pessoa frente ao abuso infantil. J. bras. odontopediatr. odontol. bebê. 2002; 5(28):470-4.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma constatação rápida e um correto diagnóstico sobre os maus-tratos infantis pelo cirurgião-dentista são imprescindíveis para ajudar e preservar a saúde física e emocional da criança. Deste modo, é essencial que esses profissionais, por meio da investigação e da notificação, denunciem casos suspeitos de abusos infantis aos órgãos de proteção à criança, assim podendo evitar que outros tipos de violência venham a ocorrer. Sabe-se que muitos cirurgiões-dentistas deixam de denunciar por vários motivos, mas deve-se ter a consciência de que a segurança da criança tem que ser prioridade. Ao relatar casos de maus-tratos infantis, o cirurgião-dentista estará contribuindo e assumindo sua responsabilidade perante a sociedade e a sua profissão.

ANEXO – NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretrizes para Autores

Normas de Publicação

Recomendações, Informações e Instruções aos Autores Atualizadas em 25/01/2013.

A Revista Brasileira de Ciências da Saúde - RBCS é uma publicação científica dirigida à produção acadêmica, na área de Ciências da Saúde. Publica, preferencialmente, estudos científicos inseridos na realidade brasileira e divulga contribuições visando a melhoria da qualidade do Ensino, da Investigação Científica e da Assistência à Saúde no Brasil. Atualmente está indexada na Base Lilacs/BVS.

Poderão ser submetidos para avaliação, artigos para publicação nas seguintes seções:

- a) Pesquisa,
- b) Revisões,
- c) Relato de Caso,
- d) Ensino,
- e) Metodologia,
- f) Carta ao Editor.

Independente da secção é necessário anexar os seguintes documentos:

1. Carta de Transferência de Direitos Autorais (conforme modelo);
2. Cópia do Parecer do CEP (quando for o caso);
3. Lista de Autores e Afiliação (Nomes completos, sem abreviaturas. Deve estar na ordem a ser usada na publicação. Indicar para autores nacionais entre parênteses a forma abreviada adotada na Plataforma Lattes, para fins de inclusão no DOI. Afiliação: Indicar a formação profissional, o maior título e o vínculo profissional detalhando função/cargo, Programa, Departamento e Instituição com Cidade, Estado e País.
4. Endereço postal completo do autor a ser indicado como contato na publicação. (Rua, número, complemento, Bairro, Cidade, Estado, País e CEP, bem como endereço eletrônico (email).
5. Declaração de Conflitos de Interesse

MODELO DE DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Ao Editor Científico da Revista Brasileira de Ciências da Saúde

Declaração de Conflitos de Interesse

Eu, Nós (nome (nomes) por extenso), autor (es) do manuscrito intitulado (título), declaro (amos) que possuo (imos) () ou não possuo (imos) () conflito de interesse de ordem:

- () financeiro,
- () comercial,
- () político,
- () acadêmico e,

() pessoal,

Declaro (amos) também que o apoio financeiro e (ou) material recebido para o desenvolvimento deste trabalho estão claramente informados no texto.

As relações de qualquer tipo que possam levar a conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo.

Local, data:

....., de de 201...

Autores: (nomes e assinaturas)

Aspectos Éticos:

Todo artigo que envolver indivíduos humanos deve vir acompanhado de Cópia de Parecer de Comitê de Ética em Pesquisa - CEP. Não deve ser usado nome do paciente, iniciais, números de registros, inclusive registro hospitalar, no texto e em nenhuma ilustração.

Artigos envolvendo experimentação animal devem explicitar que estão de acordo com a legislação internacional ou normas nacionais e da instituição para de uso de animais em pesquisa.

Seções

Pesquisa: Esta seção consta de artigos inéditos, contribuições originais resultante de observações experimentais, de estudos de natureza epidemiológica, ou outros, representando novos resultados ou o progresso nos diversos campos das Ciências da Saúde. Os artigos enviados para esta seção terão prioridade sobre os demais. Esta seção está formalmente dividida nos seguintes itens: Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências, além de Resumo e Abstract.

Relato de Caso: Relato de caso altamente informativo ou incomum constando de três itens: Introdução, Relato e Comentários. As Referências devem ser restritas às essenciais, no máximo a dez.

Metodologia: Seção dedicada a artigos descritivos sobre métodos estatísticos, físicos, químicos, citológicos etc., aplicados à pesquisa científica na área de Ciências da Saúde. Esta seção consta de três itens: Introdução, sobre os fundamentos teóricos do método; Método, descrição do método propriamente dito e Aplicação, sobre as aplicações práticas do mesmo.

Ensino: Seção composta de artigos descritivos de relevância sobre aspectos técnicos e avaliativos do ensino ou sobre propostas educacionais inovadoras na área de Ciências da Saúde. Esta seção consta de três itens: Introdução, sobre fundamentos teóricos e contexto da proposta; Proposta, descrição do objeto e Aplicação, contando comentários sobre a aplicabilidade e resultados (quando houver).

Carta ao Editor: Seção reservada ao comentário crítico e opinativo exclusivamente

sobre artigo publicado na Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Os Editores avaliarão a pertinência da crítica e sendo considerada de interesse geral, será dada aos autores do artigo em questão, o direito de réplica, a qual será publicada no mesmo número da Revista. A Carta não deverá ultrapassar a uma página (300 palavras de texto).

Itens da seção Pesquisa

Introdução: Neste item são caracterizados, de modo sumário, o problema estudado, as hipóteses levantadas, a importância do estudo e os objetivos.

Metodologia: Descrição da amostra e processo de amostragem, especificando o número de observações, variáveis, métodos de averiguação e de análise estatística dos dados .

Resultados: A apresentação dos resultados deve ser de maneira sequencial e racional, usar tabelas, quadros e figuras (ilustrações/gráficos). As ilustrações devem ser inseridas no texto submetido.

Discussão: Os resultados mais importantes devem ser analisados criticamente, interpretados e quando for possível, comparados com dados semelhantes aos da literatura. Informações citadas nos itens anteriores só devem ser mencionadas quando absolutamente necessárias.

Conclusão: As conclusões devem responder de modo sucinto e direto aos objetivos propostos. Recomendações quando apropriadas podem ser incluídas no final deste item.

Dimensões

O texto completo (título, autores, resumo, abstract, corpo do trabalho com figuras e referencias) deve estar contido em 20 páginas, digitadas em word com margens de 2,5, espaço 1,5 e fonte arial 11.

Julgamento

Todo artigo submetido à Revista será primeiramente apreciado pela Comissão Editorial nos seus aspectos gerais e normativos. Havendo alguma irregularidade será devolvido aos autores para correção, não havendo, será encaminhado aos consultores externos para apreciação especializada do conteúdo. Os pareceres dos consultores serão encaminhados aos respectivos autores para eventuais ajustes. Excepcionalmente quando se tratar de assunto muito especializado, os autores poderão sugerir, à Comissão Editorial da Revista, dois consultores com reconhecimento nacional ou internacional e que sejam externos às suas respectivas instituições.

Resumo e Abstract: O Resumo/Abstract deverá, obrigatoriamente, ser estruturado, isto é, ser subdividido nos seguintes itens descritos como necessários para cada seção, como por exemplo: Pesquisa: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão, descritos, de modo claro e objetivo. O Resumo/Abstract deve ser escrito em espaço simples, sem parágrafos, citações bibliográficas ou notas e ter entre 200 e 250 palavras.

Descritores e Descriptors: A base de escolha dos Descritores poderá ser a área e sub-área de trabalho originadas a partir do título, tipo de abordagem e tipo de resultado, os mais relevantes para indexação. A escolha dos Descritores deverá

seguir, obrigatoriamente, o DeCS (Descritores de Ciências da Saúde) da BIREME, o qual poderá ser acessado na Internet, através do site www.bireme.org ou www.bireme.br O número mínimo obrigatório de Descritores será de três e o máximo de seis, podendo ou não colocar qualificadores de cada descritor.

Agradecimentos: Quando houver este item, deve ser reservado para citação de pessoas que prestaram ajuda técnica, mas que não foram caracterizadas como co-autoras, ou instituições financiadoras e de apoio material.

Figuras: São consideradas Figuras todas as ilustrações do tipo fotografias, gráficos, mapas, desenhos profissionais etc. As Figuras e seus títulos devem ser inseridos no texto submetido, no local definido pelo autor. Devem ser numeradas em algarismos arábicos, de modo consecutivo na ordem em que aparecerem no texto. Fotografias do rosto ou do corpo inteiro de pacientes quando indispensáveis devem vir acompanhadas de permissão por escrito do paciente ou do seu responsável legal, além do Parecer da Comitê de ética em Pesquisa. Como norma do periódico, apenas fotos inéditas, não publicadas, serão aceitas como ilustrações. Quando forem usados números, letras e setas nas ilustrações, estas devem ser mencionadas devidamente no título das mesmas. Os títulos das Figuras devem ser, também, auto-explicativos. Os gráficos devem ser apresentados sempre referidos em função de eixos cartesianos.

Citação Bibliográfica: O sistema de citação adotado é o numérico, isto é, uma numeração única, consecutiva, em algarismos arábicos, sobrescrita em relação ao texto, e que remetendo à relação de referências ao final do trabalho.

Exemplos de citação numérica: Atenção: Números sobrescritos ao texto.
Esta condição é influenciada pela idade¹¹ - (uma referência)
Esta condição é influenciada pela idade^{11,12} - (duas referências consecutivas)
Esta condição é influenciada pela idade^{11,13} - (duas referências não consecutivas)
Esta condição é influenciada pela idade¹¹⁻¹³ - (mais de duas referências consecutivas)

Em casos específicos poderá ser usada a citação do autor.

Referências Bibliográficas: Usar entre 20 e 30 referências.

As referências devem ser normalizadas com base no estilo conhecido como Normas de "Vancouver", o Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, ordenadas por ordem de entrada e numeradas.

Para publicações com até seis autores, todos devem ser citados; quando estiver acima de seis, somente citar os seis primeiros, acrescido da expressão "et al". Quando possível inserir o DOI do documento citado, de acordo com os exemplos abaixo.

Artigo:

13. Costa ACO, Moimaz SAS, Garbin AJI, Garbin CAS. Plano de carreira, cargos e salários: ferramenta favorável à valorização dos recursos humanos em saúde

pública. Odontol. Clín.-Cient. 2010; 9(2):119-23. DOI: 10.4034/PBOCI.2012.124.08

Livro:

13. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.

Dissertações e Teses: Autor(es), título, [Dissertação de Mestrado] ou [Tese de Doutorado]. Cidade: Universidade (ou Instituição); ano. Número de páginas total seguido da letra p(300p).

Referência em meio eletrônico: deve-se mencionar todos os elementos essenciais disponíveis na homepage. Além disso, deve-se acrescentar a expressão Disponível em / Available in: seguida da expressão Acesso em / Access in: data do acesso: dia, mês e ano.

Obs.: Informações mais detalhadas poderão ser obtidas em normas específicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) ou no Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals do ICMJE - International Committee of Medical Journal Editors (Ann Intern Med126(1):36-47,1997).

Também pode ser usada para consulta às Normas Vancouver
<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>

Título abreviado - lista de abreviaturas de periódicos da Index Medicus (base de dados Medline), pode ser consultada no endereço:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

Lista de abreviaturas dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos consulte o site: <http://portal.revistas.bvs.br>

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB)
3. O texto está em espaço 1,5; usa fonte arial de 11; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras e tabelas inseridas no texto, e não em seu final.
4. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na seção Sobre a Revista.
5. Envio(amos) em arquivo anexo (metadados) a cópia do parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (em seres humanos ou animais).

- Estou(amos) ciente de que a ausência deste documento impossibilitará a avaliação do artigo.
6. Envio(amos) em arquivo anexo (metadados) a Declaração de Transferência de Direito Autoral assinada por todos os autores do trabalho. Estou(amos) ciente de que a ausência deste documento impossibilitará a avaliação do artigo.
 7. Envio(amos) em arquivo anexo (metadados) a indicação de nome e afiliação (maior título, profissão, instituição onde exerce - Depto. Curso/ Universidade - dos autores. E endereço postal completo e eletrônico (email) do autor principal.
 8. Envio (amos) em arquivo anexo a Declaração de Conflitos de Interesse conforme modelo adotado pela RBCS

Declaração de Direito Autoral

Eu (Nós), abaixo assinado(s) transfiro(erimos) todos os direitos autorais do artigo intitulado (título) à Revista Brasileira de Ciências da Saúde - RBCS.

Declaro(amos) ainda que o trabalho é original e que não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Temos ciência de que a revista se reserva o direito de efetuar nos originais alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical com vistas a manter o padrão culto da língua, respeitando, contudo, o estilo dos autores e que os originais não serão devolvidos aos autores.

(Completar com a Declaração de Ausência/Presença de Conflitos de Interesse)

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.