

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: CONHECIMENTOS DOS ODONTOPEDIATRAS DA CAPITAL PARAIBANA – ESTUDO PILOTO

VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND TEENS: KNOWLEDGE OF THE DENTISTS OF THE CAPITAL OF PARAIBA - PILOT STUDY

Carlus Alberto Oliveira dos Santos*
 Mariana Cavalcanti Lacerda*
 Aparecida Tharlla Leite Caldas*
 Ingrid Nascimento Navarro de Souza**
 Silmara Andrade Silva**
 Cristiane Araújo Maia Silva***
 Eliane Batista de Medeiros Serpa***
 Fernanda de Araújo Trigueiro Campos***

RESUMO

Introdução: O Cirurgião-Dentista tem a obrigação ética e legal na identificação/notificação dos casos de maus-tratos. **Objetivo:** Objetivou-se com esse estudo analisar o conhecimento dos Odontopediatras da cidade de João Pessoa-PB sobre maus-tratos infantis. Tratou-se de um estudo quantitativo, exploratório, bibliográfico e descritivo. O universo dessa pesquisa compreendeu 44 Cirurgiões-Dentistas regularmente inscritos no Conselho Regional de Odontologia da Paraíba, com especialidade em Odontopediatria, em qualquer faixa etária de ambos os sexos. Para realização do cálculo amostral foi considerado grau de confiança de 95%, ficando uma amostra de 40 Odontopediatras. **Métodos:** Aplicou-se um questionário com 11 questões que atendiam aos objetivos da pesquisa. Os dados coletados foram tabulados em uma plataforma do Microsoft Excel e analisados mediante estatística descritiva (valores de frequência absoluta e percentual) no software IBM SPSS (21.0). **Resultados:** A maioria dos profissionais é do sexo feminino (93,5%) e 48,39% têm mais que a 4ª década de vida. 51,61% definiram maus-tratos infantis de forma incompleta, 51,6% classificaram de forma completa, conforme a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência; os sinais/sintomas bucais mais citados foram fraturas dentárias (41,07%), queimaduras (21,43%), lacerações (14,29%) e hematomas (12,5%); já os sinais/sintomas corporais mais citados foram hematomas (35,6%), queimaduras (20,34%), fraturas (15,25%) e lacerações (10,17%). A maioria dos pesquisados relatou saber agir diante de casos de maus-tratos (93,5%), entre eles 76,92% denunciariam ao conselho tutelar e 54,8% demonstram interesse em capacitação. **Conclusão:** De forma geral, houve conhecimento parcialmente satisfatório dos Odontopediatras inscritos no CRO-PB sobre maus-tratos infantis.

Descritores: Maus-tratos infantis • Violência • Odontologia • Odontopediatria.

ABSTRACT

Introduction: The Dentist has ethical and legal obligation to identify/report cases of abuse. **Objective:** The objective of this study is to analyze the knowledge of dentists in the city of João Pessoa-PB-Brazil, on child abuse. The research carried out a quantitative, exploratory, bibliographic and descriptive study. The research universe comprises 44 pediatric dentists regularly registered in the Regional Council of Dentistry, specialized in pediatric dentistry in any age group of both genders. For performing the sample calculation was considered a confidence level of 95%, getting a sample of 40 dentists. **Methods:** They received a questionnaire with 11 questions that met the research objectives. The collected data were typed into a Microsoft Excel platform and analyzed using descriptive statistics (absolute and percentage frequency values) in IBM SPSS software (21.0). **Results:** Most professionals are female (93,5%), (48,39%) of these corresponded to more than four decades of life. 51.61% of the interviewed people defined child abuse incompletely, 51.6% rated child abuse completely, signs/symptoms most cited were oral dental fractures (41.07%), burns (21.43%), lacerations (14.29%) and hematomas (12.5%), the physical signs/symptoms most cited were hematomas (35.6%), burns (20.34%), fractures (15.25%) and lacerations (10.17%). 93.5% of respondents would know how to act on cases of child abuse,

* Acadêmicos de Odontologia, Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa – PB, Brasil. E - mail: carlusodonto@gmail.com / cida.tcharlla@gmail.com/ mari_lacerda@hotmail.com

** Cirurgiã-Dentista, graduada no Centro universitário de João Pessoa, João Pessoa – PB, Brasil. E - mail: ingridnavaaro@gmail.com; silmara.andrade@live.com

*** Professora adjunta do curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa, PB, mestre em Odontologia, Área de concentração Odontopediatria – UNICSUL/SP. E-mail: cristianeten@gmail.com;elibmedeiros@yahoo.com.br;fe_trigueiro@hotmail.com

among them 76.92% would denounce the tutelary assistance and 54.8% have an interest in training. **Conclusion:** Overall, there was partially adequate knowledge of the registered dentists in the CRO-PB on child abuse.

Descriptors: Child abuse • Violence, Dentistry • Pediatric dentistry.

INTRODUÇÃO

É inegável que a violência, de forma geral, é um dos principais agravos enfrentados pela população brasileira, constituindo a terceira causa de óbitos no Brasil e a primeira na faixa etária do 01 aos 39 anos. Nesse sentido, a violência é considerada um problema de saúde pública, pelo elevado número de vítimas, pelos impactos sociais, econômicos e pessoais que provoca^{1,2}.

Acima de qualquer outro tipo, a violência cometida contra a criança e o adolescente não se justifica, uma vez que essa população se encontra em desenvolvimento físico e psicológico e está em extrema dependência dos pais, familiares e cuidadores, do poder público e da sociedade^{2,3}.

Desse modo, é necessário que os profissionais da educação e saúde envolvidos com crianças e adolescentes saibam identificar as situações de violência, através dos sinais físicos e psicológicos, que, uma vez confirmados, devem ser notificados aos órgãos competentes para tomada de medidas cabíveis^{2,4}.

Infelizmente, a maioria dos profissionais de saúde não sabe identificar as situações de maus-tratos, que na maioria das vezes não são investigadas devido à subnotificação em decorrência da falta de informação desses profissionais. Diversos motivos levam os profissionais de saúde a se omitirem em casos de maus-tratos, tais como; falta de tempo para ouvir o paciente durante o atendimento, desinteresse, o medo de perder pacientes, a falta de confiança no serviço de proteção às crianças e adolescentes, medo de lidar com os pais e de se envolver judicialmente¹.

No entanto, a notificação é um instrumento importante nos casos de maus-tratos infantis, uma vez que esta auxilia na detecção da necessidade de investimentos e aperfeiçoamento das redes de proteção^{1,4}.

Assim como outros profissionais de saúde, o Cirurgião-Dentista (Resolução

42/2003) possui obrigação ética e legal na identificação/notificação dos casos de maus-tratos infantis, tendo em vista que a maioria das lesões ocorre na região de cabeça e pescoço¹.

Nesse contexto, justifica-se a realização deste estudo, que tem como objetivo analisar o conhecimento e atuação dos odontopediatras de João Pessoa – PB, em relação aos maus-tratos de crianças e adolescentes.

MÉTODOS

Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, a coleta de dados iniciou-se após aprovação do comitê de ética e pesquisa do Unipê – Cep/Unipê, conforme a resolução 466/12 (CAAE 42834815.0.00005176). O universo dessa pesquisa compreendeu 44 Cirurgiões-Dentistas inscritos no Conselho Regional de Odontologia da Paraíba (CRO-PB), com especialidade em Odontopediatria, em qualquer faixa etária de ambos os sexos. A amostra foi censitária. Inicialmente foi realizada a localização dos profissionais, e aqueles que optaram por colaborar com a pesquisa, primeiramente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentido a sua participação, e posteriormente responderam ao questionário. O participante teve o tempo que julgou necessário para responder ao questionário. Todos os questionários foram depositados em envelope único por cada participante para garantir que não houvesse identificação, evitando qualquer constrangimento ou desconforto em relação às respostas emitidas.

O questionário foi validado mediante um estudo realizado por Sousa *et al.*⁵ (2013), que apresentava 11 questões relacionadas ao tema do estudo. Para realização do cálculo amostral foi utilizado um nível de 95% de confiança, e inicialmente a amostra prevista correspondia a 40 Odontopediatras inscritos no CRO-PB; entretanto, só foi possível incluir 31 no estudo, visto que existe uma carência





de profissionais da Odontopediatria devidamente registrados na região, e outros recusaram-se a participar do estudo.

Os dados coletados foram tabulados em uma plataforma do Microsoft Excel e analisados mediante estatística descritiva (valores de frequência absoluta e percentual) no software IBM SPSS (21.0).

RESULTADOS

Neste estudo, foi possível verificar que dos 31 que fizeram parte da amostra, 29 eram do sexo feminino, correspondendo a 93,5% e 2 eram do sexo masculino, compreendendo 6,5%. Quanto a faixa etária, 48,4% correspondiam a mais que a 4ª década de vida, 45,2% entre a 3ª e 4ª década de vida e 6,5% entre a 2ª à 3ª década de vida.

Nas Tabelas 1 e 2 observa-se que a maioria dos Cirurgiões-Dentistas afirmaram que são capazes de definir maus-

-tratos, porém, pode-se constatar que os profissionais, em sua maioria, os definem de maneira incompleta, de acordo com o Ministério da Saúde⁶ (2012).

Quanto aos maus-tratos voltados especificamente para as crianças, 23 (74,2%) dos Cirurgiões-Dentistas responderam que possuem capacidade suficiente para classificá-los, enquanto 8 (25,8%) profissionais não são capazes de classificar os maus-tratos infantis. Também foi avaliada a forma como os maus-tratos são classificados, sendo que 16 (51,6%) dos Cirurgiões-Dentistas os classificam de maneira completa e 15 (49,4%) de forma ainda incompleta.

Foi possível observar que 90,3% dos Odontopediatras acreditam ser de responsabilidade do Cirurgião-Dentista diagnosticar casos de maus-tratos infantis, mas 3 Cirurgiões-Dentistas (9,7%) acreditaram que esses casos não são responsabilidade

Tabela 1: Distribuição quanto à capacidade de definir maus-tratos. João Pessoa/PB

CAPAZ DE DEFINIR	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
SIM	28	90,3
NÃO	3	9,7
TOTAL	31	100,0

Fonte: Dados da pesquisa-2015

Tabela 2- Distribuição quanto à definição de maus-tratos. João Pessoa/PB

DEFINIÇÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Não responderam	3	9,68
Correta	11	35,48
Incorreta	1	3,23
Incompleta	16	51,61
TOTAL	31	100,0

Fonte: Dados da pesquisa-2015

Tabela 3: Distribuição quanto aos sinais/sintomas bucais de maus-tratos infantis. João Pessoa/PB

Sinais / sintomas bucais	Frequência	%
Fraturas Dentárias	23	41,07 %
Queimaduras	12	21,43 %
Hematomas	7	12,5 %
Lacerações	8	14,29 %
Ulcerações	2	3,57 %
Edemas	2	3,57 %
Negligência Odontológica	2	3,57 %
TOTAL	56	100 %

Fonte: Dados da pesquisa-2015

Tabela 4: Distribuição quanto aos sinais/sintomas corporais de maus-tratos infantis. João Pessoa/PB

Sinais/sintomas Corporais	Frequência	%
Hematomas	21	35,6 %
Queimaduras	12	20,34 %
Fraturas	9	15,25 %
Lacerações	6	10,17 %
Equimose	3	5,08 %
Higiene precária	3	5,08 %
Perda de cabelo	3	5,08 %
Criança desnutrida	2	3,4 %
TOTAL	59	100 %

Fonte: Dados da pesquisa-2015

Tabela 5: Distribuição quanto a como agir diante de casos de maus-tratos infantis. João Pessoa/PB

COMO AGIR	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Não respondeu	1	2,57
Conselho Tutelar	30	76,92
Conversar com pais/responsáveis	3	7,69
Polícia Militar	3	5,13
Disque 100	2	5,13
Total		100,0

do profissional.

Nas Tabelas 3 e 4, podem ser observados os principais sintomas bucais e corporais encontrados em crianças que sofreram maus-tratos. Sendo as fraturas dentárias (41,07%) as mais comuns na cavidade oral e a presença de hematomas (35,6%) no corpo.

Sobre a questão de como agir quando aparecem esses casos no consultório, 29 (94,5) dos profissionais afirmam que sabem o que fazer e 2 (6,5) não sabem como agir. Na Tabela 5, se encontram os resultados de como os Cirurgiões-Dentistas agem nessas situações.

Como os maus-tratos infantis são um assunto delicado e requerem conhecimento na hora de intervir corretamente, o que pode evitar maiores consequências e permitir o tratamento e a remissão das ocorrências, foi questionado aos profissionais se eles se interessavam por uma capacitação sobre esse problema; 54,8% dos entrevistados responderam que sim e 45,2% não se interessaram.

DISCUSSÃO

No final dos anos 1980 a violência passou a ser considerada um problema de saúde pública no Brasil⁶. É de alta relevância a necessidade de enfrentar essa questão, porque a infância e a juventude são alvos fáceis, pois como seres indefesos tornam-se vítimas preferenciais para agressões dentro do próprio lar; a própria família que deveria proteger e cuidar acaba sendo responsável por infligir as agressões.

Matos *et al.*² (2013) afirmam que os maus-tratos podem ser divididos em físicos, sexuais, psicológicos e negligência. Essas categorias se superpõem: todas as formas de maus-tratos apresentam componentes emocionais e o abuso sexual é também categoria de maus-tratos físicos.

O abuso físico caracteriza-se quando há presença de lesões corporais; essas lesões podem ser pequenas, moderadas ou severas. O abuso emocional ocorre quando há dano ao psíquico da vítima através de permanente hostilidade, frieza e rejei-





ção à criança. O abuso sexual é a situação em que a criança ou o adolescente são utilizados para a satisfação sexual de um adulto e/ou de outra criança maior, através de relações de poder, com ou sem violência. A negligência implica em atos de omissão do adulto responsável, que não provê supervisão adequada, desde a ingestão de nutrientes até práticas com a higiene da criança ou do adolescente².

A violência doméstica é um assunto muito sensível, e relatar suspeita de maus-tratos é um tópico circunspecto para profissionais de Odontologia. Cirurgiões-Dentistas podem desempenhar um papel importante para interromper o ciclo de maus-tratos, pois a maioria das lesões físicas tem assento na cabeça, pescoço, face e/ou boca, identificando a negligência na saúde bucal, o que pode ser um indicador de violência doméstica. Crianças e adolescentes em situação desse tipo de violência podem ser restringidos de atividades de higiene diárias normais, atendimento odontológico ou médico, resultando em patologias não tratadas, dor e/ou dor crônica, infecção, traumas, entre outras, afetando a sua qualidade de vida^{5,7}.

Grande parte dos entrevistados, por serem Odontopediatras, possuem um contato próximo com a população, o que ajudaria na identificação dos casos de violência já que lesões físicas são mais constantes na cabeça, pescoço, face e/ou boca. Esses profissionais têm a oportunidade de examinar, além das condições bucais do paciente, sinais físicos e psicológicos indicativos de maus-tratos, não somente da criança, mas também de seus familiares, os quais podem contribuir para manutenção de episódios violentos.

Avaliando as questões relacionadas à definição e à classificação dos maus-tratos infantis, os dados da pesquisa mostram que, quando indagados se seriam capazes de definir maus-tratos, a maioria dos profissionais respondeu que sim. Porém, quando questionados sobre a definição de maus-tratos infantis, apenas 35,48% responderam de forma correta, 3,23% de forma incorreta, 51,61% incompleta e 9,68% não conseguiram responder à questão. Sendo assim, cerca de sessenta e cinco por cento dos profissionais não con-

seguem definir o que são maus-tratos infantis, o que mostra a falta de informação dos profissionais sobre esse assunto.

Carvalho *et al.*⁸ (2013) relatam, em estudo com 80 Cirurgiões-Dentistas da rede pública e privada de saúde de um município do Estado de São Paulo, que a maioria dos profissionais afirmam que o assunto não foi abordado durante a graduação. Fracon *et al.*⁹ (2011) evidenciam que, por mais que tenham recebido informações durante a graduação, quase a totalidade dos profissionais investigados as considerara insuficientes para diagnosticar, conduzir o atendimento nos casos de maus-tratos e, conseqüentemente, comunicar às autoridades competentes.

Sobre a distribuição quanto à capacidade de classificar maus-tratos infantis, observou-se que a maioria dos Odontopediatras (74,2%) informou saber classificar maus-tratos infantis e 25,8% responderam que não. Dentre as respostas, 51,6% responderam de forma completa e 49,4% incompleta.

Os participantes foram indagados sobre o diagnóstico dos maus-tratos infantis e, assim, verificou-se que 90,3% dos Odontopediatras acreditam ser de responsabilidade do cirurgião-dentista diagnosticar casos de maus-tratos infantis. Sousa *et al.*⁵ (2013) relatam que o Cirurgião-Dentista pode perceber possíveis maus-tratos se a criança ou o adolescente comparecer para atendimento odontológico com lesões faciais, dentais ou em tecidos moles sem uma explicação coerente, e com relato incompatível com o achado clínico.

Quanto a ser capaz de identificar maus-tratos, 91% dos participantes acreditam serem capazes de diagnosticar casos de maus-tratos infantis. O resultado corrobora com estudos realizados por Fracon *et al.*⁸ (2011), correspondendo a mais da metade dos respondentes. Nesse sentido, os dados encontrados vão ao encontro do trabalho de Garbin *et al.*¹⁰ (2011) que realizaram entrevista com 54 profissionais da atenção básica de quatro municípios pertencentes à região de São José do Rio Preto-SP. Observou-se que cerca de noventa e três por cento dos entrevistados suspeitaram ou presenciaram violência contra crianças ao exercerem sua profissão no

SANTOS CAO
LACERDA MC
CALDAS ATL
SOUZA INN
SILVA SA
SILVA CAM
SERPA EBM
CAMPOS FAT

VIOLÊNCIA CONTRA
CRIANÇAS E
ADOLESCENTES:
CONHECIMENTOS
DOS
ODONTOPEDIATRAS
DA CAPITAL
PARAIBANA –
ESTUDO PILOTO

• • 228 • •



serviço único de saúde (SUS), provando que o cirurgião-dentista está mais apto no diagnóstico de casos de maus-tratos.

Avaliando-se a distribuição quanto aos sinais/sintomas bucais e corporais de maus-tratos infantis, observou-se que fraturas (41,07%) e (15,25%), queimaduras (21,43%) e (20,34%), lacerações (14,29%) e (10,17%), e hematomas (12,5%) e (35,6%) respectivamente, foram os sinais/sintomas bucais e corporais mais citados pelos Odontopediatras. O que vai ao encontro dos resultados constatados por Granville-Garcia *et al.*¹¹ (2008) em que 70% dos Cirurgiões-Dentistas pesquisados sabiam dos sinais e sintomas encontrados em crianças vítimas de maus-tratos infantis, reafirmado por Gurgel *et al.*¹² (2001), como sinais de violência, prevaleceram os relacionados a abuso físico: traumas orofaciais, edema labial, queimaduras e traumatismos dentários.

Observando as principais lesões orofaciais, Cavalcanti¹³ (2001) destacou: contusões, lacerações dos lábios e da língua, mucosa bucal, palato (duro e mole), gengiva alveolar e freios labial e lingual; desvio de abertura bucal; presença de escaras e machucados nos cantos da boca decorrentes do amordaçamento da criança; queimaduras na gengiva, língua, palato ou mucosa provocada por alimentos quentes ou utensílios domésticos (principalmente as colheres); equimoses das bochechas indicam socos ou bofetadas.

Ao serem indagados sobre a conduta dos profissionais e como agir diante dos maus-tratos infantis, cerca de 94% saberiam qual conduta tomar diante de casos de maus tratos infantis. E, dentre estes, aproximadamente setenta e sete por cento denunciariam ao conselho tutelar, 7,69% conversariam com os pais ou responsáveis, 7,69% acionavam a polícia militar e 5,13% ligariam ao disque 100.

Fracon *et al.*⁹ (2011) realizaram um estudo com 19 Cirurgiões-Dentistas, aplicando um questionário com perguntas objetivas em relação aos maus-tratos na infância na cidade de Cravinhos (SP). Verificou-se que, quanto ao que fariam se constatassem casos de agressão doméstica, 42,10% recorreriam à notificação ao Conselho Tutelar.

Quando questionados sobre o interesse pela capacitação no assunto, aproximadamente cinquenta e cinco por cento dos entrevistados responderam que sim. Carvalho *et al.*⁸ (2013), em um estudo realizado com 80 Cirurgiões-Dentistas da rede pública e privada de saúde de um município do Estado de São Paulo, constataram que a maioria dos profissionais relatou que o assunto não foi abordado durante a graduação. Fracon *et al.*⁹ (2011) ressaltam que, mesmo tendo recebido informações durante a graduação, quase a totalidade dos profissionais investigados as considerara insuficientes. Também se evidencia que a lacuna do conhecimento ultrapassa os limites das instituições formadoras, em virtude de a temática da violência ainda ser pouco trabalhada ou até mesmo estar ausente da pauta de educação permanente dos serviços¹⁴.

Autores enfatizam que os Cirurgiões-Dentistas reconhecem a importância do seu papel no que se refere à condução de casos de violências no grupo pediátrico e hebiátrico, entretanto, apresentam dificuldades na identificação e em como conduzir os procedimentos diante dessas situações⁸.

CONCLUSÃO

De forma geral, os Odontopediatras pesquisados mostraram ter nível médio de conhecimento sobre maus-tratos infantis; souberam classificar maus-tratos infantis; a maioria dos pesquisados foi capaz de apontar os seus sinais/sintomas gerais, bucais e corporais; souberam informar a conduta a ser adotada diante de casos de maus-tratos infantis, no entanto definiram maus-tratos de forma incompleta. Felizmente os profissionais manifestaram interesse em capacitações relacionadas ao tema.

Os resultados encontrados evidenciam e justificam a necessidade da introdução do tópico maus-tratos infantis na grade curricular da graduação em Odontologia, sobretudo na Odontopediatria, como também a elaboração de um protocolo de atendimento-padrão que possa nortear a conduta do cirurgião-dentista diante de casos de maus-tratos infantis.

REFERÊNCIAS

1. Garbin CAS, Rovida TAS, Costa AA, Garbin AJI. Recognition and reporting of violence by professionals of the family health strategy. *Arch Health Invest* 2016 5(1):8-12.
2. Matos F, Mamede Neto L, Rezende CD, Borges ÁH, Silva KL, Pedro FLM, et al. Avaliação do conhecimento dos alunos de graduação em odontologia x cirurgião dentista no diagnóstico de maus-tratos a crianças *ROBRAC* 2013 out-dez;22(63):153-7.
3. Moreira GAR, Rolim ACA, Saintrain MVL, Vieira LJES. Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária. *Saúde em Debate* 2015 39(spe):257-67.
4. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciênc saúde coletiva* 2016 mar;21(3):871-80.
5. Sousa GFP, Ferreira JMS, Gomes MNC, Granville-Garcia AF, Carvalho MMP. Conhecimento de acadêmicos em odontologia sobre maus-tratos infantis. *Odonto (São Bernardo do Campo)* 2012 jul-dez;20(40):101-8.
6. Brasil. Ministério Da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. Lourenço CB, Saintrain MVL, Vieira APGF. Child, neglect and oral health. *BMC Pediatrics* 2013 13(188-).
8. Carvalho LMF, Galo R, Silva RHA. O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado. *Rev Medicina Ribeirão Preto* 2013 46(3):8.
9. Fracon ET, Silva RHA, Bregagnolo JC. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP). *RSBO* 2011 jun ;8(2):153-59.
10. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Saliba O, Costa ACO, Queiroz APDG. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. *Rev Bras Pesqui Saúde* 2011 13(2):17-23.
11. Granville-Garcia AF, Silva MJF, Menezes VA. Maus-tratos a crianças e adolescentes: um estudo em São Bento do Una, PE, Brasil. *Pesqui bras odontopediatria clín integr* 2008 set-dez ;8(3):301-7.
12. Gurgel CAS, Carvalho ACR, Barros SG, Alves AC. Maus-tratos contra crianças: atitudes e percepção do cirurgião-dentista. *Pesqui bras odontopediatria clín integr* 2001 maio-ago;1(2):23-8.
13. Cavalcanti AL. Abuso infantil: protocolo de atendimento odontológico. *Rev bras odontol* 2001 nov-dez ;58(6):378-80.
14. Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IS, Brillhante AVM. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciênc saúde coletiva* 2014 out;19(10):4267-76.

Recebido em 28/09/2016

Aceito em 01/12/2016

SANTOS CAO
LACERDA MC
CALDAS ATL
SOUZA INN
SILVA SA
SILVA CAM
SERPA EBM
CAMPOS FAT

VIOLENCIA CONTRA
CRIANÇAS E
ADOLESCENTES:
CONHECIMENTOS
DOS
ODONTOPEDIATRAS
DA CAPITAL
PARAIBANA -
ESTUDO PILOTO

