

Ana Paula Menoli²
Francielly Felipetti³
Fabieli Golf⁴
Danielle Ludwig⁵

**MANIFESTAÇÕES BUCAIS DE MAUS-
TRATOS FÍSICOS E SEXUAIS EM
CRIANÇAS – CONDUTA DO CIRURGIÃO-
DENTISTA¹**

RESUMO: Este estudo tem por objetivo auxiliar o cirurgião-dentista a identificar possíveis sinais observáveis na região de cabeça e pescoço em situações de maus-tratos físicos e sexuais contra crianças; apresentar a situação epidemiológica deste tipo de abuso no Brasil bem como nortear a conduta do profissional frente a este tipo de problema. Com uma revisão da literatura, constatou-se que grande parte das vítimas possui menos de cinco anos, sendo as meninas as mais agredidas. Além disso, na maioria dos casos de abusos, o culpado é geralmente o pai. As principais lesões a que o Cirurgião-dentista deve estar atento em caso de abuso físico são: contusões, queimaduras, fraturas e lacerações na face e mucosas. Por sua vez, em caso de abuso sexual, é observada a presença de infecções no complexo orofacial. O dentista está em uma posição privilegiada para detectar casos de maus-tratos, pois geralmente as injúrias acometem a região da face, cabeça e pescoço. Por isso, cabe a esse profissional adquirir informações para diagnosticar mais detalhadamente tais injúrias e, em casos de suspeita de abuso, a conduta que ele deve adotar é de reportar essa situação para o Conselho Tutelar mais próximo.

PALAVRAS-CHAVE: maus-tratos infantis, abuso físico, abuso sexual.

Data de recebimento: 07/02/08. Data de aceite para publicação: 22/07/08.

¹ Esta pesquisa foi apresentada no COU 2006 (Congresso de Odontologia da Unioeste) e CIOOP 2007 (Congresso Internacional de Odontologia do Oeste do Paraná) pela acadêmica Francielly Felipetti, conquistando o primeiro lugar em ambas as apresentações.

² Cirurgiã-dentista, Mestre em Odontopediatria. Rua Rubens Lopes, 449, Cascavel, PR, (45) 3324-9708, CEP 85810-170, apmenoli@terra.com.br.

³ Acadêmica do quarto ano do curso de Odontologia da UNIOESTE (Universidade Estadual do Oeste do Paraná).

⁴ Acadêmica do quarto ano do curso de Odontologia da UNIOESTE (Universidade Estadual do Oeste do Paraná).

⁵ Acadêmica do quarto ano do curso de Odontologia da UNIOESTE (Universidade Estadual do Oeste do Paraná).

SUMMARY: This study aims to assist the dentist to identify possible signs observed in the region of the head and neck in case of physical and sexual maltreatment against children, to present the epidemiological situation of this type of abuse in Brazil, and to guide the conduct of professionals when facing this sort of problem. The literature review demonstrated that many of the victims are aged less than five years old, and that girls are the most damaged. Moreover, in most cases the abuse is practiced by the father. The main damages that the dentist should observe in case of physical abuse are: contusions, burns, fractures and lacerations in the face and mucous membranes. In turn, in case of sexual abuse, infections are observed in the oral complex. The dentist is in a privileged position to detect cases of maltreatment, because the injuries usually affect the region of the face, head and neck. Thus, the dentist must acquire many data to perform a detailed diagnosis about the injuries; in case of abuse, the dentist should report it to the closest Tutelary Council.

KEY WORDS: children maltreatment, physical abuse, sexual abuse.

INTRODUÇÃO

A história da violência doméstica é bastante antiga. A própria Bíblia revela narrações de sacrifícios de crianças. O livro do Deuteronômio, 21: 18-21, relata uma lei hebraica em que os anciãos da cidade podiam punir e apedrejar até a morte os filhos que não respeitassem as recomendações paternas. Os pais greco-romanos podiam aceitar ou renegar o filho recém-nascido e condená-lo à morte (VEYNE, 1992; citado por ASSIS; 2000).

Nos Estados Unidos, em 1874, uma menina, Mary Ellen, foi encontrada acorrentada à cama. Mary era espancada por sua madrasta e por isso foi encaminhada à Sociedade de Prevenção de Crueldade contra Animais. No ano seguinte, foi organizada, em Nova Iorque, a Sociedade de Prevenção de Crueldade contra Crianças.^{8, 10}

Ainda em 1998, uma estimativa do National Center on Child Abuse and Neglect indicou que, nos Estados Unidos, 2 a 3% da população com idade inferior a 18 anos sofrem algum tipo de mau-trato por ano e cerca de 160.000 crianças sofrem lesões sérias ou permanentes.¹³

A violência no Brasil surgiu há muito tempo. Há relatos desde a época da colonização, com os escravos, e está presente na nossa sociedade até hoje em todas as camadas sociais, embora as classes mais pobres recebam maior destaque.²

PASCOLAT et al. (2001)^{9, 29} afirmam que de cada situação de violência registrada no Brasil, pelo menos outras vinte ficam no

anonimato. Isso significa que a violência contra criança em nosso país é muito maior do que os números expressam.

Somente no Rio de Janeiro, no ano de 2005, a ABRAPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência) notificou 269 casos de exploração sexual com crianças e adolescentes.

Uma reportagem do JORNAL EXTRA (2007) abordou vários casos de abuso sexual de crianças e divulgou que em 30 meses foram registrados, também no Rio de Janeiro, 465 casos de abuso sexual.

JESSE (1999)^{19, 22} afirma que, em nosso país, 1000 crianças morrem a cada ano como consequência de alguma forma de maus tratos.

Tal realidade proporcionou, na década de 80, a fundação do Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI), em Campinas, São Paulo, e da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), no Rio de Janeiro, a fim de resguardar a proteção desse público.²⁰

Porém, de nada adianta a fundação de instituições competentes à proteção de um público-alvo de abusos em regiões em que a sociedade se cala.

Apesar do pouco conhecimento sobre o assunto, médicos, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas e todos os profissionais da área da saúde são os principais responsáveis pela identificação de casos de maus-tratos e notificá-los às autoridades.

Por esse motivo, o presente estudo tem por finalidade alertar o Cirurgião-dentista quanto aos possíveis sinais suspeitos de maus-tratos físicos e sexuais presentes na região de cabeça e pescoço; identificar os principais tipos de agressores e vítimas, bem como nortear a conduta do profissional frente a esses casos.

CLASSIFICAÇÃO DOS MAUS-TRATOS

De acordo com a ABRAPIA, existem quatro tipos de violência contra as crianças, são os abusos: físico, sexual, psicológico e a negligência. Segundo essa mesma associação, abuso físico é todo ato com o uso da força física de forma intencional que um adulto realiza contra uma criança. Por sua vez, abuso sexual é todo ato sexual praticado com uma criança que desperte no menor um interesse precoce pelo assunto.²¹

O abuso psicológico é definido como alguma atitude de rejeição,

discriminação, desrespeito e humilhação ao menor.¹

JESSE et al. (1996)^{21, 24} definem a negligência como a falta dos pais em fornecerem alimentação, cultura, lazer, vestuário e saúde aos seus filhos. O cirurgião-dentista deve estar atento à negligência com os cuidados dentários que pode ser definida como a falha dos pais ou responsáveis em procurar tratamento para cáries, infecções orais, dor, sangramento, abscessos, febre e trauma na região orofacial da criança.²¹

Portanto, o presente estudo visa discutir sobre os dois primeiros tipos de abuso: o físico e o sexual.

DISTRIBUIÇÃO POR TIPO DE AGRESSOR, TIPO DE AGRESSÃO, SEXO E IDADE AGRESSOR

Na maioria dos casos de violência infantil, as crianças maltratadas são aquelas que nasceram de parto prematuro, gravidez indesejada, possuem deficiência física ou mental ou são hiper-ativas. Tal agressão ocorre no próprio lar das crianças. Os familiares mais próximos são os principais responsáveis e muitas vezes os próprios agressores.³⁰

O agressor pode ser o pai, um irmão, um primo, o padrasto, um novo namorado da mãe da criança, um amigo muito íntimo da família, enfim, todos aqueles que têm certo convívio com a criança a ponto de ter com ela laços afetivos.¹⁸

As características de pais agressores incluem baixa auto-estima, mau desempenho físico e psicológico, pais com dificuldades econômicas, abusados ou negligenciados quando crianças, pais com problemas conjugais, possessivos, alcoólatras ou usuários de drogas, aptos do isolamento social e que acusam a criança de sedução sexual.³² Além disso, é importante salientar que os pais que maltratam seus filhos dificilmente levam as crianças ao mesmo odontopediatra mais de uma vez a fim de não serem descobertos.

Na literatura, existe uma divergência quando se diz respeito ao principal responsável pelos atos de maus-tratos.

Dados provenientes do município Caxias, Rio de Janeiro, revelaram que dentre as 1328 crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos estudados, 75% relataram que os irmãos foram os agressores, 40% afirmaram ter sido o pai e 45% relataram que a mãe foi a agressora.³

Outras pesquisas mostram que, em quase metade dos casos o agressor é a mãe, 33,9% os pais e o restante afirmam serem os padrastos, madrastas ou responsáveis. JESSE (1995)^{6, 23} confirma esses

dados quando relata que a mãe biológica é a principal responsável pela violência infantil.

Entre os anos de 1993 e 1997, no Rio de Janeiro, realizou-se uma pesquisa com 2035 casos de maus-tratos. Desses, 84,5% ocorreram dentro de casa e os agressores, em 50% dos casos, foram os pais.⁶ Segundo VIEIRA et al. (1998)³², os pais são responsáveis por 58% dos casos, um parente é responsável por 22,15%, e um estranho por 17%.

Contudo, a maioria dos dados encontrados relata que o pai é o principal agressor.

TIPO DE AGRESSÃO

Segundo um estudo internacional feito por BECKER et al. (1978), citados por SANTOS et al. (2006)³⁰, 65% das lesões provocadas por abuso infantil estão presentes na região da cabeça e face.

Com relação às lesões presentes no complexo orofacial, 72,7% das lesões de abusos estão presentes nessas regiões.⁵ Dessa maneira, o cirurgião-dentista, por estar em constante contato com a face e cabeça dos pacientes, pode ser o primeiro a suspeitar que uma criança esteja sendo vítima de maus-tratos.

Quanto aos tipos de maus-tratos, verificou-se que o mais comum foi o abuso físico, o qual englobou 50,7% dos casos. Os abusos psicológicos englobaram 20,2% dos casos, abusos sexuais 18% dos casos e negligência infantil 3,4% dos casos.⁵

A violência física envolve tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, cortes, estrangulamento, lesões por armas ou objetos (fivelas, cintos, dedos, mordeduras) e queimaduras por pontas de cigarro.³¹

A violência sexual pode incluir desde carícias, exploração sexual, linguagem obscena, exibicionismo, masturbação e outros.

SEXO

As meninas (crianças e adolescentes) estão entre os grupos populacionais que mais sofrem maus-tratos físicos.

Por meio de um estudo de 377 denúncias de abuso infantil, concretizadas no ano 2000, na Delegacia Estadual de Repressão aos Crimes contra a Criança e o Adolescente (DERCA-BA), comprovou-se que as meninas (59,9% dos casos) são mais agredidas que os meninos (40,1% dos casos).⁵

CAVALCANTI et al. (2000)¹² confirmam tais dados quando constataram que, das 539 crianças da cidade de João Pessoa, Paraíba,

vítimas de maus-tratos, 42,8% das vítimas eram meninos e 56,2% meninas.

IDADE

Quanto à idade das vítimas, a maioria delas (74,8%) apresentam menos de três anos^{15,23} e de acordo com a ABRAPIA¹, a maioria das vítimas apresenta entre 0 e 5 anos.

DISCALA et. al. (2000)^{9, 17} avaliaram as crianças atendidas em hospitais de crianças no período de 1988 a 1997. A partir dessa pesquisa, os autores também constataram que, dos 2145 casos, 93,1% envolviam a faixa etária de 0 a 5 anos.

SINAIS E SINTOMAS FACIAIS

ABUSO FÍSICO

As principais áreas atingidas por abuso do tipo físico são a face, a cabeça e o pescoço.

Na região do crânio ou couro cabeludo é comum a observação de marcas de espancamento e áreas de alopecia nas regiões frontais e parietais, decorrentes de puxões violentos do cabelo.¹¹

Nos olhos, é comum a presença de hematoma orbitário, hemorragias na retina e coágulos. Enquanto no nariz há fratura nasal e desvio de septo.^{5, 23}

Segundo DAVIS et al. (1979), mencionados por VIEIRA (1998)³², as principais lesões que ocorrem na face são: marcas de cigarro, que podem ser facilmente detectáveis devido ao seu aspecto circular e uniforme, marcas de mordidas, arranhões e estrangulamento do pescoço e traumas nas orelhas causados por puxões.

A boca e o lábio também são alvos de trauma e as lesões mais comuns presentes na cavidade bucal, segundo DA FONSECA et al (1992)^{16, 21}, são as lacerações dos lábios, freios linguais, palato (duro ou mole) e gengiva alveolar. Além disso, é comum a presença de machucados na comissura labial devido ao amordaçamento da criança, queimaduras na boca provocada por alimentos quentes e equimoses das bochechas devido aos socos e bofetadas. Os ferimentos no palato, vestibulo e pavimento da boca são típicos de quando se tenta forçar a criança a comer.

As lesões dentárias também são comuns e os elementos dentários anteriores são os mais atingidos.⁴ Observam-se fraturas, luxações e deslocamentos (intrusão e extrusão), avulsão, perda precoce

e alterações da coloração, indicando necrose pulpar, em um ou vários dentes.

Nos maxilares podem ocorrer fraturas dos ossos malar e zigomático ou fratura do corpo, côndilo e ramo ascendente da mandíbula que provocam má oclusão.

Normalmente, as lesões encontradas nas crianças que podem indicar ocorrências de maus-tratos infantis estão em diferentes estágios de cicatrização.

No consultório, crianças maltratadas têm maior sensibilidade à dor, reagem inapropriadamente aos estímulos, são tímidas e desatentas, falam pouco, são submissas e facilmente irritáveis.²⁸

ABUSO SEXUAL

As crianças abusadas sexualmente apresentam aversão a algumas pessoas ou determinados lugares, medo diante de um exame físico, desenhos com excesso de vermelho e negro e pesadelos. Além disso, elas são mais agressivas, acabam se isolando de seus amigos e familiares e, quando alguém pergunta sobre algumas feridas presentes nos seus genitais, elas respondem de forma ilógica.²⁶

Na cavidade bucal, podem-se encontrar pêlos pubianos e sêmen.¹⁵ Além disso, manifestações orais de doenças venéreas como gonorréia, petéquias, condiloma acuminado, infecções por herpes tipo II e sífilis são sinais patognomônicos de abuso sexual.

Em seu estudo, LOUZADO et al. (2001)²⁵ mencionam as afirmações de KVAAL (1993): as crianças que são forçadas a realizar uma sessão de sexo oral acabam tendo altas taxas de cárie e também erosão no palato.

Marcas de mordidas associadas a marcas de sucção no pescoço são injúrias que devem levantar suspeitas.¹⁴

CONDUTA DO CIRURGIÃO DENTISTA

O cirurgião-dentista apresenta um papel fundamental para detectar casos de maus-tratos, pois a maioria das lesões suspeitas está presente na região da cabeça e do pescoço.

Frente aos casos de abuso infantil, o cirurgião-dentista deve realizar uma anamnese criteriosa visando buscar informações relatadas pelos pais da vítima ou pela própria vítima sobre qualquer

lesão suspeita presente na mesma. Casos em que a história contada pelos pais não coincide com a contada pela criança podem ser investigados pela possibilidade de ocorrência de violência infantil.

O exame físico também deve ser realizado com muita atenção; é importante que as lesões sejam descritas com o máximo de detalhes possíveis como tamanho, localização, coloração e estágios de cicatrização.

É recomendável também que durante o exame físico se coloque uma régua milimetrada sobre as lesões para poder registrar o tamanho da área lesionada.⁷

Assim que o cirurgião-dentista observar uma lesão suspeita de maus-tratos, deverá proteger a criança e comunicar a situação ao Conselho Tutelar (antigamente conhecido como Juizado de Menores).²⁷ Essa comunicação poderá ser feita por telefone, por escrito ou pessoalmente, anônima ou não. A notificação também pode ser feita para as autoridades policiais, com solicitação de um guia de encaminhamento da criança ao exame de corpo delicto.

LEGISLAÇÃO PERTINENTE

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n 8.069/90), na parte dos Direitos Fundamentais, Capítulo 1, do Direito à Vida e à Saúde, artigo 13: “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.” E na parte dos Crimes e das Infrações Administrativas, Capítulo 11, as Infrações Administrativas, artigo 245: “Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, resulta em pena de multa de três salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.”²²

7, 12, 15, 27, 31, 32

Além disso, O CFO (Conselho Federal de Odontologia - 1999) destacou no Código de Ética Odontológico que a conduta a ser adotada pela classe odontológica brasileira frente aos maus-tratos infantis é o de “zelar pela saúde e dignidade do paciente.” Dessa maneira, se o cirurgião-dentista não notificar os casos suspeitos de maus-tratos infantis, estará contrariando o Código de Ética Odontológico.¹⁴

CONCLUSÃO

Considerando o exposto, são facilmente observáveis os sinais de abusos físico e sexual, tanto em regiões extraorais quanto intraorais. Para diagnosticá-los, basta realizar um criterioso exame clínico, anamnese detalhada, aliada a um questionamento bem elaborado a respeito da história da lesão.

O dentista é um profissional que tem situação privilegiada para diagnosticar casos de violência, pois grande parte das lesões de abuso envolve boca, face e cabeça. Por isso, seria essencial que o currículo do curso de Odontologia contivesse o tema “Abuso Infantil” na disciplina de Odontopediatria ou Saúde Coletiva.

Assim, cabe aos profissionais da área de saúde bucal a aquisição de conhecimento suficiente para que, quando confrontados com esta situação clínica peculiar, possam agir de maneira eficiente e possivelmente livrar a vítima de tal sofrimento e brutalidade, ao reportarem tal situação ao Conselho Tutelar mais próximo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÁPIA. Maus-Tratos Contra Criança e Adolescente: Proteção e Prevenção. Guia de Orientação Para Profissionais da Saúde. 2ed., Rio de Janeiro: Petrópolis, 1997.

ANDRADE, A. P. Violência Domestica Contra a Criança e Adolescentes - Prevenção, Repressão a Vitima No Âmbito Brasileiro e Latino Americano. **Revista de Informações Legislativa**, Brasília-Df, n.40, p.147-162, out./dez. 2003.

ASSIS, S. Crianças e Adolescentes Violentados: Passado, Presente e Perspectivas Para o Futuro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, suppl.1, 1994. Disponível em <http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0102-31>. Acesso em: mar. 2007.

CALDAS, I. M.; AFONSO, A.; MAGALHÃES, T. Os Maus-Tratos Físicos em Crianças e Jovens: Uma Perspectiva Médico-Dentária. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada**, Curitiba-Pr, v.6, n.34, p.340-344, jul./ago. 2002.

CARVALHO, A. C. R.; GARRIDO, L. C.; BARROS, S. G.; ALVES, A. C. Abuso e Negligência: Estudo na Delegacia de Repressão aos Crimes Contra a Criança e o Adolescente. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, Salvador, v.4, n.18, p.117-123, mar./abr. 2001.

CARVALHO, C. Diagnóstico: Abuso Infantil. **RBO**, v.59, n.3, p.180-183, mai./jun. 2002.

CAVALCANTI, A. L.; Abuso Infantil: Protocolo de Atendimento Odontológico. **RBO**, v.58, n.6, nov./dez. 2001.

CAVALCANTI, A. L. Child Abuse: Oral Manifestations and their Recognition by Dentists. **Rev. Odontol. Unicid**, 15(2): 123-128, maio/ago. 2003

CAVALCANTI, A. L.; DUARTE, R. C. Manifestações Bucais do Abuso Infantil em João Pessoa – Paraíba – Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.7, n.2, p.161-170, 2003.

CAVALCANTI, A. L.; FARIAS, C. M. M.; BARBOSA, J. C.; MOUDEN, L. D. Conhecimento e Atitudes dos Cirurgiões-Dentistas da Cidade de João Pessoa frente ao Abuso Infantil **Jbp – J Brás Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 5, n.28, p. 470-474, 2002.

CAVALCANTI, A. L. Manifestações Físicas do Abuso Infantil: Aspectos de Interesse Odontológico. **Revista Paulista de Odontologia**. Ano Xxv-N.05, set/out., 2003.

CAVALCANTI, A. L.; VALENÇA, A. M. G.; DUARTE, R. C. O Odontopediatra Diante de Maus-Tratos Infantis - Diagnóstico e Conduta. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, João Pessoa-Pb, v.3, n.16, p.451-455, nov./dez. 2000.

CHAIM, L. A. F.; DARUGE, E.; GONÇALVES, R. J. Maus-Tratos Infantis - Avaliação da Capacidade de Diagnóstico dos Cirurgiões-Dentistas. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, P. 42-46, 2004.

Chaim, L. A. F.; GONÇALVES, R. J. A Responsabilidade Ética e Legal do Cirurgião-Dentista em Relação à Criança Maltratada. **Ver. Abo Nac**, Campinas, v.14, n.1, p.19-24, fev./mar. 2006.

CHAVES, A. M.; FEITOSA, S.; MOREIRA, P.; SOUZA, S.; ROSENBLATT, A. Avaliação dos Fatores Relacionados aos Maus-Tratos a Criança e Adolescente. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, vol.6, p.303-309, 2003.

DA FONSECA, M. A. et. Al. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. **Pediatr Dent**, v. 14, n. 3, p. 152-157, May/June, 1992.

DISCALA C.; SEGE R.; GUOHUA L.; REECE, R. Child abuse and unintentional injuries: a 10-year retrospective. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 154(1): 16-22, 2000.

DOMINGUES, M. C.; SOUZA, S. H. Violência Doméstica e Sexual contra Crianças e Adolescentes. **Est. Pesqui., Lins**, v. 8, n.1. p. 101-109, abr, 2005.

GALLEGOS, L.; MIEGIMOLLE, M.; PLANELLS, P. Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado. **Acta Odontol. Venez.**, Caracas, v.40, n.3, dez. 2002.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; MENEZES, V. A.; TORRES F.; BLANCARD; ARAÚJO, J. R.; SILVA, P. F. R. Ocorrência de Maus-Tratos em Crianças e Adolescentes na Cidade de Caruaru-Pe. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.6, n.1, p. 65-70, jan./abr. 2006.

GURGEL, C. A. S.; CARVALHO, A. C. R.; BARROS, S. G.; ALVES, A. C. Maus-Tratos Contra Crianças: Atitudes e Percepção do Cirurgião-Dentista. **Pesq Brás Odontop Clin Integr**, Bahia, v.1, n.2, p. 23-28, maio/ago. 2001.

JESSE, S. A. Child Abuse: Behavior indicators of child maltreatment. **J Dent Child**, v. 66, n. 1, p. 17-22, jan./feb., 1999.

JESSE, S. A. Physical manifestation of child abuse to the head, face and mouth: A hospital survey. **J Dent Child**, v. 62, n.4, p.245-249, July/Aug., 1995.

JESSE, S. A.; RIEGER, M. A. Study of age-related variables among physically abused children. **J Dent Child**, v.63, n.4, p.275-280, july/aug., 1996

LOUZADO, M.; ARAÚJO, C. H.; SCARIOT, F.; DORNELLES, M. S. O.; PRADO, D. Manifestações Orais em Crianças Abusadas Sexualmente. **RBO**, v.58, n.1, p.33-34, jan./fev. 2001.

MARQUES, C. R.; COLARES, V. A Identificação do Abuso Infantil pelo Odontopediatra **Joje- J Bras Odonto-Psocol Odontol Pacientes Espec**, 2003.

MARQUES, C. R.; COLARES, V. Como o Cirurgião-Dentista pode atuar na Prevenção do Abuso Infantil. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria E Odontologia do Bebê**, Pernambuco, vol.7, p.479-483, 2004.

MOURA, D. P. S.; TOLEDO, O. A.; BEZERRA, A. C. B. Reconhecimento de Crianças Vítimas de Maus Tratos - Responsabilidade do Odontopediatra. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, Brasília-Df, vol.3, n.4, p.318-322, 2000.

PASCOLAT G.; SANTOS C. F. L.; CAMPOS, E. C. R.; VALDEZ, L. C. O.; BUSATO, D.; MERINHO D. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. **J. Ped** 77 (1): 35-40, 2001.

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. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.6, n.3, p. 273-279, set./dez. 2006.

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 **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.5, n.2, p119-126, maio/ago. 2005.

VIEIRA, A. R. Abuso Infantil. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, Curitiba, v.1, n.2, p.57-61, 1998.

V A R I A
S C I E N T I A

Versão eletrônica disponível na internet:

www.unioeste.br/saber