

Conhecimento de acadêmicos de Odontologia sobre maus-tratos infantis

Knowledge of dental students about child maltreatment

Manoelito Ferreira Silva Junior¹, Manoela Dalvi Pagel², Denise Maria Kroeff de Souza Campos³, Maria Helena Monteiro de Barros Miotto³

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento do acadêmico de Odontologia sobre maus-tratos infantis. **Material e Métodos:** O estudo é descritivo transversal com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 100 acadêmicos do 5º ao 9º período do curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo. O critério de inclusão era estar devidamente matriculados no segundo semestre de 2010. Os dados foram coletados utilizando um questionário autogerenciado, previamente validado, contendo questões abertas e fechadas referentes ao tema de maus-tratos infantis. A análise descritiva foi realizada por frequência absoluta e relativa. **Resultados:** Embora 74% dos acadêmicos afirma que a conduta correta em caso suspeito de maus-tratos seja fazer uma denúncia no Conselho Tutelar ou Delegacia, uma minoria (4%) afirmou que denunciaria a suspeita. Dos acadêmicos, apenas 30% afirmaram que a região de cabeça e pescoço seja a mais afetada nos casos de maus-tratos infantis. Um total de 9,26% dos alunos afirmou que só seria capaz de identificar um caso de maus-tratos se houvesse o relato do paciente. A maior parte dos alunos (74%) afirmou não ter obtido informações sobre maus-tratos infantis no curso de graduação, sendo que (96%) considera importante obter este conhecimento e (94%) relata desejo de conhecer melhor este tema. **Conclusão:** A maioria dos acadêmicos de Odontologia apresentou conhecimento deficiente sobre maus-tratos infantis. Faz-se necessário uma melhor abordagem do assunto durante a formação acadêmica do curso de odontologia, para obter um profissional melhor preparado para uma condução adequada em casos suspeitos de maus-tratos infantis.

Descritores: Maus-tratos infantis. Violência. Odontologia.

INTRODUÇÃO

Os maus-tratos infantis constitui um sério problema social, abrangendo aspectos socioeconômicos, culturais e étnicos. A criança e o adolescente, por sua maior vulnerabilidade e dependência, são vítimas frequentes de atos abusivos¹. A maioria dos atos ocorre no próprio ambiente doméstico e, geralmente, são praticados pelos familiares mais próximos². Constituem-se como um problema de saúde pública por serem uma morbidade e mortalidade prevalente e evitável.

O Código Penal Brasileiro³ (CPB) define maus-tratos como a exposição a perigo da vida ou da 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 trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de coerção

ou disciplina. O Ministério da Saúde⁴ considera maus-tratos toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, integridade física e psicológica ou a liberdade ao desenvolvimento infantil.

O diagnóstico dos maus-tratos infantis baseia-se no reconhecimento de indicadores comportamentais e dos sinais e sintomas físicos comuns às crianças abusadas e negligenciadas⁵. Estudos demonstram que a maioria dos ferimentos decorrentes dos maus-tratos infantis envolve a região orofacial: cabeça, face, boca e pescoço^{6,7}. Por isto, o cirurgião-dentista encontra-se em posição privilegiada na identificação de casos suspeitos de maus-tratos^{6,8}.

O cirurgião-dentista mesmo trabalhando em região favorável para diagnosticar crianças vítimas de maus-tratos não notificam os casos suspeitos. Dentre os motivos, estão: falta de confiança no diagnóstico correto, medo de envolvimento e questionar os pais

¹Programa de Pós-graduação em Odontologia (Saúde Coletiva), Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Piracicaba, SP.

²Cirurgião-dentista, Vitória, ES.

³Departamento de Clínica Odontológica, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES.

Contatos: manoelito_fsjunior@hotmail.com, manoelapgl@gmail.com, denise.mks@uol.com, mhmiotto@terra.com.br

ou responsável, não acreditar na possibilidade de negligência dos pais, medo de perder o paciente, desconhecimento sobre a temática e falta de treinamento para lidar com o problema⁶.

A orientação sobre maus-tratos infantis em cursos de graduação ou pós-graduação em Odontologia, não tem sido suficiente em quantidade e qualidade. Isso pode prejudicar a sua utilização como método rotineiro de diagnóstico, havendo, portanto uma formação profissional inadequada nesse sentido⁵. Assim, faz-se necessário uma melhor abordagem sobre o tema nas faculdades e instituições da classe, visando um treinamento adequado para diagnosticar e conduzir o caso de maneira adequada. O objetivo do estudo foi avaliar o conhecimento dos acadêmicos de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) sobre maus-tratos infantis.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP-CCS/UFES) sob o número 192/2010.

Para o cálculo da amostra, foi realizado um levantamento do número de acadêmicos matriculados no curso de Odontologia da UFES, do 5º ao 9º período, constando um universo de 144 alunos. Foram utilizados como parâmetros para o cálculo amostral uma prevalência de 50%, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. A amostra esperada para o estudo foi de 80 estudantes, sendo acrescidos 20%

para eventuais perdas, o que gerou uma amostra total final de 100 alunos.

Como critério de inclusão os acadêmicos participantes deveriam estar devidamente matriculados nos períodos de 5º ao 9º, do curso de Odontologia da UFES, no semestre letivo de 2010/2. Os critérios de exclusão foram não aceitar assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e os alunos ausentes por motivo de doença ou licença maternidade durante o período de coleta.

A coleta de dados foi realizada através de um questionário autogerenciado, realizado por apenas uma pesquisadora, contendo 12 questões fechadas e 3 abertas. As questões abertas exploraram conceito, sinais e sintomas e a conduta do profissional frente à suspeita de maus-tratos. As respostas foram interpretadas e fez-se abordagem quantitativa. O questionário foi previamente testado com 20 alunos de especialização em áreas da Odontologia e as alterações realizadas conforme sugeridas. Os dados coletados na pesquisa foram digitados em uma planilha Excel 2010 (Microsoft). A análise descritiva foi realizada através de frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS

Todos os alunos sorteados responderam ao questionário, gerando um retorno de 100%. As características dos estudantes participantes desta pesquisa, quanto ao sexo, idade e período escolar cursado, encontram-se descritos na tabela 1. A tabela 2 expressa a percepção dos acadêmicos em relação aos maus-tratos infantis e ao que se entende por sinais e sintomas, além da conduta profissional.

Tabela 1 - Caracterização da amostra dos acadêmicos de Odontologia, Vitória-ES, 2010

Variáveis	n
Sexo*	
Feminino	63
Masculino	37
Faixa etária*	
19 – 21 anos	33
22 – 24 anos	57
25 anos ou mais	10
Período escolar*	
5	20
6	21
7	26
8	13
9	20
Total	100

*Frequência absoluta (n) corresponde à frequência relativa (%).

Tabela 2 - Conhecimento dos acadêmicos de Odontologia sobre maus-tratos infantis, Vitória-ES, 2010

Característica	n (%)
O que entende sobre maus-tratos infantis**	
Toda forma de agressão física	75 (40,76)
Toda forma de agressão psicológica	48 (26,09)
Toda forma de agressão sexual	55 (29,9)
Não sabe	6 (3,25)
Total	184 (100,0)
Sinais em caso de maus-tratos infantil**	
Hematomas	64 (34,22)
Marcas pelo corpo	19 (10,16)
Medo	39 (20,86)
Sinais	34 (18,18)
Feridas	29 (15,51)
Não sabe	2 (1,07)
Total	187 (100,0)
Sintomas em caso de maus-tratos infantil**	
Agressividade	40 (31,25)
Reprimido	31 (24,22)
Timidez	29 (22,66)
Depressão	7 (5,47)
Isolamento	6 (4,69)
Nervosismo	5 (3,91)
Choro	4 (3,12)
Estresse	4 (3,12)
Não sabe	2 (1,56)
Total	128 (100,0)
Conduta se houver suspeita de abuso infantil*	
Denúncia da suspeita em órgão responsável (Conselho Tutelar/Delegacia)	72 (72)
Denúncia e entrega do responsável suspeito pelo abuso	12 (12)
Conversa com os pais	6 (6)
Não sabe	8 (8)
Denúncia do responsável (pais)	2 (2)
Total	100 (100,0)

*Frequência absoluta (n) corresponde à frequência relativa (%).

**Mais de uma alternativa poderia ser assinalada.

A tabela 3 mostra se foram fornecidas informações básicas sobre violência infantil e qual o método utilizado para acesso a estas informações durante o curso de graduação em Odontologia.

Tabela 3 - Distribuição da obtenção e interesse de informações sobre maus-tratos infantis, Vitória-ES, 2010

Variável	n
Obteve informação sobre abuso infantil no curso de graduação de Odontologia*	
Sim	26
Não	74
Total	100
Fonte da informação*	
Aula teórica ministrada na própria universidade	20
Seminário desenvolvido sobre o tema na universidade	4
Palestra em congressos ou outros eventos científicos	3
Revistas científicas	3
Livro	2
Outros meios	3
Não respondeu	65
Total	100
Acha importante o conhecimento do tema*	
Sim	96
Não	2
Não sabe	2
Total	100
Gostaria de receber informação sobre a identificação e encaminhamento dos casos suspeitos de abuso infantil*	
Sim	94
Não	6
Total	100

*Frequência absoluta (n) corresponde à frequência relativa (%).

A tabela 4 relata o grau de conhecimento dos acadêmicos sobre maus-tratos infantis.

Tabela 4 - Distribuição das atitudes, identificação e notificação, em caso de suspeita de maus-tratos infantis, Vitória-ES, 2010

Variável	n (%)
Como você identificaria a ocorrência de maus-tratos em uma criança**	
Apenas pela história do paciente	9 (8,33)
Pela presença de sinais clínicos	83 (76,85)
Somente se o paciente relatar os maus-tratos	10 (9,26)
Não sabe	6 (5,56)
Total	108 (100)
Qual a região do corpo mais atingida em caso de maus-tratos em crianças?*	
Nádegas	7 (7)
Costas	16 (16)
Cabeça e pescoço	30 (30)
Braços	47 (47)
Total	100 (100)

(conclusão)

Em caso de identificação de abuso infantil em um paciente, qual seria sua atitude?*	
Procuraria informações sobre o que fazer no atendimento	30 (30)
Não atende o paciente	66 (66)
Denunciaria ao Conselho Tutelar	4 (4)
Encaminharia a criança para o pediatra	0 (0)
Total	100 (100)

*Frequência absoluta (n) corresponde à frequência relativa (%).

**Mais de uma alternativa poderia ser assinalada.

DISCUSSÃO

A existência dos maus-tratos é oriunda do ser humano e por isso é tão antiga quanto à humanidade⁹. Sua gravidade é ainda maior nas crianças que, por serem indivíduos indefesos que estão em desenvolvimento físico e cognitivo, tendem a ter maiores sequelas pós-traumáticas¹⁰.

De acordo com os resultados deste estudo pode-se observar que a maioria dos estudantes entrevistados era do sexo feminino e com idade entre 22 e 24 anos. O gênero feminino foi predominante e homogêneo a diversos estudos^{9,10,11}.

A maioria dos alunos de graduação do curso de Odontologia da UFES apresentou conhecimento deficiente sobre a definição de maus-tratos infantis, sendo a agressão física a forma mais evidenciada pelos alunos. O conhecimento parcial e/ou inadequado sobre maus-tratos na infância tem sido evidenciado em diversos estudos, desde acadêmicos de Odontologia^{5,9,10,11,12,13}, cirurgiões-dentistas¹ e odontopediatras^{8,14,15}.

Um estudo do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), em João Pessoa-PB¹⁰, mostrou que 79,7% dos acadêmicos dizem ser capazes de definir maus-tratos infantis, mas nenhum foi capaz de responder de forma correta e 74,5% respondeu de forma incompleta. Outro estudo realizado em João Pessoa-PB, na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)¹² mostrou que, dentre os acadêmicos que afirmaram ser capazes de definir maus-tratos, 66,4% acertaram. Quanto aos tipos de maus-tratos, um estudo realizado na UEPB¹², verificou que a maioria (82,2%) relatou existir apenas o tipo físico e psicológico, 16,6% sexual e físico e 2,2% relatou existir outros tipos de maus-tratos.

Embora existam diversas formas de maus-tratos contra crianças, estas apresentam sinais e sintomas detectáveis que podem ajudar a prevenir, diagnosticar ou agir em casos suspeitos ou confirmados por parte do cirurgião-dentista¹⁰. Em relação aos sinais e sintomas, a maioria dos alunos citou lesões físicas (hematomas, feridas, marcas pelo corpo) juntamente com alterações de comportamento como

sinal de suspeita de maus-tratos infantis. Massoni et al.⁶ revelam que o diagnóstico de maus-tratos infantis deve ser focado não apenas nos ferimentos traumáticos (fraturas, marcas de mordida, queimaduras, lacerações), mas também no comportamento da criança e dos pais. Destes fatos apenas a presença de hematomas foi lembrada pelos alunos. São exemplos de indicadores comportamentais demonstrados pela criança negligenciada: a falta de autoestima, passividade, timidez, carência afetiva, incompreensão, hiperatividade, sonolência e timidez¹⁵.

O cirurgião-dentista, como profissional de saúde e, principalmente, como cidadão, deverá estar capacitado para identificar casos de crianças ou adolescentes vítimas de maus-tratos. O profissional deve fornecer os cuidados dentários emergenciais necessários e notificar às autoridades competentes¹³. Um fator que facilita o diagnóstico de maus-tratos pelos cirurgiões-dentistas é a busca de tratamento odontológico pelos responsáveis, logo após o trauma sofrido⁶.

Quando perguntados sobre a conduta do profissional em caso de suspeita de maus-tratos, nenhum aluno entrevistado soube informar a sequência correta de procedimentos necessários. O profissional deve ser capacitado para atuar em casos de suspeitar de maus-tratos em crianças e/ou adolescentes, para proceder de forma correta aos cuidados urgentes necessários e notificação às autoridades competentes, o Conselho Tutelar, ou em sua falta, a delegacia¹⁶. O estudo com alunos da UEPB de João Pessoa-PB¹² verificou que 83,3% dos acadêmicos denunciariam ao Conselho Tutelar, 29,6% questionariam os pais e 9,3% indicariam algum tratamento psicológico, dentre outras atitudes.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹⁷ em vigor desde 1990 no seu Art. 13 tornou obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos a crianças e adolescentes. O Art. 245 prevê penas para os médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que deixassem de comunicar os casos que viessem ao seu conhecimento ao Conselho Tutelar de sua respectiva localidade.

Nesta pesquisa, a maioria dos acadêmicos informou não ter obtido informações sobre maus-tratos infantis durante o curso de graduação. Sendo um dado diferente, quando comparado ao estudo com acadêmicos da UNIPÊ em João Pessoa-PB¹⁰, pois a maioria (89,8%) afirmou ter obtido estas informações ainda durante o curso.

Neste estudo, a maioria dos acadêmicos gostaria de receber informações sobre como deve ser feito a identificação e o encaminhamento em caso de suspeita de maus-tratos infantis. Outros estudos com acadêmicos que obtiveram informações sobre maus-tratos^{10,12}, também mostra o interesse deles em saber mais sobre o assunto. Principalmente por julgarem as informações recebidas insuficientes, embora uma minoria dos alunos (2,2%) relatou suspeitar de maus-tratos durante o curso de graduação¹².

Os cirurgiões-dentistas de Uberlândia e Araguari (MG) afirmaram que o despreparo em lidar com casos suspeitos de maus-tratos ocorre pela deficiência de informação durante a formação¹⁴. A deficiência das informações sobre maus-tratos durante o curso de Odontologia, resulta na formação de profissionais incapazes de identificar casos suspeitos e de realizar a notificação.

A forma adequada para abordar a temática de forma didática e efetiva deve também ser considerada. Um estudo realizado em Curitiba-PR¹¹ mostrou que apenas a entrega de cartilhas resultou em pequeno impacto no conhecimento dos acadêmicos de Odontologia. Um comparativo antes e após a entrega da cartilha alterou de 64% para 65% o acerto sobre a definição dos maus-tratos infantis, de 25% para 36% o conhecimento das formas de identificação dos maus-tratos e de 56% para 66% a identificação do Conselho Tutelar como instituição que deve ser procurada em casos suspeitos.

Neste estudo, a maioria dos alunos respondeu que, em caso suspeito de maus-tratos, preocuparia apenas em encontrar sinais clínicos durante o atendimento clínico. No entanto, o profissional deve entender que a presença de lesões traumáticas pode estar associada a diversos outros motivos, sendo uma minoria dos casos realmente relacionados a casos de maus-tratos⁶. Sendo assim, o cirurgião-dentista, em caso de suspeita, deve estar atento ao relacionamento “responsável-criança” e à forma como o responsável relata e tenta justificar os achados clínicos indicativos de maus-tratos.

Percebe-se também que a maior parte dos alunos identifica erroneamente os braços como a região mais atingida na maioria dos casos de violência infantil, contra apenas 30% que identificam corretamente a região de cabeça e pescoço. Estes achados corroboram o estudo feito em João Pessoa-PB¹⁰, onde os pesquisadores encontraram maior

capacidade dos acadêmicos de Odontologia em identificar os sinais e sintomas corporais (97,8%) do que os bucais (90,1%).

Um dado preocupante encontrado neste estudo foi que uma minoria dos alunos afirmou que denunciaria um caso suspeito ao Conselho Tutelar. Na UNIPÊ¹⁰, 78% dos acadêmicos informou saber como agir na detecção de maus-tratos infantis e dentre estes, 80,4% informou a necessidade da denúncia ao Conselho Tutelar e/ou órgãos competentes.

Do ponto de vista legal, existe legislação vigente no Brasil mais específica sobre o assunto. O Art. 136 do CPB³ relata: “expor a 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 cuidado indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina. Pena: detenção, de 2 (dois) meses a 1 (um) ano, ou multa; se do fato resultar lesão corporal de natureza grave: reclusão, de 1 (um) ano, a 4 (quatro) anos; se resultar em morte: reclusão, de 4 (quatro) a 12 (doze) anos”. No Art. 224, aumenta-se a pena em um terço se o crime for praticado contra pessoa menor de 14 (catorze) anos.

O Art. 227 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988¹⁸ diz: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.” No parágrafo 4º: “A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente”. O ECA¹⁷ dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Sendo os crimes definidos em seu estatuto uma ação pública incondicionada.

CONCLUSÃO

Uma grande parte dos acadêmicos de Odontologia mostrou um conhecimento deficiente sobre o assunto abordado, assim como sobre a conduta esperada pelo profissional diante da suspeita de maus-tratos infantis. Os alunos reconhecem a importância do tema e relataram querer obter mais informações em sua formação profissional.

As universidades devem trabalhar melhor o assunto em sala de aula para melhor preparar o futuro profissional. Devem instituir um ensino adequado para diagnosticar e conduzir os casos de maus-tratos de maneira adequada, tão importante na prática clínica do cirurgião-dentista.

ABSTRACT

Aim: This study aimed to evaluate the knowledge of dental students about child abuse. **Methods:** This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. The sample consisted of 100 students from the 5th to 9th semesters of the Dentistry course of the Federal University of Espírito Santo. Inclusion criteria included students duly enrolled in the second semester of 2010. Data were collected using a self-managed questionnaire, which had been previously validated, with open and closed questions relating to child abuse. A descriptive analysis was performed by absolute and relative frequency. **Results:** Although 74% of the students reported that the proper conduct of mistreatment of suspected cases is to file a report at the respective Tutelary Council or Police Station, a minority (4%) said it would denounce the suspect. Only 30% of dental students said that the head and neck region is the most affected in cases of child abuse. A total of 9.26% of the students said they would only be able to identify a case of maltreatment if the patient gave an account of his/her story. Most of the students (74%) said they had not received information about child abuse in the undergraduate program, while another 96% considers it important to receive this knowledge and 94% reported willingness to learn more on this topic. **Conclusion:** Most dental students showed a deficient knowledge about child abuse. It is necessary to better approach the subject during the academic background of the dentistry course, to best prepare a professional for proper conduct in suspected cases of child abuse.

Uniterms: Child abuse. Violence. Dentistry.

REFERÊNCIAS

1. 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; 8(2):153-9.
2. Costa MCO, Carvalho RC, Bárbara JFRS, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciênc Saúde Colet*. 2007; 12(5):1129-41.
3. Brasil. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. *Vade Mecum*. São Paulo: Saraiva; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência Intrafamiliar: Orientações para práticas em serviço*. Brasília-DF: MS; 2001.
5. Carvalho FMT, Araújo LN, Azevedo MLP, Colares V, Caraciolo GO. O conhecimento de estudantes de graduação em odontologia em relação ao abuso infantil. *Odontol Clín Cientif*. 2006; 5(3):207-10.
6. Massoni ACLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Ciênc Saude Colet*. 2010; 15(2):403-10.
7. Bohner LOL, Bohner TOL, Luca Canto GL. Maus tratos na infância e adolescência: protocolo de atendimento no consultório odontológico. *Rev Elet Gestão Educ Tecnologia Ambiental*. 2012; 6(6):1239-43.
8. Lima KA, Colares V, Cabral HM. Avaliação dos odontopediatras de Recife com relação ao abuso infantil. *Rev Odonto Ciênc*. 2005; 20(49): 231-5.
9. Serpa EM, Ramos AAS. Percepção dos maus tratos infantis pelos estudantes de Odontologia da UFPB. *Int J Dent*. 2011; 10(4):234-41.
10. Sousa GFP, Carvalho MMP, Granville-Garcia AF, Gomes MNC, Ferreira JMS. Conhecimento de acadêmicos em Odontologia sobre maus-tratos infantis. *Odonto*. 2012; 20(40):101-8.
11. Wacheski A, Lopes MGK, Paola APB, Valença P, Losso EM. O conhecimento do aluno de Odontologia sobre maus tratos na infância antes e após o recebimento de uma cartilha informativa. *Odonto*. 2012; 20(39):7-15.
12. Gomes LS, Pinto TCA, Costa EMMB; Ferreira JMS, Cavalcanti SDALB, Granville-Garcia AF. Percepção de acadêmicos de Odontologia sobre maus-tratos na infância. *Odontol Clín Cient*. 2011; 10(1):73-8.
13. Josgrillberg EB, Carvalho FG, Guimarães MS, Pansani CA. Maus-tratos em crianças: a percepção do aluno de Odontologia, Recife. *Odontol Clín Cientif*. 2008; 7(1):35-8.
14. Santos JF, Nunes KS, Cavalcanti AL, Silva EC. Maus-tratos infantis: conhecimento e atitudes de odontopediatras em Uberlândia e Araguari, Minas Gerais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2006; 6(3):273-9.
15. Moura DPS, Toledo OA, Bezerra ACB. Reconhecimento de crianças vítimas de maus-tratos – responsabilidade do odontopediatra. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2000; 3(14):318-22.
16. Cavalcanti AL, Valença AMG, Duarte RC. O odontopediatra diante de maus-tratos infantis – diagnóstico e conduta. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2000; 3(16):451-5.
17. Brasil. Diário Oficial da União. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília-DF, 16 de jul. 1990.
18. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília-DF: Senado Federal; 1988.