

UNILEÃO - CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO  
PÓS GRADUAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA

LOREM KRSNA DE MORAIS SOUSA  
DÉBORA RAQUEL ROUSSEOU BARROS DANTAS MACEDO

**CONHECIMENTO DO ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO EM  
ODONTOLOGIA QUANTO A IDENTIFICAÇÃO E  
NOTIFICAÇÃO DO ABUSO INFANTIL: UM ESTUDO  
TRANSVERSAL**

JUAZEIRO DO NORTE

2022

LOREM KRSNA DE MORAIS SOUSA  
DÉBORA RAQUEL ROUSSEOU BARROS DANTAS MACEDO

**CONHECIMENTO DO ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO EM  
ODONTOLOGIA QUANTO A IDENTIFICAÇÃO E  
NOTIFICAÇÃO DO ABUSO INFANTIL: UM ESTUDO  
TRANSVERSAL**

Monografia elaborada ao curso de especialização de Odontopediatria como pré-requisito para obtenção do título de especialista. Orientador(a): Profa. Ma. Maria Mariquinha Dantas Sampaio

JUAZEIRO DO NORTE

2022

LOREM KRSNA DE MORAIS SOUSA  
DÉBORA RAQUEL ROUSSEOU BARROS DANTAS MACEDO

**CONHECIMENTO DO ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
QUANTO A IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DO ABUSO INFANTIL: UM  
ESTUDO TRANSVERSAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de especialização de Odontopediatria como pré-requisito para obtenção do título de especialista.

Orientador(a): Ma. Maria Mariquinha Dantas Sampaio

Aprovado em 21/ 02 /2022

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.(a) Orientador – Ma. Maria Mariquinha Dantas Sampaio

---

Prof.(a) Examinador 1 – Dra. Evamiris Vasques De França Landim

---

Prof.(a) Examinador 2– Me. Eruska Maria De Alencar Tavares Norões

## RESUMO

O abuso infantil é atualmente responsável por mais danos físicos e psicológicos do que qualquer doença na infância. É mandatório ao profissional da saúde identificar, acolher e notificar suspeitas de abuso infantil. Como a maior parte das lesões físicas em situações de maus-tratos fica na região oro-facial, o cirurgião-dentista tem posição privilegiada na detecção destas lesões, porém, há uma subnotificação por parte destes profissionais. O objetivo deste trabalho foi verificar o conhecimento do estudante de graduação de odontologia na identificação e notificação dos casos de abuso infantil. Para isso, foi realizado um estudo transversal por meio de questionário online, aplicado a 115 ( $n=115$ ) estudantes de graduação de odontologia nos estágios infantil I e II. Foi encontrado que apesar de acreditar na importância do cirurgião-dentista na identificação e notificação de situações de abuso em crianças, os estudantes apresentaram conhecimento insuficiente de como fazer esse diagnóstico, assim como que atitude tomar quando identificarem essas suspeitas. Conclui-se a necessidade de um maior preparo e treinamento no currículo da graduação para a identificação de suspeitas de abuso, assim como proceder diante delas.

**Palavras-chave:** Abuso infantil. Odontologia. Manifestações orais.

## ABSTRACT

Child abuse is currently responsible for more physical and psychological damage than any childhood illness. It is mandatory for the health professional to identify and notify suspected child abuse cases. As most of the physical injuries in child abuse are in the orofacial region, the dentist has a privileged position to detect those injuries. However, there is underreporting by these professionals. The objective of this study was to verify the knowledge of undergraduate dental students in identifying and reporting cases of child abuse. For this, a cross-sectional study was carried out using an online questionnaire, applied to 115 ( $n=115$ ) undergraduate dentistry students. It was found that, despite believing in the importance of the dentist in the identification and reporting of child abuse situations, the students showed insufficient knowledge of how to identify those cases. Likewise, they didn't know how to proceed in face of a suspect child abuse case. It is concluded that there is a need for training in the undergraduate curriculum for the identification of suspected abuse, as well as how to notify those cases.

**Keywords:** Child abuse. Dentistry. Oral manifestations.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Percentual das respostas à pergunta: Acredita que sabe como detectar suspeitas de abuso em crianças durante o atendimento?.....16
- Figura 2** - Percentual das respostas à pergunta: Acredita que faz parte do papel do cirurgião-dentista a detecção e a notificação dessas suspeitas?..... 17
- Figura 3** – Percentual das respostas à pergunta: Tem segurança que após a graduação saberá identificar e notificar situação de abuso infantil?.....17

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características demográficas dos entrevistados.....	15
<b>Tabela 2</b> – P- valores do teste 2 .....	18

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo geral.....	11
2.2 Objetivos específicos.....	10
3 METODOLOGIA.....	12
4 RESULTADOS.....	15
5 DISCUSSÃO.....	19
6. CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
APÊNDICES.....	29



## 1 INTRODUÇÃO

O abuso infantil apresenta-se como um fenômeno global e prevalente, e é atualmente responsável por mais danos físicos e psicológicos do que qualquer doença na infância (HORSWELL & ISTFAN, 2012). Apesar de atingir diversos segmentos sociais, seu reconhecimento como crime só ocorreu em 1875, com sua primeira lei em ordem de prevenir e punir os maus-tratos contra crianças (CABRERA *et al.*, 2016). Esse reconhecimento ocorreu em grande parte pelas mudanças de valores ao longo do tempo, uma vez que abuso infantil e infanticídio fazem parte de um problema de longa data, mas só então ele passou a ser considerado um problema médico-social (MALHOTRA *et al.*, 2013).

Um pediatra americano, Caffey, foi o primeiro a reconhecer o abuso infantil como uma patologia social, mais tarde corroborado por Silverman (1953) e seguido por Henry Kemp que (SIGH & LEHL 2020), em 1961 publicou sobre a síndrome da criança maltratada, que consta da caracterização das manifestações clínicas do abuso físico em crianças. Em 1965 foi acrescentado como uma forma de abuso agressão emocional e negligência, e em 1969, a privação dos seus direitos e liberdade, e provocar danos emocionais que culmine em falhas em seu desenvolvimento (THE WORLD HEALTH REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH, 2002).

Assim, o abuso pode ser colocado em quatro categorias: (1) O abuso físico, refere-se a qualquer ação de ordem não acidental que cause, ou que tenha o potencial de causar danos físicos a criança; (2) O abuso sexual, define-se como o envolvimento infantil em qualquer atividade sexual em que a mesma não tem compreensão, a qual não pode consentir ou estar preparada devido ao seu desenvolvimento psíquico (MATHEWS *et al.*, 2016); (3) O abuso emocional se caracteriza pela falha do cuidador em prover um ambiente apropriado e de suporte a criança, o que inclui ações que tenham efeito adverso na saúde emocional assim como no desenvolvimento da criança (GILBERT *et al.*, 2009); e a (4) negligência, que trata-se da omissão dos direitos e necessidades básicas da criança por seus responsáveis (HARRIS *et al.*, 2016).

Destes, o abuso físico, sexual e negligência são os mais sujeitos a deixarem sinais clínicos aparentes, e assim podendo ser mais facilmente detectados e notificados. Ainda assim, apenas

no Brasil, nos últimos 5 anos foram registradas 34,918 mortes violentas intencionais em crianças e adolescentes no país, 1070 destas em crianças de até 9 anos de idade, 40% dessas mortes ocorrendo dentro de casa, com um aumento de 27% de mortes violentas na primeira infância em 2020 (UNICEF, 2021). Com esse número significativo, é importante ressaltar que ainda há um grande índice de subnotificações no que se refere a esses registros, e esse número na realidade pode ser bem maior devido ao diagnóstico errôneo nessas situações (COSTACURTA *et al.*, 2015; GUNGOR, 2018.).

Isso reflete também na subnotificação das situações de suspeitas de abuso em crianças. No Brasil, calcula-se que a cada caso detectado, 10 a 20 não são notificados, mesmo que a violência física sexual e negligência apresentem indicadores e manifestações clínicas visíveis (CABRERA *et al.*, 2016). A também que se ressaltar que determinadas estabelecimentos e ambientes são mais comuns de sinalizar, reconhecer e notificar situações de maus tratos, principalmente: os estabelecimentos de ensino, autoridades policiais, serviços sociais e os estabelecimentos de saúde (CABRERA *et al.*, 2016; GILBERT *et al.*, 2009). No ano de 2020, por exemplo, período de isolamento social devido à pandemia do COVID-19, houve uma queda no número de ocorrências de notificações de abuso sexual em crianças no Brasil, em diversos estados (UNICEF, 2021), porém, nesse panorama é importante observar que as crianças estavam impossibilitadas de frequentar a escola, portanto muitos casos deixaram de ser notificados.

Os profissionais da área da saúde se encontram em posição de privilégio para a detecção desses casos, especialmente os cirurgiões-dentistas, uma vez que a área da cabeça e pescoço é uma das regiões alvo na maioria dos casos de abuso físico em crianças, com 50-70% das lesões situadas na região do rosto, cabeça e boca. (FREDRIKSEN *et al.*, 2020; MALHOTRA *et al.*, 2013; MEAAD *et al.*, 2016). Isso ocorre por essas regiões serem as áreas mais expostas e acessíveis, e de grande significância em nutrição e comunicação (AL-DABAAN *et al.*, 2014). Da mesma forma, a cavidade oral é um sítio frequente para o abuso sexual, onde infecções pelo papilomavírus humano por meio de atos sexuais orais podem resultar em verrugas orais e periorais e lesões inexplicadas ou petéquia no palato, particularmente na junção do palato duro e mole (IVANOFF & HOTELL, 2013).

Considerando também a inabilidade da criança em reportar incidentes de violência para as autoridades (AL-AMAD *et al.*, 2016) e que em situações em que responsável pela vítima é também seu agressor seja comum que este evite levar a criança ao médico, mas não tem o mesmo cuidado quando ao dentista (CRESPO *et al.*, 2011), esse profissional tem um importante papel na detecção e notificação desses casos. É mandatório ao cirurgião-dentista diagnosticar os sinais de maus-tratos em crianças, conduzir o atendimento necessário às mesmas e notificar as autoridades competentes sobre a suspeita (CABRERA *et al.*, 2016; GARBIN *et al.*, 2015; MEAD *et al.*, 2016).

É importante, portanto, que esses profissionais tenham um preparo para detecção dessas suspeitas, assim como ter conhecimento dos meios de notificar essas situações. Diante disso, este trabalho objetivou, por meio de um estudo transversal, verificar o conhecimento dos estudantes de graduação dos estágios de odontopediatria de uma instituição particular na identificação e notificação em casos de abuso infantil.

## 2 OBJETIVOS

**2.1. Objetivo geral:** Identificar qual o conhecimento dos estudantes de graduação de odontologia sobre o papel do cirurgião-dentista na identificação e notificação dos casos de abuso infantil.

**2.2. Objetivos específicos:**

Aplicar questionário que aponte se o estudante de graduação em odontologia entende seu papel na identificação dos casos de maus-tratos infantis.

Identificar o conhecimento destes na detecção dessas suspeitas clinicamente.

Apontar por meio de questionário o conhecimento destes estudantes sobre como ocorre a notificação da suspeita de abuso em crianças.

### **3 METODOLOGIA**

#### *3.1 Caracterização da pesquisa*

Essa pesquisa tratou-se de um estudo transversal, experimental e qualitativo, onde foi aplicado um questionário online a estudantes de graduação dos estágios supervisionados em clínica infantil 1 e 2.

#### *3.2 Instrumento da pesquisa*

O instrumento da pesquisa constituiu-se de questionário online por meio do Google forms, com 10 questões objetivas e subjetivas sobre o conhecimento a cerca da detecção e encaminhamento de casos de abuso infantil, seja eles físico, sexual ou negligência (Apêndice). Junto ao formulário foi também enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ao que era necessário entrar em acordo antes de proceder com o formulário em si.

#### *3.3. População da amostra*

A população da amostra foram os estudantes de graduação dos estágios supervisionados em clínica infantil 1 e 2 do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio.

#### *3.4 Critérios de inclusão e exclusão e procedimentos da pesquisa*

Os critérios de inclusão da pesquisa foram alunos que estivessem cursando as disciplinas de estágio infantil I ou II no período do primeiro semestre de 2020. O número de estudantes os quais aplicavam os critérios de inclusão era de 150 ( $n=150$ ), os quais foram enviados os questionários, junto a um lembrete eletrônico dias depois.

Após retorno, foram excluídos questionários com informações incompletas ou que não tivessem aceitado o termo de consentimento. Foi obtido uma resposta de aproximadamente 77% ( $n=115$ ). Após avaliação e aplicação dos critérios de exclusão, essa constituiu a amostra final do estudo.

#### *3.5 Aspectos éticos*

O projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética (Protocolo 26611119700005048). As respostas foram anônimas, em prol de minimizar os riscos de constrangimento durante a coleta de informações ou sobre os dados coletados. Esse método atende assim as orientações da resolução 466/12 do conselho nacional de saúde, que enfatiza o anonimato do investigado e o resguardo da instituição em que os mesmos serão armazenados.

### *3.6. Hipóteses do estudo*

Estimou-se que, diante da subnotificação destes casos após formação, os estudantes durante a graduação teriam pouco conhecimento em seu papel diante da identificação em casos de abuso em crianças, na identificação das mesmas, assim como o caminho das notificações necessárias quando se depara com estas situações.

Ainda, uma das hipóteses a serem testadas foi que haveria uma relação entre idade e sexo dos participantes e as respostas dadas no questionário.

### *3.7 Análise de dados*

Com os dados coletados, foi construído um banco de dados no Software Microsoft Office Excel 2010. A partir da planilha, com a linguagem de programação Python, foi realizada uma análise descritiva dos dados, seguida do teste  $\chi^2$ , para que se verificasse as diferenças estatísticas da amostra, em prol da hipótese testada. Os resultados a partir dessa análise foram transformados em gráficos e tabelas, para permitir melhor visualização dos dados.

## 4 RESULTADOS

Dos participantes da pesquisa, as mulheres constituíram a maior amostra, onde 66,1% foram do sexo feminino e 33,9% do sexo masculino (Tabela 1). De acordo com a faixa etária (Figura 3), a grande maioria da amostra constituiu-se de pessoas com menos de 25 anos (68,7%), seguida por participantes entre 25 e 29 anos (28,7%) e 30 anos ou mais (2,6%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características demográficas dos entrevistados (n=115)

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<b>Idade</b>		
<25	77	68,70%
25 à 29	35	28,70%
30 ou mais	3	2,60%
<b>Sexo</b>		
Masculino	39	33,9
Feminino	76	66,1

No que diz respeito às perguntas objetivas, quando questionados se *já se deparou com algum caso de suspeita de abuso infantil durante o estágio*, 90,6 % responderam que não e 9,4% responderam que sim. Destes últimos, quando questionados *qual tipo de abuso se depararam*, 50% apontaram abuso físico e 50% apontaram negligência.

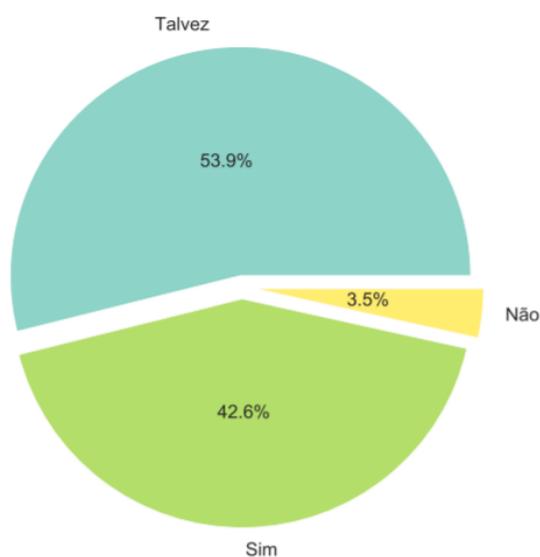
Quando questionados *quais tipos de manifestações orais foram encontradas* nesses casos, as respostas foram laceração de tecidos moles, corte no lábio inferior e múltiplas lesões de cárie avançada. Além das manifestações, outros sinais foram observados, tais como o medo que o paciente sentia quanto ao toque e aproximação de outra pessoa, higiene bucal prejudicada e relatos de falta de orientação de higiene por familiares. Além disso, se observou relação paciente/responsável no decorrer da consulta: *“Não notei, nem um sinal de agressão física, mas notei o jeito truculento que o pai segurou o rosto da filha de 12 anos de forma brusca na hora do atendimento.”*

Quando questionados *se acreditam que sabem como detectar suspeitas de abuso em crianças durante atendimento*, 42,6% responderam que sim, 53,9% responderam talvez e 3,5% responderam que não saberiam (Figura 1); Porém, 85% afirmaram já terem ficado em dúvida se

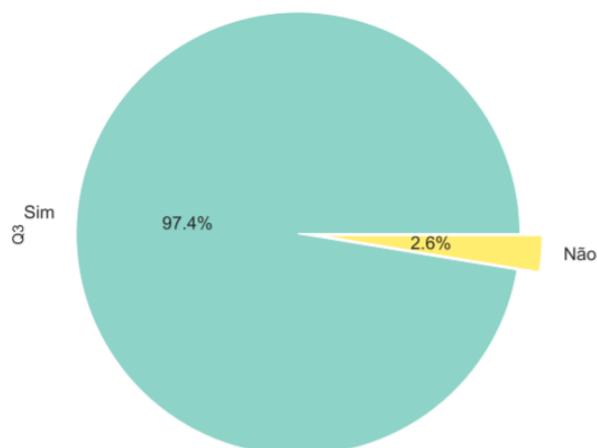
se depararam ou não com uma situação de maus-tratos durante o atendimento. Nessa situação, 60.9% notificaram a um professor, 26.1% não fizeram nada e 13% falaram com um responsável.

Quando questionados a razão de não terem feito nada, as respostas variaram com incerteza de como lidar com a situação, insegurança por estar no início do curso, receio de criar um ambiente de estresse para o paciente e falta de iniciativa.

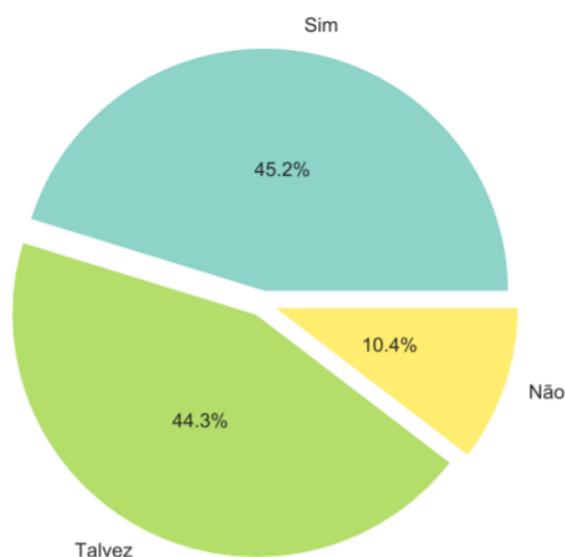
*Se acreditam que faz parte do papel do cirurgião-dentista a detecção e notificação dessas suspeitas*, a grande maioria (97.4%) responderam que sim (Figura 2), porém, quando questionado se acreditam que a graduação os prepara para detectar essas suspeitas, a resposta foi variada, com 50.4% dizendo que a graduação não os prepara e 49.6% acreditando que sim. Da mesma forma, questionados se tem segurança que após a graduação saberiam identificar e notificar situação de abuso infantil, as respostas foram variadas: 45.2% responderam que sim, 44.3% que talvez e 10.4% responderam que não (Figura 3).



**Figura 1 - Percentual das respostas à pergunta: Acredita que sabe como detectar suspeitas de abuso em crianças durante o atendimento?**



**Figura 2 - Percentual das respostas à pergunta: Acredita que faz parte do papel do cirurgião-dentista a detecção e a notificação dessas suspeitas?**



**Figura 3 - Percentual das respostas à pergunta: Tem segurança que após a graduação saberá identificar e notificar situação de abuso infantil?**

Foi testada a hipótese se existiria uma relação entre idade e sexo com as respostas dadas e se sim, como sexo e idade poderiam ter influenciado essas respostas. A Tabela 2, abaixo, apresenta os p-valor do teste de hipótese  $\chi^2$ , relacionado idade e sexo com as respostas de cada pergunta. Onde Q1, Q2, Q3, Q4, Q5 e Q6 se referem as perguntas: Q1 - Já se deparou com

algum caso de suspeita de abuso infantil durante o estágio? Q2- Acredita que sabe como detectar suspeitas de abuso em crianças durante atendimento? Q3- Acredita que faz parte do papel do cirurgião-dentista a detecção e a notificação dessas suspeitas? Q4- Já ficou em dúvida se deparou-se ou não com uma situação de maus-tratos infantis durante atendimento? Q5-Acredita que a graduação o prepara para detectar e notificar essas situações adequadamente? Q6- Tem segurança que após a graduação saberá identificar e notificar situação de abuso infantil?

A hipótese nula do teste supõe independência entre as variáveis. Considerando um intervalo de confiança de 95%, valores abaixo de 0.05 na Tabela 2 são evidência contra a hipótese nula. De acordo com a Tabela 2, há evidências de uma possível relação entre a idade dos participantes e as respostas dadas para Q2 ( $P=0.007$ ). Por outro lado, não temos evidências fortes para afirmar que o mesmo se aplica ao sexo ( $p=0.423$ ). No que se refere à Q5, ocorre o oposto, onde foi encontrada uma relação entre sexo e as respostas dadas ( $p=0.0000002$ , o valor sendo então aproximado para  $p=0.000$ ), mas não a idade ( $p=0.497$ ).

**Tabela 2-** p-valores do teste  $\chi^2$

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
Idade	0.025	0.007	0.496	0.300	0.497	0.426
Gênero	0.877	0.423	0.523	0.617	0.000	0.399

**Valor-p<0.05:** Idade x Q2; Sexo X Q5. Em Sexo x Q5 o valor encontrado foi aproximado para zero pelo software utilizado devido ao número de casas decimais.

## 5 DISCUSSÃO

Esse trabalho procurou analisar o conhecimento, atitudes e experiências dos estudantes de graduação de odontologia na identificação e notificação de casos de maus-tratos em criança dentro do estágio de odontopediatria.

Dos estudantes de graduação entrevistados, a grande maioria afirmou acreditar que faz parte do dever do cirurgião-dentista detectar e notificar os casos de abuso infantil durante a prática clínica, porém mais da metade afirmou que não acredita que a graduação os prepara para tal tarefa, assim como não apresentaram segurança se conseguiriam identificar as situações. Esses achados são corroborados por Hashim *et al.* (2013), onde encontraram que estudantes da graduação de odontologia tem pouco conhecimento em como identificar casos de abuso, mas acreditam que é seu dever notificar essas situações.

Jordan *et al.* (2012) em seu estudo também encontraram que metade dos entrevistados afirmaram não terem tido informações suficientes sobre notificação e identificação de abuso durante a graduação. Apesar disso, Meaad *et al.* (2016) encontraram em seu estudo sobre os conhecimentos de dentistas sobre identificação e notificação de abusos em criança, que a maioria dos participantes afirma que a principal fonte de conhecimento sobre o assunto partiu da graduação.

Esses achados apontam para uma necessidade maior de treinamentos dentro da graduação para a identificação desses casos, fato já apontado em diferentes trabalhos, como Uldum *et al.* (2017), onde observaram que o treinamento dos profissionais sobre o tópico aumenta a ocorrência de notificações; No mesmo estudo é apontado a necessidade de treinamento também para estudantes da graduação. Malhotra *et al.* (2013) também observaram que o aumento de notificações entre esses profissionais pode ocorrer se estes forem educados sobre o assunto e seu compromisso com essas denúncias, onde se observou que dentistas educados sobre os sinais de abuso apresentaram 5 vezes mais chances de reportar uma suspeita. Meaad *et al.* (2016) também concluíram a necessidade desse treinamento iniciar já dentro das universidades, porém afirmou que deve ser continuado após a graduação para ser mais efetivo.

Essa necessidade de treinamento sobre a identificação e notificação também se reflete também no fato que uma grande parte dos entrevistados (85%) ficaram em dúvida se depararam ou não com um caso de abuso infantil, e destes apenas 60.9% notificaram ao professor responsável,

uma parte não notificando a suspeita. Dos estudantes que não fizeram nada (26.1 %), dentre as razões apresentadas foram incerteza de como lidar com a situação, insegurança, falta de iniciativa e receio de criar uma situação de estresse. Respostas semelhantes foram encontradas por profissionais na justificativa de falha de notificação de suspeitas (AL-MAD *et al.*, 2016; FREDRIKSEN *et al.*, 2020; KVIST *et al.*, 2018; MALHOTRA *et al.*, 2013; ULDUM *et al.*, 2017), onde se atribuiu a falha de notificar à dificuldade de diagnóstico e de como fazer a notificação, receio de interrupção da relação dentista/paciente e a indiferença.

A incerteza de como lidar com a situação é uma justificativa comum durante e após a graduação para a falha de realização desta denúncias por estes profissionais (AL-DABAAN *et al.*, 2014; ALL-MAD *et al.*, 2016; CUKOVIC-BAGIC *et al.*, 2015; VAN-DAM *et al.*, 2015). Isso ocorre, em parte, porque apesar de a denúncia ser mandatória, a legislação não dispõe atualmente de uma boa orientação aos profissionais da saúde de como realizar essa notificação (GARBIN *et al.*, 2015). Essa realidade também foi encontrada no estudo de Azevedo *et al.* (2012), sobre as experiências de dentistas do Sul do Brasil na identificação e notificação desses casos, onde se observou que muitos profissionais se mostraram capazes de detectar as situações de abuso, mas 76% deles nunca os notificaram, em parte por não saber como proceder.

Na falha em notificar ao professor responsável, alguns dos entrevistados também optaram por falar diretamente com o responsável pelo paciente. Isso é especialmente preocupante quando se considera que frequentemente o responsável pela agressão é quem leva a criança ao consultório (AL-DABAAN *et al.*, 2014), por isso é importante analisar a relação dos dois durante a consulta (MALHOTRA *et al.*, 2013). Por exemplo, quando a criança é questionada, geralmente o guardião a interrompe para dar as respostas, e impede a comunicação entre o profissional e o paciente (CABRERA *et al.*, 2016). Fato que se observa entre um dos entrevistados nesse trabalho, que afirmaram ter se deparado com casos de maus-tratos, em que a relação paciente/responsável presenciada durante o atendimento foi o que indicou a situação de abuso. Ainda, dos participantes que afirmaram ter se deparado com uma situação de maus-tratos (9,4%), quando questionados qual tipo de abuso se depararam, 50% apontaram abuso físico e 50% apontaram negligência. Quando questionados quais tipos de manifestações orais foram encontradas, as respostas foram laceração de tecidos moles, corte no lábio inferior e múltiplas lesões de cárie avançada. Sinais como o medo que o paciente sentia quanto ao toque e

aproximação de outra pessoa, higiene bucal prejudicada e relatos de falta de orientação de higiene por familiares também foram observados.

Essas manifestações são corroboradas por diversos autores; dentre estes, Horswell e Istfan (2012), Al-Mad *et al.* (2016), Dalledone *et al.* (2015) afirmaram que a região dos lábios é a área mais comum de injúrias, seguida da mucosa oral, dentes, gengiva e língua. Nos lábios, se observou a presença de escoriações e equimoses, queimaduras, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e lesões no canto dos lábios em diferentes graus de cicatrização; Na mucosa oral e gengiva, abrasões, lacerações e queimaduras, e sinais DSTs, como gonorreia, sífilis e infecções pelo papilomavírus; Na língua sinais de mordidas, queimaduras e DSTs; No palato queimaduras e lesões inexplicáveis ou petéquias, particularmente na junção do palato duro e mole; Nos dentes luxação, fraturas, avulsões e sinais de necrose. Podem ainda estar presentes fraturas nos ossos da face, principalmente na região anterior da mandíbula. (CRESPO *et al.*, 2011; DALLEDONE *et al.*, 2015; GARROCHO-RANGEL *et al.*, 2015; HORSWELL *et al.*, 2012; MATHUR *et al.*, 2013; VITIELLO *et al.*, 2012)

Lesões de cáries extensas e em diversos elementos dentários, presença de aftas causadas por falha na nutrição, diversos abscessos, doença periodontal e em geral saúde bucal precária acompanhada de pobre higiene geral, como a presença de alopecia, podem indicar negligência (CRESPO *et al.*, 2011; MALHOTRA *et al.*, 2013). Nisso, é importante a distinção entre negligência e as circunstâncias socioeconômicas envolvidas, e para tanto estar atento à informação verbal e não verbal do paciente e acompanhante, incluindo a análise da ficha clínica e uma anamnese cuidadosa. (CUKOVIC-BAGIC *et al.*, 2015).

Algumas das características que podem ser observadas nesses pacientes ao chegarem no consultório podem servir como indicadores, por exemplo, a criança se mostra muitas vezes assustada, vigilante aos seus arredores, não sorri de forma espontânea e tem dificuldade em estabelecer contato visual (CABRERA *et al.*, 2016). A criança pode se mostrar agressiva ou arredia, com sinais de ansiedade como sucção de dedos, roer unhas e bruxismo (CRESPO *et al.*, 2011). O corpo não condiz com a idade cronológica, e pode haver sinais de desnutrição, alterações na forma de caminhar e dificuldade de subir na cadeira odontológica, com sinais de dor ao se mover (CABRERA *et al.*, 2016).

Na ficha clínica, observa-se o histórico pré-natal. Se houve planejamento na gravidez, se há histórico de cuidados de saúde anteriores. Sobre o histórico familiar, se há disfunção familiar, alcoolismo e uso de drogas entre familiares, e acesso a instalações de saúde (CRESPO *et al.*, 2011). Malhotra *et al.* (2013) observaram que os fatores mencionados são fatores de risco para o abuso infantil, e portanto precisam ser analisados.

Foi observado no estudo uma associação entre idade e a afirmação se os estudantes se achavam capazes de detectar casos de abuso infantil na clínica, onde estudantes mais velhos apontaram maior segurança nessa detecção ( $p=0.007$ ). Isso pode se refletir na experiência pessoal do aluno, onde pessoas mais velhas podem se sentir mais confiantes para observar e detectar situações de abuso que possam vir a se deparar dentro do estágio.

Quanto se acreditavam que a graduação os prepara para detectar e notificar essa situação, foi observada uma relação entre os sexos, em que os homens entrevistados apontam mais para uma negativa a essa pergunta, associação semelhante foram corroboradas em outros trabalhos, novamente afirmando o que já mencionado sobre a necessidade vista pelos estudantes sobre um melhor treinamento para os casos durante a graduação (IVANOFF & HOTELL, 2013; JORDAN *et al.*, 2012; MEAAD *et al.*, 2016).

Em razão de ter utilizado uma amostra restrita a um determinado período, tratando-se das turmas do primeiro semestre do ano 2020, assim como não ter feito distinção entre os dois estágios, esse estudo apresenta suas limitações. Esses fatos devem ser considerados para estudos futuros.

## 6 CONCLUSÃO

Esse trabalho mostrou que apesar de entenderem o papel do cirurgião-dentista na notificação dos casos de maus-tratos em crianças, os estudantes de graduação têm conhecimento insuficiente sobre como identificar e notificar situações de abuso; A falha em notificar as situações de abuso encontradas decorreram principalmente da incerteza do diagnóstico e de como lidar com a situação. Ainda, foi encontrada uma associação de sexo e idade dos estudantes entre os que acreditam que sabem identificar as situações de abuso infantil e se acham que a faculdade os prepara para tal.

Dos casos de abuso detectados pelos estudantes, situações de violência física e negligência foram observadas, com manifestações físicas e comportamentais do paciente e responsável guiando o diagnóstico.

Diante desses achados, se aponta a necessidade do treinamento na graduação tanto para detecção dos sinais de abuso quanto em como proceder diante dessas situações. A implementação desse treinamento no currículo da graduação pode ser um passo para um aumento da segurança do diagnóstico de casos de abuso infantil, e assim da notificação de suas suspeitas por parte desses profissionais quando formados.

## REFERÊNCIAS

AL-AMAD, S. H.; AWAD, M. A.; AL-FARSI, L. H.; ELKHALED, R. H. Reporting child abuse cases by dentists working in the United Arab Emirates (UAE). **Journal of forensic and legal medicine**, vol. 40, p. 12–15, 2016. DOI 10.1016/j.jflm.2016.01.033. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2016.01.033>.

AL-DABAAN, R.; NEWTON, J. T.; ASIMAKOPOULOU, K. Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect. **The Saudi dental journal**, vol. 26, no. 3, p. 79–87, 2014. DOI 10.1016/j.sdentj.2014.03.008. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sdentj.2014.03.008>.

AZEVEDO, M.S. *et al.* Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. **Brazilian oral research**, vol. 26, no. 1, p. 5–11, 2012. DOI 10.1590/s180683242012000100002. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-83242012000100002>.

BJØRKNES, R.; IVERSEN, A. C.; NORDREHAUG ÅSTRØM, A.; VAKSDAL BRATTABØ, I. Why are they reluctant to report? A study of the barriers to reporting to child welfare services among public dental healthcare personnel. **Health & social care in the community**, vol. 27, no. 4, p. 871–879, 2019. DOI 10.1111/hsc.12703. Available at: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12703>.

BRATTABØ, I. V.; BJØRKNES, ; ÅSTRØM, A. N. Reasons for reported suspicion of child maltreatment and responses from the child welfare - a cross-sectional study of Norwegian public dental health personnel. **BMC oral health**, vol. 18, no. 1, 2018. DOI 10.1186/s12903-018-0490-x. Available at: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-018-0490-x>.

CABRERA, M.; LAGUNA, B.; DE LA TEJA ÁNGELES, F.; RODRÍGUEZ, T. Battered child syndrome with stomatological repercussions. **Revista Odontológica**, vol. 20, no. 1, p. 96–104, 2016.

COSTACURTA, M.; BENAVALI, D.; ARCUDI, G.; DOCIMO, R. Oral and dental signs of child abuse and neglect. **Oral & implantology**, vol. 8, no. 2–3, p. 68–73, 2015. DOI 10.11138/orl/2015.8.2.068. Available at: <http://dx.doi.org/10.11138/orl/2015.8.2.068>.

CRESPO, M.; ANDRADE, D.; ALVES, A.; MAGALHÃES, T. O papel do médico dentista no Diagnóstico e Sinalização do Abuso de Crianças. **Acta Medica Portuguesa**, vol. 24, p. 939–948, 2011.

CUKOVIC-BAGIC, I. *et al.* Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect. **International journal of paediatric dentistry**, vol. 25, no. 6, p. 444–450, 2015. DOI 10.1111/ipd.12151. Available at: <http://dx.doi.org/10.1111/ipd.12151>.

CUKOVIC-BAGIC, I. *et al.* Child protection: legal and ethical obligation regarding the report of child abuse in four different countries. **The journal of forensic odonto-stomatology**, vol. 31, no. 1, p. 15–21, 2013.

DALLEDONE, M. *et al.* Child abuse: perception and knowledge by Public Health Dentistry teams in Brazil. **Brazilian journal of oral sciences**, vol. 14, no. 3, p. 224–229, 2015. DOI 10.1590/1677-3225v14n3a10. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/1677-3225v14n3a10>.

FREDRIKSEN, T. V.; SØFTESTAD, S.; KRANSTAD, V.; WILLUMSEN, T. Preparing for attack and recovering from battle: Understanding child sexual abuse survivors' experiences of dental treatment. **Community dentistry and oral epidemiology**, vol. 48, no. 4, p. 317–327, 2020. DOI 10.1111/cdoe.12536. Available at: <http://dx.doi.org/10.1111/cdoe.12536>.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. 2021. [S. l.: s. n.], 2021. p. 1–56.

GARBIN, C. A. S.; DIAS, I. A.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. I.. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & saúde coletiva**, vol. 20, no. 6, p. 1879–1890, 2015. DOI 10.1590/1413-81232015206.13442014. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>.

GARROCHO-RANGEL, A.; MÁRQUEZ-PRECIADO, R.; OLGUÍN-VIVAR, A. I.; RUIZ-RODRÍGUEZ, S.; POZOS-GUILLÉN, A.. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. **Journal of clinical and experimental dentistry**, vol. 7, no. 3, p. e428-34, 2015. DOI 10.4317/jced.52301. Available at: <http://dx.doi.org/10.4317/jced.52301>.

GILBERT, R. *et al.* Recognising and responding to child maltreatment. **Lancet**, vol. 373, no. 9658, p. 167–180, 2009. DOI 10.1016/s0140-6736(08)61707-9. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61707-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61707-9).

GÜNGÖR, H. C. Hidden behind dental trauma: Child physical abuse? **Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada**, vol. 18, no. 1, p. 1–3, 2018. DOI 10.4034/pboci.2018.181.ed2. Available at: <http://dx.doi.org/10.4034/pboci.2018.181.ed2>.

HARRIS, Jenny; WHITTINGTON, Anne. Dental neglect in children. **Paediatrics and child health**, vol. 26, no. 11, p. 478–484, 2016. DOI 10.1016/j.paed.2016.07.003. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2016.07.003>.

HASHIM, R.; AL-ANI, A. Child physical abuse: assessment of dental students' attitudes and knowledge in United Arab Emirates. **European archives of paediatric dentistry: official**

**journal of the European Academy of Paediatric Dentistry**, vol. 14, no. 5, p. 301–305, 2013. DOI 10.1007/s40368-013-0063-2. Available at: <http://dx.doi.org/10.1007/s40368-013-0063-2>.

HORSWELL, B. B.; ISTFAN, S. Child maltreatment. **Oral and maxillofacial surgery clinics of North America**, vol. 24, no. 3, p. 511–517, 2012. DOI 10.1016/j.coms.2012.04.002. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.coms.2012.04.002>.

IVANOFF, Chris S.; HOTTEL, Timothy L. Comprehensive training in suspected child abuse and neglect for dental students: a hybrid curriculum. **Journal Of Dental educa**, vol. 7, no. 6, p. 695–705, 2013.

JORDAN, A.; WELBURY, R. R.; TILJAK, M. K.; CUKOVIC-BAGIC, I. Croatian dental students' educational experiences and knowledge in regard to child abuse and neglect. **Journal of dental education**, vol. 76, no. 11, p. 1512–1519, 2012. DOI 10.1002/j.0022-0337.2012.76.11.tb05413.x. Available at: <http://dx.doi.org/10.1002/j.0022-0337.2012.76.11.tb05413.x>.

KVIST, T.; ANNERBÄCK, E-M; DAHLLÖF, G. Oral health in children investigated by Social services on suspicion of child abuse and neglect. **Child abuse & neglect**, vol. 76, p. 515–523, 2018. DOI 10.1016/j.chiabu.2017.11.017. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.017>.

MALHOTRA, S.; ALAM, A.; GUPTA, V. Child abuse and neglect: Role of dentist in detection and reporting. **Journal of education and ethics in dentistry**, vol. 3, no. 1, p. 2, 2013. DOI 10.4103/0974-7761.126934. Available at: <http://dx.doi.org/10.4103/0974-7761.126934>.

MATHEWS, B.; COLLIN-VÉZINA, D. Child sexual abuse: Raising awareness and empathy is essential to promote new public health responses. **Journal of public health policy**, vol. 37, no. 3, p. 304–314, 2016. DOI 10.1057/jphp.2016.21. Available at: <http://dx.doi.org/10.1057/jphp.2016.21>.

MATHUR, S.; CHOPRA, R. Combating child abuse: the role of a dentist. **Oral health & preventive dentistry**, vol. 11, no. 3, p. 243–250, 2013. DOI 10.3290/j.ohpd.a29357. Available at: <http://dx.doi.org/10.3290/j.ohpd.a29357>.

MEAAD, M.; IMAN, K.; LEENA, M.; ALAMOUDI, N. Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. **Child Abuse & Neglect**, vol. 54, p. 43–56, 2016.

SIGH, V; LEHL, G. Child abuse and the role of a dentist in its identification, prevention and protection: A literature review. **Dental Research Journal (Isfahan)**.17(3), p.167-173, May 23. 2020.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. Chapter 3: Child abuse and neglect by parents and other caregivers. **World Health Report on Violence and Health**, 2002.

ULDUM, B.; CHRISTENSEN, H. N.; WELBURY, R.; HAUBEK, D. How Danish dentists and dental hygienists handle their role in child abuse and neglect matters. **Acta odontologica Scandinavica**, vol. 75, no. 5, p. 332–337, 2017. DOI 10.1080/00016357.2017.1307448. Available at: <http://dx.doi.org/10.1080/00016357.2017.1307448>.

VAN DAM, B. A. F. M.; VAN DER SANDEN, W. J. M.; BRUERS, J. J. M. Recognizing and reporting domestic violence: attitudes, experiences and behavior of Dutch dentists. **BMC oral health**, vol. 15, no. 1, p. 159, 2015. DOI 10.1186/s12903-015-0141-4. Available at: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-015-0141-4>.

VITIELLO, K. Detecting abuse and neglect in infants. **Journal of the Massachusetts Dental Society**, vol. 61, no. 3, p. 44–45, Autumn 2012.

**APÊNDICE****QUESTIONÁRIO**

Iniciais: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: Feminino ( ) Masculino ( ) Outros ( )

Estágios: Infantil I ( ) Infantil II ( ) Ambos ( )

1. Já se deparou com algum caso de suspeita de abuso infantil durante o estágio?

Sim ( ) Não ( )

2. Se sim, qual (is) destes:

Abuso físico ( ) Abuso sexual ( ) Negligência ( )

3. Caso detectado quais tipos de manifestações orais foram encontradas?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Acredita que sabe como detectar suspeitas de abuso em crianças durante atendimento?

Sim ( ) Não ( ) Talvez ( )

5. Acredita que faz parte do papel do cirurgião-dentista a detecção e a notificação dessas suspeitas?

Sim ( ) Não ( )

6. Já ficou em dúvida se deparou-se ou não com uma situação de maus-tratos infantis durante atendimento?

Sim ( ) Não ( )

7. Caso positivo, como procedeu diante da situação?

Notificou ao professor ( )

Falou com o responsável ( )

Notificou à outro órgão ( )

Nada ( )

Outros: \_\_\_\_\_

8. Caso não tenha feito nada, qual foi a razão?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Acredita que a graduação o prepara para detectar e notificar essas situações adequadamente?

Sim ( ) Não ( )

10. Tem segurança que após a graduação saberá identificar e notificar situação de abuso infantil?

Sim ( ) Não ( ) Talvez ( )