

O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado

Dentist and domestic violence: knowledge of professionals in the public and private sectors

Luciana Maria Ferreira Carvalho¹, Rodrigo Galo², Ricardo Henrique Alves da Silva³

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento do cirurgião-dentista frente à violência doméstica em crianças, mulheres e idosos, no município de Guaratinguetá, SP, Brasil. **Método:** Foram entregues questionários objetivos a 40 profissionais da rede de serviço público e 40 profissionais do setor privado, selecionados aleatoriamente, no município de Guaratinguetá. As respostas foram analisadas estatisticamente e submetidas ao teste do Qui-Quadrado ($p < 0,05$). **Resultados:** Não houve diferença estatisticamente significativa entre as repostas fornecidas pelos grupos de profissionais estudados. Verificou-se um baixo percentual de cirurgiões-dentistas que realizaram atendimento em crianças, mulheres e idosos vítimas de violência doméstica. **Conclusão:** Os profissionais analisados conhecem a importância do cirurgião-dentista no que se refere à violência doméstica, mas apresentam dificuldades na identificação e nos procedimentos frente à violência.

Palavras-chave: Violência Doméstica. Odontologia Legal. Conhecimento.

Introdução

Os maus-tratos atingem uma população que não se encontra em condições de se defender ou tomar atitudes para controlá-los e se enquadram nesta categoria as crianças, os idosos e as mulheres, que ficam à mercê da violência, sem possibilidade de defesa. Há

relatos da incidência de maus tratos cada vez mais frequentes em diversos países, mesmo naqueles considerados econômica e democraticamente desenvolvidos.¹ A violência doméstica é um problema atual na sociedade, ameaçando o bem-estar físico e mental de crianças, mulheres e idosos. Diante desse fato, é crescente o número de profissionais das mais diversas áreas,

1. Aluna de Graduação. Bolsista de Iniciação Científica. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP
2. Professor Doutor. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP
3. Professor Doutor – Odontologia Legal - Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP

CORRESPONDÊNCIA

Prof. Dr. Ricardo Henrique Alves da Silva
ricardohenrique@usp.br
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP.
Depto de Estomatologia, Saúde Coletiva e Odontologia Legal
Avenida do Café, s/n, Bairro Monte Alegre,
CEP: 14040-904. Ribeirão Preto, SP

Artigo recebido em 26/10/2012
Aprovado para publicação em 27/09/2013

bem como a sociedade em geral, que estão se mobilizando contra esse tipo de agressão.^{2,3} Os profissionais de saúde assumem uma posição estratégica na identificação de sinais físicos de violência, desde que se apresentem visíveis ou relatados durante o atendimento.

Contudo, os profissionais da saúde temem notificar situações suspeitas de maus-tratos por medo de perder os pacientes, falta de confiança no serviço de proteção, medo de lidar com os pais quando crianças estão envolvidas, incerteza do diagnóstico e desconhecimento da verdadeira responsabilidade em notificar.⁴ Alguns profissionais acreditam, ainda, que o sistema judiciário nada fará em relação ao caso e, portanto, a comunicação às autoridades competentes não traria nenhum resultado positivo.³

Uma parte da violência doméstica afeta a mulher, apontada como a principal vítima dentro do lar, sendo estimado que, em todo o mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de abuso durante a vida,⁵ constituindo-se a violência como questão sociocultural presente nos mais diversos níveis da sociedade.⁶ Assim como crianças e mulheres, os idosos também sofrem abusos, o que está diretamente relacionado com o aumento da vulnerabilidade, quando passam a exigir mais cuidados e dependência. Além das formas comuns de violência (física, sexual e psicológica), há o envolvimento do benefício financeiro pessoal do idoso.⁷ Em serviços de saúde, é preciso que profissionais, tanto os dedicados à atenção primária, como em setores de emergência e atenção secundária, estejam preparados para observação da violência nos sinais deixados pelas lesões e traumas,⁸ sendo capacitados ao enfrentamento do problema, respaldados na compreensão das relações sociais conflituosas.⁹

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais de Odontologia da rede pública e privada do município de Guaratinguetá, Brasil, sobre a identificação e procedimentos frente à violência doméstica contra crianças, mulheres e idosos.

Material e Método

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP/USP) com registro sob Processo nº 2009.1.339.58.0 (CAAE nº 0014.0.138.000-09).

Os indivíduos (n=80) que participaram da pesquisa foram selecionados por meio de sorteio a partir de listagem de profissionais cedidas pela Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (APCD), Regional Guaratinguetá, no caso da rede privada (n=40), e pela Secretaria Municipal de Saúde, no caso da rede pública (n=40), sendo que o número de profissionais selecionado foi calculado a partir de estudos estatísticos, baseados nas características, tamanho e grau de precisão da população a ser estudada. O cálculo envolveu o número de cirurgiões-dentistas que trabalham no município de Guaratinguetá, por meio da média populacional (μ), com nível de confiança de 95%.

Os dados foram coletados por meio de instrumento adaptado da ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências elaborado pelo Ministério da Saúde (Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes; 2009. Ministério da Saúde, Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília). Neste artigo foram analisados os itens: experiência do profissional em identificar violência doméstica em três níveis (criança, mulher e idoso), o comportamento profissional dos cirurgiões-dentistas frente a situações de violência doméstica em rede pública de atenção primária e na rede privada e o ensino de cursos de graduação quanto a violência doméstica.

Assim trata-se de um estudo descritivo em que foi utilizado um questionário estruturado, especificamente elaborado para este estudo, contendo questões fechadas sobre violência doméstica. A coleta de dados ocorreu mediante visita do pesquisador aos profissionais selecionados, conforme disponibilidade dos cirurgiões-dentistas, em que foi explicada a finalidade da pesquisa e solicitada a participação, bem como foram feitos os esclarecimentos quanto ao sigilo, anonimato e utilização dos dados coletados. Ocorrendo o aceite, o preenchimento do questionário foi feito pelo próprio sujeito da pesquisa e toda a entrevista foi realizada de maneira estruturada. Foram critérios de inclusão dos participantes do estudo: a) concordância, aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; b) tempo de experiência profissional de no mínimo um ano. Foram excluídos do estudo os profissionais que pertenciam, simultaneamente, a rede pública e privada. Todos os cirurgiões-dentistas contatados aceitaram participar do estudo.

O instrumento utilizado para coleta dos dados foi um questionário objetivo, com respostas de múlti-

pla escolha. Os dados foram analisados por meio de Estatística Descritiva, através de planilhas do programa Microsoft Excel 2003 e submetidos ao teste estatístico do Qui-quadrado, tendo adotado um nível de significância de 95% ($p \leq 0,05$).

Resultados

O questionário foi aplicado aos 40 profissionais da rede de serviço público (23 mulheres e 17 homens) e 40 do serviço privado (19 mulheres e 21 homens).

As respostas foram analisadas por meio do Teste do Qui-Quadrado para averiguar a correlação entre os cirurgiões-dentistas das redes pública e privada do município de Guaratinguetá-SP frente à violência doméstica. A análise foi realizada com o auxílio do software SPSS para Windows, versão 12.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre os profissionais da rede pública e da rede privada, demonstrando não haver diferença entre o nível de conhecimento dos diferentes grupos profissionais.

As Figuras 1 e 2 mostram o baixo percentual de profissionais de Odontologia da rede pública assim como da rede privada que já atenderam e/ou suspeitaram de crianças, mulheres e idosos que foram vítimas da violência doméstica, durante sua atuação pro-

fissional. O estudo apontou um menor identificação pelos cirurgiões-dentistas de violência doméstica a idoso na rede pública (5,0%), assim como na rede privada (0,05). A verificação de violência doméstica a mulher foi o que apresentou maior número de identificações, chegando a 36% na rede pública e 27% para a rede privada. A identificação de crianças maltratadas alcançou valores de 16% na rede pública e apenas 3% na rede privada. Contudo, ao verificar a porcentagem de suspeitas de violência, os valores aumentam. A suspeita de violência ao idoso passa de 0,0% na rede privada e 5,0% na rede pública para 3% e 10%, respectivamente. Para mulheres, o aumento não foi significativo, passando para 43% na avaliação dos cirurgiões-dentistas da rede pública e de 40% na rede privada. A maior variação ocorreu na suspeita de violência doméstica contra criança, em que os cirurgiões-dentistas da rede privada passaram de 3% de casos identificados para 17% de casos suspeitos. Dentre os sinais que conduziram a desconfiança dos profissionais entrevistados de que seu paciente é vítima da violência doméstica, os mais citados foram: escoriações e edemas na boca, marcas no punho ou nos joelhos, fraturas dentais, avulsão dental, arranhões nos braços, escoriações e edemas em outras partes do corpo (pernas, braços), perturbações psicológicas e queimaduras.

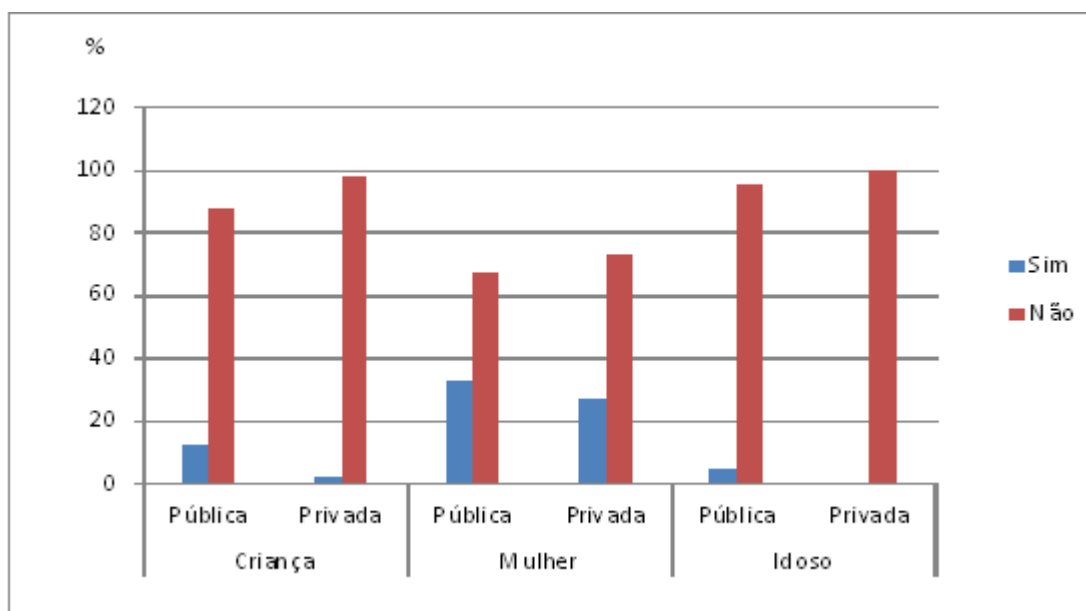


Figura 1: Percentual (%) de atendimento a crianças, mulheres e idosos vitimados pela violência doméstica, verificado por Cirurgiões-Dentistas (Rede Pública e Rede Privada), Guaratinguetá, 2010.

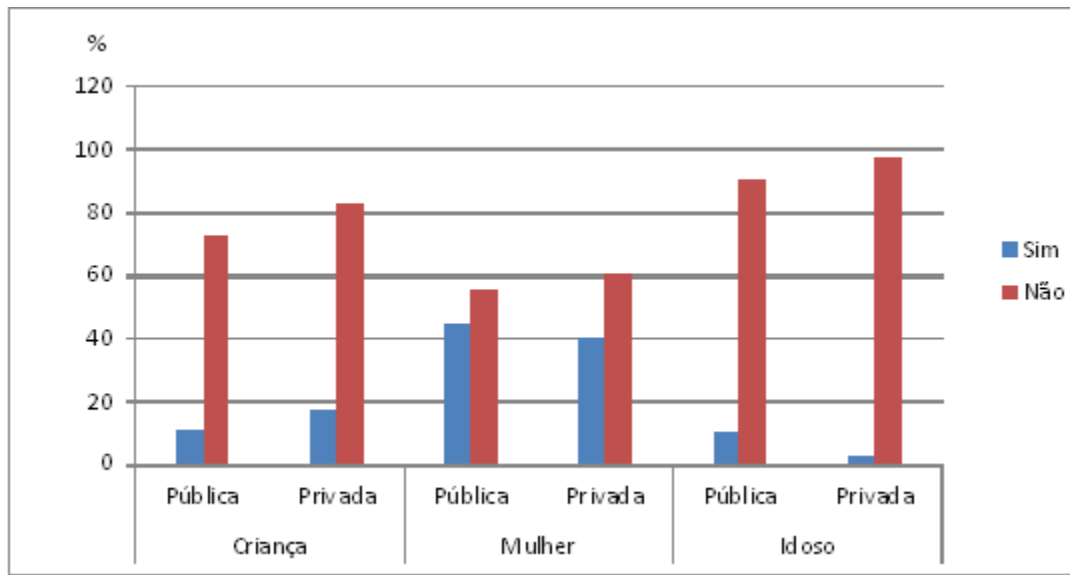


Figura 2: Percentual (%) de suspeita de crianças, mulheres e idosos vitimados pela violência doméstica, verificado por Cirurgiões-Dentistas (Rede Pública e Rede Privada), Guaratinguetá, 2010.

Com relação à atitude frente à identificação ou suspeita de violência doméstica, pode-se observar, na Figura 3, que boa parte dos profissionais comunicariam as autoridades competentes caso confirmassem casos de violência doméstica contra crianças (60% dos cirurgiões-dentistas da rede pública e 50% da rede privada), mulheres (40% dos profissionais da rede pública e 36% da rede privada) e idosos (60% dos

cirurgiões da rede pública e 70% da rede privada).

As Figuras 4 e 5 apresentam os resultados da experiência adquirida durante a graduação e/ou pós-graduação sobre o tema violência doméstica, em que a maioria dos entrevistados indica não ter recebido nenhuma informação sobre o assunto (Figura 4). E, nesse sentido, a maioria não se sente preparada para identificar os quadros de maus-tratos (Figura 5).

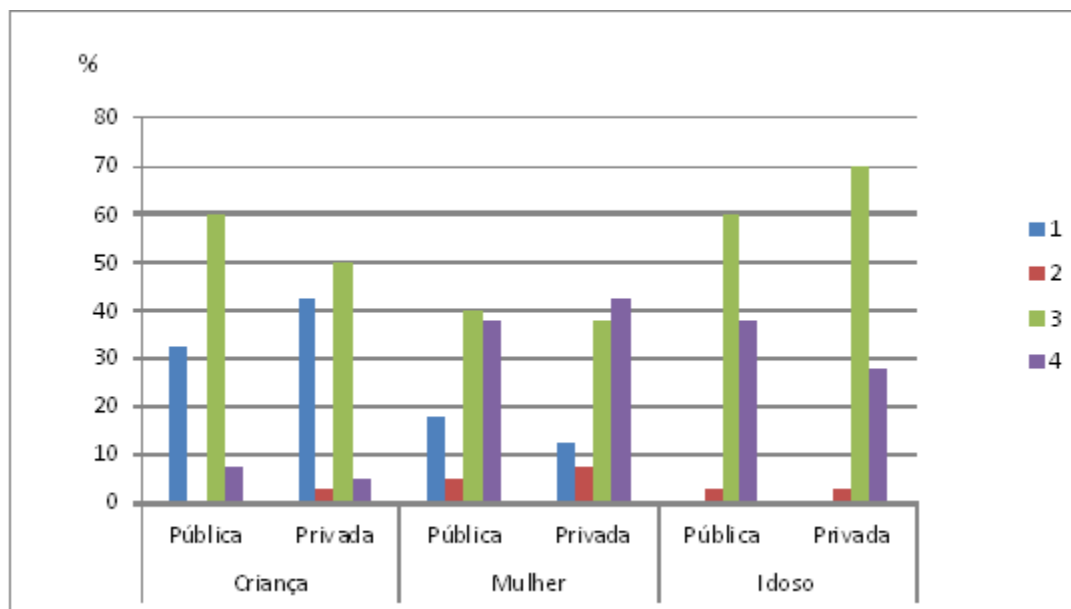


Figura 3: Conduta frente à confirmação de violência doméstica, Cirurgiões-Dentistas (Rede Pública e Rede Privada), Guaratinguetá, 2010. (1 – Conversar com pais ou responsáveis; 2 – Ignorar, já que o caso não lhe diz respeito; 3 – Comunicar os fatos as autoridades competentes; 4 – Outra atitude.)

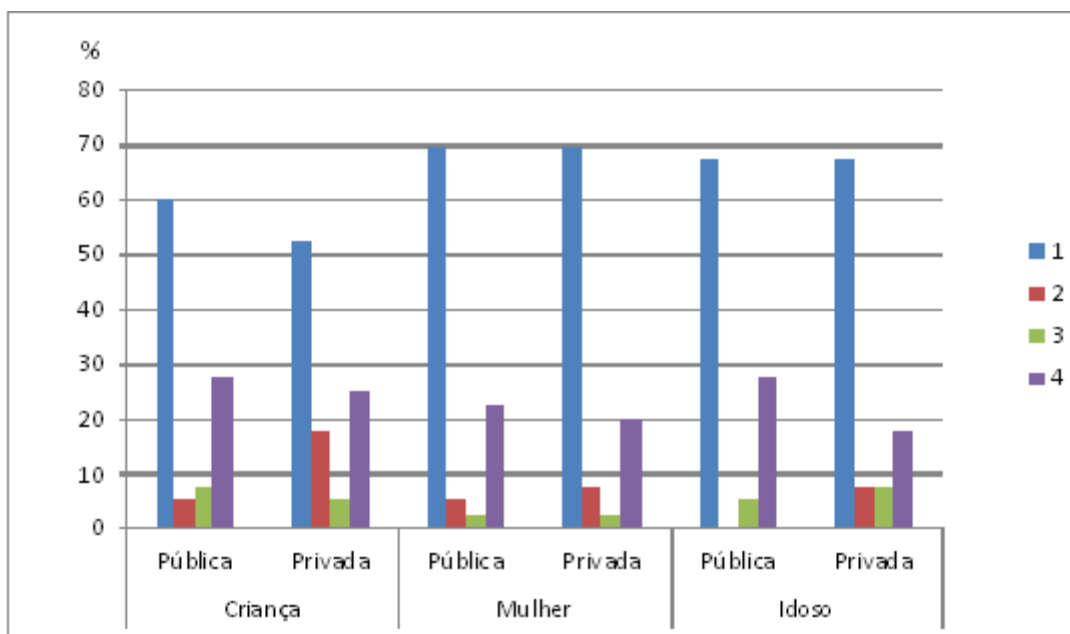


Figura 4: Orientação sobre violência doméstica em graduação e/ou pós-graduação, Cirurgiões-Dentistas (Rede Pública e Rede Privada), Guaratinguetá, 2010. (1 – Não foi oferecida nenhuma orientação ou aulas sobre o assunto; 2 – Fui orientado e participei de aulas sobre o assunto; 3 – Foi oferecida orientações, mas não me lembro a respeito; 4 – Não me lembro se foi oferecida alguma orientação sobre o assunto.)

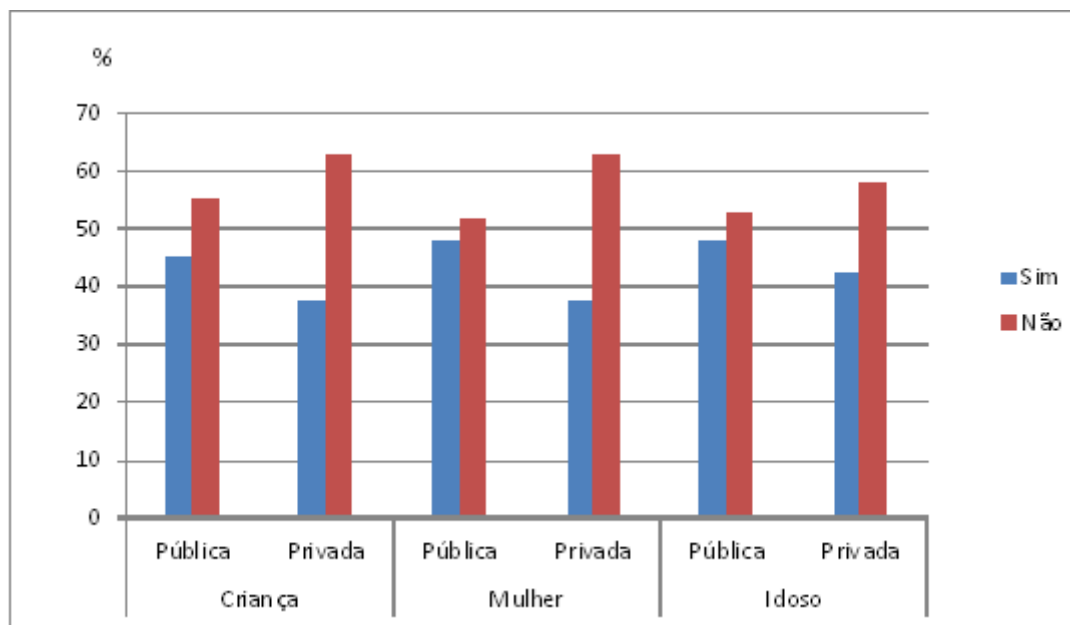


Figura 5: Capacitação para diagnóstico de sinais de violência doméstica, Cirurgiões-Dentistas (Rede Pública e Rede Privada), Guaratinguetá, 2010.

Discussão

A violência doméstica constitui uma questão complexa, uma vez que sua dinâmica e os fatores determinantes, assim como estratégias de prevenção efi-

cazes diferem acentuadamente em função da idade da vítima, do cenário em que a violência ocorre, e da relação entre vítima e autor da agressão. Atualmente, no Brasil, a prática da violência, principalmente da violência doméstica, vem sendo cada vez mais notifica-

da, o que promove um aumento na incidência de casos e apresenta-se associada a fatores socioeconômicos como problemas habitacionais, desemprego, má-distribuição de renda e a frustrações, dentre outros.¹⁰

Sendo assim, é importante que os profissionais de saúde realizem a notificação e a análise epidemiológica, divulgando os resultados para que se possa entender melhor os fatores envolvidos e orientar de forma científica as ações de prevenção. O conhecimento científico mostra que essas intervenções devem ocorrer o mais precocemente possível para prevenir potenciais prejuízos à saúde física e mental do indivíduo.

Os achados deste estudo demonstram que a violência pode ser encontrada tanto no ambiente de atendimento privado quanto no atendimento da rede pública de saúde, sendo que a violência atinge todas as camadas sociais e a denúncia ainda é feita por um percentual muito reduzido das vítimas.¹¹ Dentre as principais vítimas, as que procuram os serviços públicos de saúde são as que apresentam menos recursos externos, fato que pode justificar a percepção dos profissionais de saúde quanto a maior prevalência de violência nos níveis sociais mais baixos. Nas classes com melhores condições socioeconômicas, existe uma sub-representação nos dados de violência notificada em virtude da disponibilidade de recursos capazes de ocultar a violência doméstica.¹²

Os resultados aqui apresentados estão sujeitos a algumas limitações, sendo a principal delas a impossibilidade de generalização com a construção de taxas. Contudo, cabe assinalar que, apesar do número de casos encontrados, os dados coletados ainda devem estar subestimados com relação ao atendimento de pacientes vítimas de violência doméstica. Outro aspecto da generalização dos dados diz respeito à impossibilidade de fazer análises relacionando os casos com variáveis socioeconômicas e desigualdades, apontadas como fatores estruturais que podem favorecer a violência.

Dentre os dados obtidos neste estudo, as vítimas maltratadas podem ter sua saúde prejudicada tanto pelas lesões resultantes do espancamento, quanto por desenvolverem dores crônicas, depressão e baixa estima.⁴ Para Klevens¹³ (2001), a violência doméstica não só causa danos físicos e psicológicos, mas também implica riscos à saúde de seus filhos, já que a criança, ao presenciar a violência contra sua mãe poderá sofrer depressão, ansiedade e retardos em seu desenvolvimento.¹⁴

Por outro lado, a discussão do papel do setor saúde, neste caso do cirurgião-dentista, neste problema não é fácil ou consensual. Entende-se que a notificação dos casos suspeitos ou confirmados é hoje a principal forma de atuação do profissional, uma vez que inicia o processo de assistência e auxílio à criança e à família. Apesar da necessidade ser evidente, nota-se um despreparo geral dos profissionais que atendem essas pacientes, pois se limitam a cuidar das lesões físicas e ignoram a sua razão real, não registrando, muitas vezes, a situação de violência, mesmo quando declarada pela vítima.¹⁵ A capacitação de que precisam os profissionais de saúde não faz parte dos currículos da graduação e dos programas de pós-graduação nas universidades, deixando uma lacuna importantíssima na formação do estudante.¹⁶ Apenas 5% dos entrevistados da rede pública e 7,5% da rede privada foram orientados e/ou participaram de aulas sobre o tema violência doméstica contra a mulher, durante a graduação e/ou pós-graduação. Por outro lado, reconhece-se que existem dificuldades que se interpoem nesse caminho.

A notificação é uma forma de prevenção de possíveis recorrências de maus-tratos, haja vista que, em casos de crianças vítimas de maus-tratos em que não é realizada qualquer intervenção por meio de notificação ou terapias familiares, 5% são mortas e 35% sofrem agressões sérias novamente.^{17,18}

Os dados aqui apresentados revelam que alguns profissionais estão notificando a suspeita de maus-tratos, rompendo o silêncio. É importante salientar que estes profissionais se encontram em posição privilegiada para diagnosticar, notificar e encaminhar os casos aos serviços de referência pertinentes. Cavalcanti e Duarte¹⁹ (2004) puderam observar que o número de maus-tratos parece ser pequeno, pois reflete 8% do total, mas trata-se de uma covardia, pela falta de condições de defesa dos agredidos. De forma semelhante, Melo et al²⁰ (2003) verificaram um grande número de agressões físicas. A suspeita de maus-tratos deve fazer parte da rotina do exame e, desse modo, esses profissionais podem contribuir para interromper o ciclo da violência que compromete o futuro de muitos indivíduos. Frente a este tipo de situação, observamos que não existe uma conduta padrão por parte dos profissionais analisados caso haja confirmação de violência doméstica contra crianças, pois 60% dos profissionais da rede pública e 50% da rede privada comunicariam o fato à autoridade competente, mas são sabedores verdadeiramente a quem recorrer.

Por fim, a violência doméstica precisa ser vista sob, pelo menos, três parâmetros: demográfico, sócio-antropológico e epidemiológico. No primeiro caso, deve-se situar o recente interesse sobre o tema, vinculado ao acelerado crescimento nas proporções de idosos em quase todos os países do mundo. Esse fenômeno quantitativo repercute nas formas de visibilidade social desse grupo etário e na expressão de suas necessidades.²¹ Foi observado neste estudo que um maior número de cirurgiões-dentistas que foram orientados durante a graduação ou curso de pós-graduação a diagnosticar casos de violência doméstica com ênfase na saúde do idoso. Já na rede pública verificou-se que cirurgiões-dentistas possuem maior tempo de formação e que não receberam ou não se lembram de ter recebido alguma informação sobre como diagnosticar casos de violência doméstica contra o idoso.²²

Os sinais que levariam os profissionais que foram pesquisados a desconfiarem de que seu paciente é vítima de violência doméstica seriam as escoriações e edemas na boca, marcas no punho ou nos joelhos, fraturas dentais, avulsão dental, arranhões nos braços, escoriações e edemas em outras partes do corpo (pernas, braços), perturbações psicológicas e queimaduras. Em estudo de Cavalcanti²³ (2001), observa-se, dentre as principais lesões orofaciais: 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).

É perceptível, também, que muitos não receberam informações sobre o assunto durante a sua for-

mação profissional. Jaramillo e Uribe²⁴ (2001) afirmam que a maioria das disciplinas da saúde não contempla em seus currículos e programas de educação continuada a formação e os treinamentos dos aspectos relacionados à violência e, por isso, profissionais de saúde não estão preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas. Ainda, Silva²⁵ (2001) destaca que o cirurgião-dentista é o profissional que mais possibilidade tem de ter contato com esse tipo de paciente (adulto ou criança), já que 50% das lesões decorrentes de violência referem-se a traumas orofaciais, cabendo a este profissional diagnosticar, orientar e encaminhar pacientes em situação de violência aos serviços de assistência especializados.

Conclusão

Frente a alta incidência de violência doméstica, torna-se relevante não apenas estudos estatísticos e revisões bibliográficas, mas também trabalhos de campo, como estudo de questões. Assim, os resultados do presente estudo permitiram traçar um perfil geral das notificações dos profissionais pesquisados da rede pública e privada, mostrando a dificuldade no que se refere à identificação e aos procedimentos frente à violência doméstica contra crianças, mulheres e idosos. Dada a alta prevalência da violência nos dias atuais, recomenda-se que o diagnóstico de maus-tratos faça parte da rotina do exame. Além disso, o tema se tornará mais discutido entre os profissionais de saúde que atuam no atendimento ao paciente odontológico, a fim de conhecer a realidade de tais eventos e exercer uma coparticipação efetiva, na tentativa de diminuir esse importante agravo para a sociedade e para a saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the knowledge of dentists about domestic violence against children, women and elderly in the city of Guaratinguetá, SP, Brazil. **Methods:** Questionnaires with multiple choice questions were applied to 40 dental professionals of the public health sector and 40 dental professionals of the private sector, who were randomly selected in the city of Guaratinguetá, SP, Brazil. The collected data were statistically analysed by the Chi-Square test ($p < 0.05$). **Results:** There was no statistically significant difference between the analysed groups. A low percentage of dentists affirmed have already treated children, women and elderly victims of domestic violence. **Conclusion:** The dental professionals evaluated in this survey know the importance of the dentist related to domestic violence, but they present some difficulties in the identification of cases as well as on how to proceed when faced with domestic violence.

Keywords: Domestic Violence. Forensic Dentistry. Knowledge.

Referências Bibliográficas

1. Carvalho ACR, Garrido LC, Barros SG, Alves AC. Abuso e negligência: estudo na delegacia de repressão aos crimes contra a criança e o adolescente. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2001; 4:117-23.
2. Chaim LAF, Gonçalves JR. A responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista em relação à criança maltratada. *Rev. ABO Nac.* 2006; 14:19-24.
3. Cavalcanti AL, Valença AMG, Duarte RC. O odontopediatra diante de maus tratos infantis: diagnóstico e conduta. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2000; 3:451-5.
4. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2567-73.
5. Heise, L, Ellsberg, M, Gotemoeller, M. Ending violence against women. Baltimore Johns Hopkins University School of Public Health. 1999. (Population Reports Series L, 11).
6. Schmucl E, Schenker JG. Violence against women: The physician's role. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1998; 80:239-45.
7. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2003; 25(Supl 1):9-21.
8. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saude Publica.* 2003; 19:783-91.
9. Leal SMC, Lopes MJM. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o "olhar" da enfermagem. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10:419-31.
10. Daruge E, Chaim LAF, Gonçalves RJ. Criança maltratada e a odontologia – conduta, percepção e perspectivas – uma visão crítica [acessado 2010 out 14]. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=117>
11. Santos JF, Cavalcanti AL, Nunes KS, Silva EC. Primary identification of an abused child in dental office: A case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2007; 6:191-3.
12. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saude Publica.* 2005; 39:108-13.
13. Klevens J. Violência física contra la mujer en Santa Fe de Bogotá: prevalencia y factores sociales. *Rev Panam Salud Pública.* 2001; 9:78-83.
14. Scharaiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36:470-7.
15. Chaim LAF. Odontologia versus criança maltratada. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 1995; 49:142-4.
16. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública.* 2000; 16:129-37.
17. De-Lorenzi DRS, Pontalti L, Flech RM. Maus tratos na infância e adolescência: análise de 100 casos. *Rev Cient AMECS.* 2001; 10:1-6.
18. Jesse S.A. Child abuse and neglect: implications for the dental profession. *Tex Dent J.* 1999; 16:40-6.
19. Cavalcanti AL, Duarte RC. Perfil da criança e do adolescente vítimas de violência doméstica. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2004; 8:183-90.
20. De Melo REVA, Vitor CMA, Lins-e-Silva MB. Traumatismos faciais em crianças e adolescentes: estudo em 516 pacientes. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr.* 2003; 3:23-34.
21. Freitas, EV de, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan; 2006.
22. de Sousa DJ, White HJ, Soares LM, Nicolosi GT, Cintra FA, D'Elboux MJ. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2010; 13:321-8.
23. Cavalcanti AL. Abuso Infantil: protocolo de atendimento odontológico. *Rev Bras Odontol.* 2001;58:378-80.
24. Jaramillo DE, Uribe TM. Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas. *Invest Educ Enferm.* 2001; 19:38-45.
25. Silva MR. Avaliação da conduta cirurgião-dentista frente à violência doméstica contra crianças e adolescentes: violência física [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.