

## Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL

ISSN 2359-3466

<http://www.portalabol.com.br/rbol>



### Violência doméstica e Odontologia

#### AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE DOCENTES DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS SOBRE MAUS-TRATOS INFANTIS.

#### *Knowledge evaluation of dentistry teachers from Amazonas State University about child abuse.*

Brendo Benzecry Silva DE LIMA<sup>1</sup>, Alexandra PIERI<sup>2</sup>.

1. Graduando no curso de Odontologia na Universidade do Estado do Amazonas-UEA, AM, Brasil.

2. Professora mestre assistente de Odontologia Legal e Bioética do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas, AM, Brasil.

#### Informação sobre o manuscrito

Recebido em: 18 Novembro 2020

Aceito em: 06 Janeiro 2021

#### Autor para contato:

Profa. Alexandra Pieri.

Av. Carvalho Leal, 1777 - Cachoeirinha, Manaus, Amazonas, Brasil. 69065-001

E-mail: [apieri@uea.edu.br](mailto:apieri@uea.edu.br).

#### RESUMO

O cirurgião-dentista está em situação privilegiada na detecção precoce de maus-tratos infantis, devido ao maior acometimento das lesões na região de cabeça e pescoço, área onde atua. O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento dos docentes de Odontologia da UEA sobre o papel do cirurgião-dentista nos casos de maus-tratos infantis e seu interesse no assunto. Foram aplicados 45 questionários para um estudo descritivo de corte transversal. Resultados: a maioria possui uma especialidade (75,56%), tempo de atuação entre 16 e 20 anos (31,11%) e atua nos ambientes público e privado (71,11%). 53,33% definiram corretamente maus-tratos infantis. 75,56% citaram incompletamente os tipos de maus-tratos, sendo que físico (71,11%) e psicológico (57,78%) foram os mais citados. De 0 a 10, foi obtida a média 5,71 para a capacidade de identificar maus-tratos. Sinais físicos (84,44%) e comportamentais (77,78%) foram os mais citados. 24,44% já suspeitaram de violência durante atendimento odontológico, destes, 36,36% acionaram o Conselho Tutelar. 55,56% responderam que o Conselho Tutelar é o órgão a ser acionado. 80% não sabem se sofrerão consequências legais caso não notifiquem suspeitas de violência. De 0 a 10, foi obtida média 8,74 para a disposição em receber informações sobre o assunto. Conclusão: Os entrevistados manifestaram conhecimento básico, insuficiente para detecção e manejo das variadas situações de maus-tratos infantis, o que também pode influenciar inadequadamente na abordagem do assunto na graduação. Por outro lado, demonstraram-se sensibilizados e com interesse em se aprimorar sobre o tema.

#### PALAVRAS-CHAVE

Odontologia legal; Educação em Odontologia, Maus-tratos infantis.

#### INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002)<sup>1</sup>, a violência é definida como o uso intencional de força física ou poder, que pode ser real ou em forma de ameaça contra si próprio ou contra outra

pessoa, com chances de ocasionar lesões, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação<sup>1</sup>.

Pode-se dividir a violência em quatro tipos: física, sexual, psicológica e negligência<sup>2,4</sup>. A violência física é o uso intencional de força com objetivo de ferir ou danificar a criança ou o adolescente deixando ou não marcas evidentes<sup>2,4</sup>.

A violência sexual é qualquer situação envolvendo menores para fim sexual e que nem sempre há evidência física<sup>2</sup>. A violência emocional/psicológica é definida como a ação ou omissão que cause danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento do indivíduo<sup>3</sup>. A negligência é a omissão dos responsáveis em gerar os cuidados básicos para o desenvolvimento da criança ou do adolescente<sup>5</sup>. Nunes e Sales (2016)<sup>6</sup> afirmam que a negligência é o tipo de violência mais frequente no Brasil e de difícil detecção<sup>6</sup>. A negligência odontológica é definida como o fracasso intencional dos responsáveis de procurar ou dar sequência ao tratamento que garanta condições essenciais de saúde bucal, submetendo a criança a dor e infecções<sup>7</sup>. O papel dos cirurgiões-dentistas juntamente com demais profissionais de saúde, como o serviço social, é orientar a população sobre os cuidados das crianças para que não haja problemas na saúde por negligência dos seus responsáveis<sup>8,9</sup>.

Os casos de suspeita ou confirmação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências são de notificação compulsória<sup>10</sup>. Se o profissional de saúde deixar de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a

criança e ao adolescente pode acarretar uma pena de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência<sup>11</sup>.

O cirurgião-dentista possui papel fundamental na identificação e notificação dos casos de violência, já que em alguns estudos a maioria das lesões está na região da cabeça e tronco<sup>12,13</sup>. As principais lesões encontradas pelo corpo da criança são hematomas, queimaduras, escoriações, equimoses, lesões que lembram marcas de objetos ou em fases diferentes de cicatrização, entre outras<sup>3,14</sup>. Marcas de mordida de adulto em crianças estão normalmente relacionadas a algum tipo de abuso físico ou sexual<sup>2,14</sup>.

As principais manifestações orofaciais são: sinais de fratura passada ou atual em mandíbula ou maxila; lábios apresentando hematoma, laceração, queimadura por alimento quente ou cigarro; laceração no freio labial ou lingual; queimadura ou lacerações em gengiva, língua, palato ou assoalho bucal; hemorragia da retina; contusões e fraturas nasais; danos à membrana timpânica, com hematoma na orelha; entre outros<sup>4,13,14</sup>.

Durante o atendimento, o cirurgião-dentista pode se deparar com pelos pubianos, além de eritemas, úlceras, vesículas com secreção purulenta ou pseudomembranosa nos lábios, língua, palato ou faringe que podem caracterizar algumas doenças sexualmente transmissíveis como gonorreia, condiloma acuminado, sífilis, herpes tipo II<sup>14,15</sup>. Um sinal de sexo oral forçado é a presença de eritema e petéquias na junção do palato duro e palato mole ou no assoalho bucal<sup>14</sup>.

Os dentes anteriores são os dentes mais acometidos por traumas e podem apresentar fraturas, deslocamento, mobilidade, avulsão ou com alteração de coloração (necrose), mas é preciso fazer um histórico sobre o ocorrido e se não for plausível ou a história se contradizer, é caso de suspeita de violência<sup>4,14</sup>.

Visto que o cirurgião-dentista está em situação privilegiada na detecção precoce de maus-tratos infantis devido ao maior acometimento das lesões na região de cabeça e pescoço, sua área de atuação, o profissional deve ter conhecimento adquirido na graduação, em cursos de pós-graduação, ou através de leitura de artigos sobre o tema, para que esteja apto a suspeitar e saber como proceder em casos de violência infantil. Nesse contexto, destacam-se de forma notória, os profissionais que atuam na docência em instituições de ensino superior, para que possam repassar este conhecimento para os acadêmicos em formação. Assim, o intuito desse trabalho foi avaliar o conhecimento de docentes de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas sobre maus-tratos infantis, e seu interesse em se atualizar no assunto.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) sob o nº 050336/2019, CAAE: 13135419.3.0000.5016.

É um estudo descritivo de corte transversal de uma população de 83 docentes do curso de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas,

sendo que foram excluídos: 5 docentes por não serem graduados em Odontologia, 1 docente por não atuar em atendimento odontológico e 1 docente por ser a orientadora deste trabalho; 4 docentes estavam de licença trabalhista durante a coleta de dados, deixando uma amostra de 72 docentes. Destes, 6 não foram encontrados nos horários de coleta e 21 não quiseram participar dessa pesquisa. Por fim, o questionário foi respondido por 45 docentes de quase todas as áreas ministradas no curso de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas, com exceção da disciplina de Odontologia Legal e Bioética.

A aplicação foi realizada em sala de aula ou durante aulas práticas nas clínicas da Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas por um único pesquisador, sem que houvesse consulta de informações de terceiros, livros ou na internet. Antes de responder ao questionário, o entrevistado recebeu informações do pesquisador quanto ao objetivo do trabalho, leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O questionário continha 17 questões, objetivas e discursivas, que abordavam o conhecimento e experiências dos docentes sobre o tema. As respostas foram coletadas e organizadas em forma de tabela e gerados gráficos pelo Excel® (Microsoft Office, 2016), onde se realizou análise descritiva dos mesmos.

## **RESULTADOS**

Dos 45 entrevistados, 75,56% possuem apenas uma especialidade

odontológica e 24,44% possuem duas especialidades, distribuídos na Tabela 1.

As respostas sobre o tempo de atuação foram reunidas a cada 05 anos e distribuídas no Gráfico 1.

Em relação ao ambiente de trabalho, 32 atuam tanto na rede pública quanto na rede privada (71,11%), 7 atuam somente na rede pública (15,56%) e 6 somente na rede privada (13,33%).

Sobre a definição do conceito de maus-tratos, a maioria (71,11%) alegou saber a definição, sendo que apenas 55,56% responderam corretamente, conforme mostra a Tabela 2.

Quanto aos tipos de maus-tratos, o físico foi citado por 32 docentes (71,11%), e os demais tipos estão demonstrados no gráfico 2.

Tabela 1. Número de docentes distribuídos por especialidade odontológica.

Especialidades	Nº de docentes	%
Cirurgia Bucomaxilofacial	3	6,67
Dentística	5	11,11
Endodontia	6	13,33
Estomatologia	1	2,22
Imaginologia	1	2,22
Odontopediatria	3	6,67
Ortodontia	3	6,67
Periodontia	6	13,33
Prótese	4	8,89
Saúde Coletiva	2	4,44
2 especialidades	11	24,44
Total	45	100



Gráfico 1. Número de docentes reunidos por tempo de atuação (a cada 05 anos).

Tabela 2. Resposta dos entrevistados sobre a definição de maus-tratos infantis

Sabe definir maus-tratos infantis?			
Definição	Sim	Não	Total
Correta	18 (40%)	6 (13,33%)	24 (53,33%)
Parcialmente correta	11 (24,44%)	2 (4,44%)	13 (28,89%)
Incorreta	3 (6,67%)	0	3 (6,67%)
Não respondeu	0	5 (11,11%)	5 (11,11%)
<b>Total</b>	<b>32 (71,11%)</b>	<b>13 (28,89%)</b>	<b>45 (100%)</b>

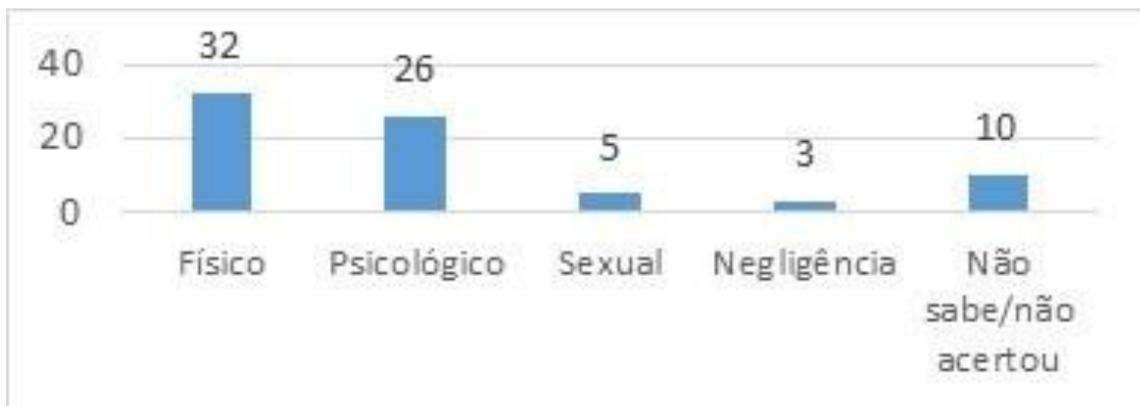


Gráfico 2. Tipos de maus-tratos infantis.

Em relação às respostas obtidas sobre ser responsabilidade do cirurgião-dentista suspeitar de maus-tratos infantis, 44 (97,78%) docentes responderam afirmativamente e 1 (2,22%) não sabe a resposta.

Sobre a conduta do profissional diante suspeita de maus-tratos infantis, as respostas estão no Gráfico 3, sendo que houveram respostas com mais de uma conduta indicada.

Quando questionados sobre sua capacidade de identificar maus-tratos infantis, os entrevistados responderam em escala de 0 a 10, e os resultados estão organizados no Gráfico 4. Foi obtida média de 5,71. Considerou-se apto quem marcou de 7 a 10, obtendo percentual de 44,44%.

O Gráfico 5 mostra o conhecimento sobre os sinais-sintomas indicativos de

maus-tratos infantis, onde os docentes puderam dar mais de uma resposta. Os mais citados foram exemplos de sinais físicos (hematomas, edemas, equimoses, escoriações e lesões corpóreas) e de sinais comportamentais (introspecção, medo, agressividade, aversão ao toque, mudança de comportamento na ausência dos pais, sexualidade precoce) com 84,44% e 77,78% respectivamente.

A Tabela 3 é sobre informações recebidas sobre maus-tratos infantis durante a graduação do docente, onde a maioria (82,22%) alega não ter recebido essas noções durante o curso.

Trinta e quatro (75,56%) docentes nunca suspeitaram de maus-tratos infantis durante o atendimento odontológico e 11 (24,44%) já suspeitaram. O Gráfico 6

mostra a conduta realizada pelos que já suspeitaram de maus-tratos infantis.

Em relação à procura de informação sobre o tema como forma de atualização profissional, 31 (68,89%) entrevistados não leram artigo ou livro que abordasse o assunto, 13 (28,89%) já leram sobre o assunto e 1 (2,22%) docente não respondeu essa questão. Todos (100%) consideram que o tema deve ser abordado durante a graduação.

Sobre a necessidade de notificar casos de violência infantil a algum órgão público, 43 (95,56%) docentes afirmaram que é necessário notificar. Sobre o órgão a ser notificado, alguns responderam mais de uma opção, sendo o Conselho Tutelar o mais citado, com 55,56%, conforme mostra o Gráfico 7.

Sobre as consequências para o profissional que não notifique casos de violência infantil, 36 (80%) afirmaram não saber se há consequências e 9 (20%) sabem que há consequências, sendo que 6 (13,33%) responderam que o profissional pode ser autuado por omissão/negligência, 1 (2,22%) que o profissional sofrerá uma advertência, 1 (2,22%) que o cirurgião-dentista pagará uma multa, e 1 (2,22%) que o profissional sofrerá uma penalidade do CFO/CRO.

Quando questionados sobre sua disposição em receber informações sobre maus-tratos infantis, os entrevistados responderam em escala de 0 a 10, organizados no Gráfico 8. Foi obtida média de 8,73. Considerou-se receptivo quem marcou de 7 a 10, obtendo percentual de 82,22%.



Gráfico 3. Conduta que deve ser seguida pelo cirurgião-dentista diante casos de suspeita de maus-tratos infantis.

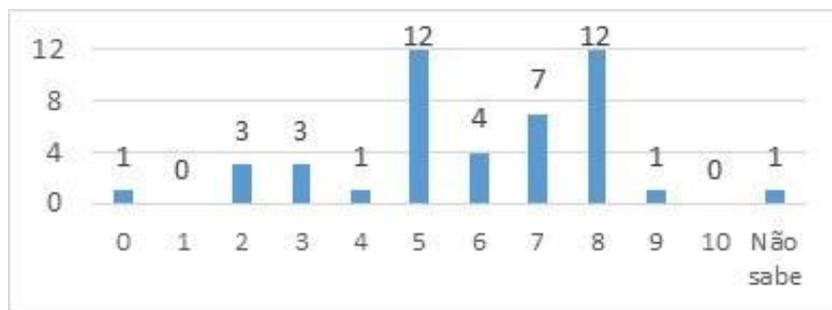


Gráfico 4. Autoavaliação do docente em escala de 0 a 10 sobre sua capacidade de identificar maus-tratos infantis.

Tabela 3. Informação sobre maus-tratos infantis recebida durante a graduação.

Recebeu informações durante a graduação?		Não	Não lembra	Não respondeu
Sim, na disciplina de:				
Odontopediatria e Semiologia	Odontologia Legal	37 (82,22%)	4 (8,89%)	1 (2,22%)
1 (2,22%)	2 (4,44%)			



Gráfico 5. Sinais-sintomas indicativos de maus-tratos infantis.



Gráfico 6. Conduta realizada pelo entrevistado diante suspeita, durante atendimento odontológico, de maus-tratos infantis.



Gráfico 7. Órgão que deve ser notificado em casos de violência infantil.

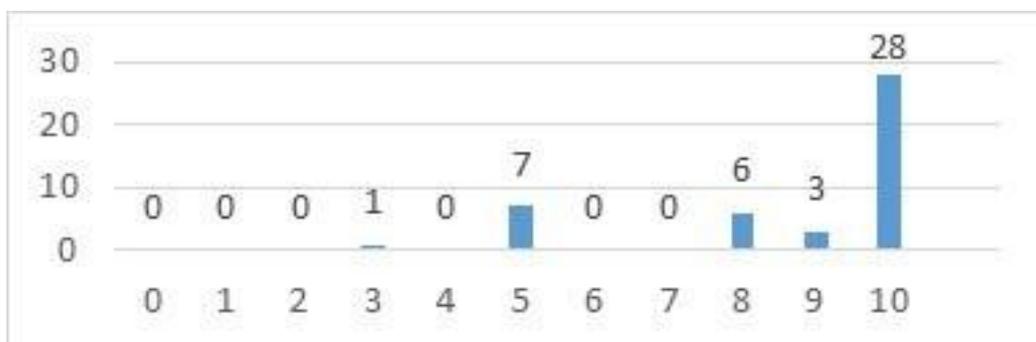


Gráfico 8. Disposição dos docentes em receber informações sobre maus-tratos infantis numa escala de 0 a 10.

## DISCUSSÃO

Mesmo a maioria (71,11%) dos professores entrevistados afirmando saber definir o que são maus-tratos infantis, 53,33% definiu corretamente e 28,89% respondeu de forma parcialmente correta. Ainda assim, são resultados melhores que os de Souza et al. (2012)<sup>16</sup> e Pontes e Ferreira (2007)<sup>17</sup>, onde nenhum entrevistado acertou completamente, sendo que 79,7%<sup>16</sup> e 81,5%<sup>17</sup>, respectivamente, disseram saber a definição. O resultado encontrado pode ser equiparado aos de Gomes et al. (2011)<sup>12</sup>, onde 66,4% dos entrevistados definiram corretamente, porém é uma pesquisa com acadêmicos<sup>12</sup>. Entre as especialidades, o maior percentual de acerto foi em Endodontia (83,33% de respostas corretas). Um dado notável foi que a Odontopediatria e a Ortodontia, áreas que trabalham com crianças, obtiveram percentual de acerto de 66,67% entre seus docentes. Em relação ao tempo de atuação, o melhor grupo foi representado pelos profissionais mais jovens, formados há 11 a 15 anos, em que 75% acertaram completamente a questão e 25% parcialmente. Esse dado pode indicar que os cursos mais recentes estão dando um enfoque nessa questão que anteriormente não havia.

Saber identificar os tipos de maus-tratos infantis contribui para que o profissional fique atento e reconheça casos suspeitos. A maioria (93,43%) afirmou saber quais são os tipos de maus-tratos infantis, entretanto, apenas 1 docente (2,22%), da especialidade de Saúde Coletiva, referenciou corretamente todos os 4 tipos relacionados pela Sociedade

Brasileira de Pediatria (2011)<sup>3</sup>, concordando com outros estudos publicados<sup>16,17</sup>. Os tipos de maus-tratos mais citados foram o físico (71,11%) e o psicológico (57,78%), e ainda houve 22,22% de docentes que não responderam ou não souberam dizer quais são os tipos de maus-tratos, o que pode contribuir para negligência frente a qualquer tipo de violência que seus pacientes possam estar sendo vítimas. Em relação ao tempo de atuação, ressalta-se que nenhum dos entrevistados com mais de 25 anos de experiência citaram a negligência.

Crianças vítimas de maus-tratos sofrem de forma frequente lesões na região de cabeça e pescoço. Por ser sua área de atuação, aumenta a responsabilidade do cirurgião-dentista na detecção precoce desses casos. A maioria dos entrevistados (97,78%) e a totalidade de odontopediatras e ortodontistas, consideraram ser a suspeição dos maus-tratos uma responsabilidade profissional.

Em pergunta aberta sobre qual conduta o profissional deve ter ao se deparar com casos de violência infantil durante seu atendimento clínico, 82,22% disseram que se deve comunicar o Conselho Tutelar ou a outro órgão público os casos de suspeita de maus-tratos infantis. Fracon et al. (2011)<sup>18</sup> relataram que 40% dos profissionais fariam a notificação à autoridade competente, porém, apenas se tivessem certeza da violência ocorrida<sup>18</sup>.

A legislação vigente instrui ser dever dos profissionais da saúde, incluindo os cirurgiões-dentistas, denunciar qualquer suspeita de maus-tratos infantis<sup>10</sup>. A

denúncia servirá para encaminhar o caso às autoridades competentes no assunto, que irão confirmar ou não a violência. Direcionando a pergunta para o âmbito legal, onde inquiriu-se se a notificação a algum órgão público era necessária, a maioria (95,56%) disse que sim, é necessário notificar algum órgão público casos de suspeita de violência infantil, e 55,56% dos docentes responderam que o Conselho Tutelar é o órgão indicado (outros trabalhos mostram percentuais de 42,1%<sup>18</sup>, 31,7%<sup>19</sup> e 63%<sup>20</sup> para o mesmo órgão). 15% dos docentes, mesmo tendo ciência da obrigatoriedade da denúncia, não souberam ou não responderam onde poderiam fazê-la.

Em relação ao tempo de formação, não houve grande discrepância entre os grupos na escolha de procurar o Conselho Tutelar. No grupo de 16 a 20 anos de formado foi onde mais docentes (28,51%) alegaram que conversariam com os responsáveis sobre o assunto.

Grande parte (80%) dos entrevistados, incluindo todos os odontopediatras e ortodontistas, disseram que não sabem se há consequências para o profissional caso não notifique casos de violência infantil. Dos 20% que sabem que há consequência, 66,67% disseram que o profissional pode ser autuado por omissão/negligência e um docente (endodontista) afirmou que o profissional pagará uma multa. Matos et al. (2013)<sup>21</sup> entrevistaram acadêmicos e profissionais de Cuiabá-MT, onde a maioria dos dois grupos não sabe se há consequência caso não ocorra a notificação<sup>21</sup>.

Em escala de 0 a 10, os docentes autoavaliaram sua capacidade de identificar maus-tratos infantis com média de 5,71. Em outros trabalhos foram encontrados percentuais mais altos de aptidão auto declarada<sup>18-20,22</sup>.

A melhor média (6,33) encontra-se no grupo dos docentes com mais de 25 anos de experiência, seguida pelo grupo compreendido entre 11 e 15 anos (6,25). O único a marcar a opção 0 possui de 21 a 25 anos de experiência.

Para ser capaz de identificar uma criança que possa estar em situação de violência, o profissional deve conhecer bem os possíveis sinais e sintomas que possam levar a essa suspeita. Os resultados desse trabalho mostram que os sinais físicos como escoriações e hematomas (84,44%) e comportamentais (77,78%) são citados espontaneamente, mas traumas orofaciais e precárias condições de higiene/saúde (8,89% cada), entre outros fatores também importantes, como mordidas, traumas dentários e queimaduras quase não são lembrados e podem estar presentes nas vítimas desse tipo de violência. Um odontopediatra (2,22%) citou lesões dentárias por cárie ou trauma. Outros estudos publicados obtiveram resultados semelhantes<sup>19,20</sup>.

O trauma orofacial não foi citado dentro das especialidades de Odontopediatria e de Ortodontia. Analisando o tempo de atuação, percebe-se que nenhum docente com menos de 16 anos de experiência citou o trauma orofacial em sua resposta e que o único que respondeu traumas dentários possui de 16 a 20 anos de atuação.

A maioria dos entrevistados (82,22%) afirmou não ter recebido informações durante a graduação sobre o tema, como reportado em outros trabalhos<sup>17,18,20</sup>. Lima et al. (2005)<sup>23</sup> descreveram que 92,86% afirmaram ter recebido informações, mas foram insuficientes<sup>23</sup>. Todos responderam que o tema deve ser abordado durante a graduação, o que corrobora com Santos et al. (2006)<sup>19</sup>.

Cerca de 28,89% dos docentes já procuraram informação complementar sobre o assunto em livros ou artigos, resultado melhor do que o encontrado por Pontes e Ferreira (2007)<sup>17</sup>, onde 20,4% dos profissionais leram sobre o tema<sup>17</sup>.

Dos profissionais entrevistados, 24,44% já suspeitaram de maus-tratos durante atendimento odontológico, semelhante aos achados de outros estudos<sup>18,20,22,23</sup>. Números melhores (59%) foram descritos por Pontes e Ferreira (2007)<sup>20</sup> e 52,9% por Santos et al. (2006)<sup>19</sup>. Dos que suspeitaram, 36,36% acionaram o Conselho Tutelar e 4 deles (8,89%) não tomaram atitudes coerentes com aquelas que descreveram nessa entrevista como correta. Granville-Garcia et al. (2008)<sup>20</sup> relatam que 89% dos que suspeitaram reportaram à justiça, mas a maioria dos trabalhos<sup>17,19,22,23</sup> aponta números baixos de denúncias ou nenhuma.

Dos que suspeitaram, a maioria (36,36%) possui de 16 a 20 anos de atuação. O tempo de atuação não parece influenciar na atitude de denunciar. Dos 4 que acionaram o Conselho Tutelar, 2 possuem de 11 a 15 anos, 1 tem 16 a 20 anos e 1 possui de 21 a 25 anos de profissão,

Os profissionais entrevistados, em escala de 0 a 10, acusaram média de 8,73 para disposição em receber informações sobre maus-tratos infantis, assim como em outros trabalhos<sup>20,23</sup>.

## CONCLUSÃO

O corpo docente de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas demonstrou um conhecimento básico sobre o papel do cirurgião-dentista nos casos de maus-tratos infantis, que o limita na detecção e manejo profícuo diante das variadas formas desse tipo de violência, além de influenciar inadequadamente na abordagem do assunto junto aos alunos.

Não obstante, os docentes mostraram-se interessados em ampliar seus conhecimentos sobre como suspeitar que seu paciente infantil/menor de idade esteja sendo vítima de maus-tratos e também em como proceder diante dessas situações, sensibilizados com a possibilidade de serem eles, profissionais, os responsáveis por tirarem os menores dessa situação.

## ABSTRACT

The dentist is in an advantageous position to help with the early detection of child abuse due to a greater involvement of lesions in a child's head and neck region, an area in which this specialist works. The aim of this study was to evaluate dental professors' knowledge of the role of dentists regarding child abuse and the professors' interest in the subject. Forty-five questionnaires were used for a descriptive cross-sectional study at Amazonas State University. Results: Most interviewees had one specialty (75.56%) with actual work experience of 16-20 years (31.11%) in public and private environments (71.11%). 53.33% correctly defined child abuse. 75.56% incompletely cited the types of abuse, but listed physical (71.11%) and psychological (57.78%) as the most prevalent. On a scale of 0 to 10, an average of 5.71 was obtained for

the ability to identify child abuse. Physical (84.44%) and behavioral (77.78%) signs were the most cited. 24.44% already suspected abuse while performing dental care, of which 36.36% called the Guardianship Council. 55.56% answered that the Guardianship Council is the body to call. 80% did not know if they would suffer legal consequences if they did not report suspected abuse. An average of 8.74 reported willingness to receive information on the subject. Conclusion: The interviewees expressed basic knowledge, insufficient for detecting and managing this problem, which could also have an inadequate influence on the approach to the subject upon graduation. On the other hand, they were sensitized and interested in improving their understanding of the topic.

## KEYWORDS

Forensic Dentistry; Education, Dental; Child abuse.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO, 2002.
2. Herrera LM, Strapasson RAP, Melani RFH. Universidade de São Paulo. Cartilha sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes para o cirurgião-dentista. 1º ed. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015. 23p.
3. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. 2º ed. Rio de Janeiro; 2011.
4. Souza CE, Rodrigues IFMM, Zocratto KBF, Oliveira CAS. Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista – revisão de literatura. Rev Bras Odontol Leg RBOL. 2017 jul./ago.; 4(1): 53-63. <https://doi.org/10.21117/rbol.v4i1.75>.
5. Friedman E, Billick SB. Unintentional Child Neglect: Literature Review and Observational Study. Psychiatr Quartely. 2015; 86(2): 253-9. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9328-0>.
6. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. Ciênc. saúde coletiva. 2016; 21(3): 871-80. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>.
7. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR, AAP American Academy of Pediatrics, Section on Oral Health Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs, Council on Scientific Affairs, ad Hoc Work Group on Child Abuse and Neglect. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. Pediatrics. 2017;140(2):e20171487. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1487>
8. Serafim APR, Rodrigues LG, Prado MM. Maus-tratos infantis: um olhar sobre a omissão de pais na atenção à saúde bucal dos seus filhos. Rev Bras Odontol Leg RBOL. 2016 mai./jun.;3(1):95-105. <https://doi.org/10.21117/rbol.v3i1.60>.
9. Smitt HS, Mintjes N, Hovens R, de Leeuw J, de Vries T. Severe caries are a clue for child neglect: a case report. Journal of Medical Case Reports. 2018 mar./apr.; 12: 109. <https://doi.org/10.1186/s13256-018-1639-6>.
10. Brasil. Ministério da saúde. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html). Acesso em: 30 de março de 2020.
11. Brasil. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8069.htm). Acesso em: 30 de março de 2020.
12. Gomes LS, Pinto TCA, Costa EMMB, Ferreira JMS, Cavalcanti SDLB, Granville-Garcia AN. Percepção de acadêmicos de odontologia sobre maus-tratos na infância. Odontol. Clín.-Cient. 2011 jan./mar.; 10 (1): 73-8.
13. Paula ACF; Carvalho BO; Fróes DTC; Ferreira GSF; Pinto RA; Santa-Rosa TTA. Reconhecimento e conduta de cirurgiões-dentistas diante de maus-tratos em crianças e adolescentes. Revista Pró-UniverSUS. 2019 Jan./Jun.; 10 (1): 137-44. <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i1.1732>.
14. Massoni ACLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(2): 403-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200016>.
15. Alves MA, Fonseca BA, Soares TRC, França AKA, Azevedo RN, Tinoco RLR. Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de abuso sexual infantil – revisão de literatura. Rev Bras Odontol Leg

- RBOL. 2016 jun./jul.; 3(2):92-99.  
<https://doi.org/10.21117/rbol.v3i2.9>.
16. Souza GFP, Carvalho MMP, Granville-Garcia AF, Gomes MNC, Ferreira JMS. Conhecimento de acadêmicos em odontologia sobre maus-tratos infantis. *Odonto* 2012 jan./set.; 20(40): 101-8.  
<https://doi.org/10.15603/2176-1000/odonto.v20n40p109-117>.
  17. Pontes CC, Ferreira JMS. Conhecimento e Conduta de Cirurgiões-Dentistas relacionados a maus-tratos infantis em João Pessoa – Paraíba – Brasil. *R bras ci Saúde, João Pessoa*. 2007;11(1): 37-48.
  18. 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 abr./jun.; 8(2): 153-9.
  19. Santos JF, Nunes KS, Cavalcanti AI, Silva EC. Maus-tratos infantis: conhecimento e atitudes de odontopediatras em Uberlândia e Araguari, Minas Gerais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2006 set./dez.; 6(3): 273-9.
  20. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Silva PFRM. Maus-tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. *Rev. Odonto ciênc*. 2008. 23(1): 25-39.
  21. Matos FZ, Borges AH, Neto IM, Rezende CD, Silva KL, Pedro FLM, Porto AN. Avaliação do conhecimento dos alunos de graduação em odontologia x cirurgião dentista no diagnóstico de maus-tratos a crianças. *Rev Odontol Bras Central*. 2013. 22(63): 153-7.
  22. Silva AM; Santos J; Almeida LH. Conhecimento do cirurgião-dentista acerca de maus-tratos à criança e ao adolescente. *RFO UPF, Passo Fundo*. 2019 mai./ago.; 24 (2): 250-5.  
<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v24i2.10446>.
  23. Lima KA, Colares V, Cabral HM. Avaliação da conduta dos odontopediatras de Recife com relação ao abuso infantil. *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS*. 2005 jul./set.; 20(49): 231-6.