

Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL

ISSN 2359-3466

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



Violência doméstica

CONHECIMENTO E CONDUTA DE GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA DA UFES FRENTE À VIOLÊNCIA INFANTIL: UM ESTUDO TRANSVERSAL.

Knowledge and conduct of the UFES dentistry students about child violence: a cross-sectional study.

Graziela Bezerra de MARTIN¹, Thamara Aparecida MARQUES¹, Lara Victória Dittz de Abreu COSTA¹, Roberto Barbosa SARCINELLI¹, Karina Tonini dos Santos PACHECO¹.

1. Departamento de Medicina Social, Curso de Odontologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Informação sobre o manuscrito

Recebido em: 18 Maio 2021

Aceito em: 30 Agosto 2021

Autor(a) para contato:

Profa. Karina Tonini dos Santos Pacheco.
Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória – ES. CEP: 29090-041
E-mail: kktonini@yahoo.com.br.

RESUMO

Introdução: o cirurgião-dentista possui grande relevância na identificação de abuso e negligência infantil, pois a região craniofacial é frequentemente acometida. Objetivo: verificar o conhecimento e a conduta dos estudantes de Odontologia sobre violência infantil, bem como a aquisição de conhecimentos durante a formação universitária. Métodos: Estudo transversal com 190 alunos matriculados do terceiro ao décimo período de odontologia de uma universidade pública. A coleta dos dados foi realizada por meio de um questionário aplicado em sala de aula contendo questões sobre a violência infantil e a conduta do cirurgião-dentista. Para a análise de dados foi realizada estatística descritiva, por meio da frequência numérica e percentual. Resultados: Os estudantes acertaram 60% das questões referentes à identificação das características orofaciais da violência infantil. Apenas 51,05% obtiveram informações sobre o assunto, sendo que a principal fonte relatada foi a internet. Concomitantemente, 32% não se consideraram capazes de identificar casos de maus-tratos infantis. Em relação à responsabilidade do cirurgião-dentista, 93,16% acredita que este possui o dever ético de denunciar e, também, 87,37% a obrigatoriedade legal de notificar casos suspeitos ou confirmados de violência infantil. Quanto ao local onde fazer a denúncia, o Conselho tutelar foi o mais referido (78,4%). Conclusão: No geral, os graduandos possuem conhecimentos satisfatórios sobre o assunto, tanto na parte de identificação quanto da conduta. No entanto, sugere-se que o tema seja mais especificamente abordado nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Odontologia.

PALAVRAS-CHAVE

Odontologia legal; Ensino; Maus-tratos infantis.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ conceitua violência como “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra

si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações”. Sendo

assim, historicamente, as crianças e os adolescentes compõem a faixa etária mais acometida pelas diferentes formas de violência, o que faz com que o abuso e a negligência infantil sejam um problema global².

Tal violência pode ser classificada em quatro tipos: abuso físico, sexual, emocional ou psicológico e negligência, os quais podem resultar em danos físicos, psicológicos, baixa autoestima, comportamento violento, prejuízo ao crescimento, desenvolvimento e maturação da vítima³. Sabe-se também que, frequentemente, os pais ou responsáveis são os autores desses maus-tratos, sendo 45% das vezes a casa da vítima o local da ocorrência⁴⁻⁶.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2020)⁷, aproximadamente 1 bilhão de crianças sofrem violência física, sexual ou psicológica a cada ano. No Brasil, o Disque 100 (Disque Direitos Humanos), recebeu 76.216 denúncias em 2018 envolvendo crianças e adolescentes⁸. Em 2016, o número de denúncias foi de 133.061, enquanto em 2017 foi de 142.665, demonstrando um aumento no número de casos⁴.

Os casos de maus-tratos infantis devem ser denunciados ao Conselho Tutelar da localidade e, na falta deste, deve-se comunicar ao Juizado da Infância e da Juventude⁹. Ou ainda, através do Disque 100, que recebe, analisa e encaminha denúncias de violações de direitos humanos aos órgãos competentes¹⁰. De acordo com o Artigo 245 da Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, o

médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche que deixar de comunicar a autoridade competente os casos que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente sofrerá multa de 3 a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência¹¹.

Dentre os tipos de violência mais comuns encontra-se a negligência que envolve omissão de cuidados básicos e proteção à criança ou adolescente diante de situações evitáveis, levando ao não cumprimento das necessidades físicas e emocionais. Já a violência física é qualquer ato não acidental, no qual os pais ou responsáveis fazem uso da força como instrumento pedagógico. O abuso sexual trata-se da cultura de objetificação da criança e do adolescente e do abuso de poder do mais forte por meio da intimidação psicológica para a gratificação sexual do agressor. Enquanto, a violência psicológica refere-se à depreciação, às ameaças e à rejeição do adulto sobre a criança, desenvolvendo nesta um comportamento destrutivo ou autodestrutivo devido à desvalorização que sofre^{12,13}.

Em casos de violência física contra a criança, estudos indicam a região craniofacial, envolvendo cabeça, face, boca e pescoço, na maioria das vezes, como a região mais acometida^{9,14}. Podem ser observados lacerações, abrasões, hematomas e equimoses, afetando principalmente região de lábios, língua, palato, mucosa oral e gengival; marca de

queimaduras geralmente com o formato de objetos, mordidas, dentes fraturados, avulsionados ou com coloração alterada possivelmente por necrose pulpar devido a trauma anterior, além de fraturas dos ossos maxilares, desvio de abertura bucal e escaras no canto da boca que indicam amordaçamento¹⁴⁻¹⁸.

Entretanto, sinais de abuso sexual são mais difíceis de serem observados no exame clínico oral. Traumas ou petéquias na região entre palato duro e mole e ruptura dos freios lingual e labiais podem indicar sexo oral forçado. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) na região oral ou perioral em crianças e adolescentes são sinais patognomônicos de violência sexual. Portanto, é necessário observar lesões indicativas de sífilis e gonorreia que podem se manifestar como faringite ou gengivite. Deve ser verificado também a presença de candidíase oral, úlceras aftosas recorrentes e infecções pelo vírus da Herpes que são ocorrências comuns do HIV^{18,19}. Menos investigadas por dentistas, lesões orais do HPV, com aspecto verrucoso e de coloração rósea, podem também aparecer na cavidade oral, porém sua avaliação é dificultada devido ao longo período de latência e diferentes formas de transmissão²⁰.

Visto a importância que os cirurgiões-dentistas assumem no diagnóstico e encaminhamento correto dos casos de violência infantil durante a prática profissional⁶ esta pesquisa objetivou verificar o conhecimento e a conduta dos estudantes de Odontologia sobre violência infantil, bem como verificar se houve

aquisição de conhecimentos durante a formação universitária.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado com acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Brasil. A UFES está localizada na capital do estado do Espírito Santo, no sudeste brasileiro e é a única universidade pública do estado. A pesquisa foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) (2.851.346 – CAAE: 96194018.1.0000.5060).

O universo amostral foi composto por 250 estudantes matriculados do terceiro ao décimo período da referida universidade, regularmente matriculados. Estudantes do primeiro e segundo períodos foram excluídos da pesquisa por não terem vivência na prática clínica.

Os dados foram coletados por meio de questionário autoaplicado contendo questões discursivas, de múltipla escolha e de verdadeiro ou falso. Os sujeitos foram incluídos na mesma com base em dois critérios: aceitarem participar do estudo e estarem presentes em sala de aula no dia em que o estudo seria conduzido.

O questionário foi aplicado no período durante o mês de setembro de 2018, de forma coletiva em sala de aula, em horário considerado adequado e conveniente para os alunos, com a garantia de privacidade e sigilo das informações compartilhadas.

O questionário foi construído com base em estudos presentes na literatura^{5,21,22}. A versão final continha 16 questões dividida em três partes: dados demográficos (idade, gênero e período); conceito e características de violência infantil; conduta frente a caso de maus-tratos a responsabilidade do cirurgião-dentista na notificação de maus-tratos e os meios de aprendizado sobre o tema.

Um estudo piloto foi conduzido com alunos do primeiro ano de Odontologia para garantir a adequação e interpretação das respostas. Com base nos comentários e sugestões obtidos, o questionário foi revisado. Durante o estudo piloto, os pesquisadores objetivaram avaliar a compreensão dos alunos quanto ao texto, sensibilidade das respostas e vocabulário utilizado.

Os dados dos questionários foram inseridos no IBM SPSS Statistics for Windows 19.0 software package por dois pesquisadores, resguardando o sigilo das informações. Um pesquisador independente revisou 10% das entradas do banco de dados, validando-o para a fase de análise. Foram realizadas análises de frequência absoluta e relativa.

RESULTADOS

Do total de 250 estudantes, 190 responderam aos questionários, sendo a taxa de resposta de 76%. Dos respondentes, 148 (77,89%) eram do sexo feminino e 145 (76,32%) pertencentes a faixa etária de 20-24 anos. Dos participantes, 10,02% (n=28) estavam no terceiro período, 7,83% (n=23) no quarto,

11,81% (n=32) no quinto, 6,97% (n=21) no sexto, 8,26% (n=24) no sétimo, 7,40% (n=22) no oitavo, 6,97% (n=21) no nono e 10,0% (n=19) no décimo.

A Tabela 1 mostra as respostas às questões sobre a identificação de violência infantil, apresentando porcentagens de acertos maiores que 60% na maioria das questões, com exceção dos aspectos orofaciais cárie, doença periodontal e coloração alterada do dente. A porcentagem de acertos desses aspectos foi de 45,79% (n=87), 27,89% (n=53) e 31,58% (n=60), respectivamente. Ainda assim, 64,74% (n=123) afirmaram se considerar capaz de diagnosticar esses tipos de casos. Dos 61 (32,10%) que não se consideraram, 68,9% (n=42) relataram como motivo primário a falta de conhecimento.

As questões referentes à conduta dos acadêmicos frente aos casos de abuso e negligência infantil são mostradas na Tabela 2. Aproximadamente 90% dos entrevistados acertaram, marcando como sendo falsa, a sentença que afirmava que os profissionais de saúde não têm a responsabilidade legal de denunciar casos de violência infantil e 93,16% (n=177) concorda que o dentista possui o dever ético de denunciar, sendo suspeitos ou confirmados. Dentre os motivos relatados para muitos profissionais não denunciarem 68,4% (n=130) foi a apresentação de medo. Apenas 5,79% (n=11) dos entrevistados acreditam já terem atendido algum caso suspeito de violência infantil nas clínicas da Universidade Federal do Espírito Santo.

Tabela 1 - Frequência numérica e percentual de respostas dos acadêmicos de Odontologia referentes ao conhecimento sobre violência infantil.

Tipos de violência infantil:		
	Resposta	n (%)
Violência física	Verdadeiro	181 (95,26%)
Violência psicológica	Verdadeiro	181 (95,26%)
Violência sexual	Verdadeiro	181 (95,26%)
Negligência	Verdadeiro	162 (85,26%)
Características orofaciais que podem ser visualizadas em crianças vítimas de violência:		
	Resposta correta	n (%)
Hematoma	Verdadeiro	183 (96,32%)
Laceração	Verdadeiro	144 (75,79%)
Edema	Verdadeiro	165 (86,84%)
Mordida	Verdadeiro	163 (85,79%)
Queimadura	Verdadeiro	168 (88,42%)
Fratura dos ossos maxilares	Verdadeiro	167 (87,89%)
Avulsão dentária	Verdadeiro	115 (60,53%)
Trauma dentário	Verdadeiro	160 (84,21%)
Cárie	Verdadeiro	87 (45,79%)
Doença periodontal	Verdadeiro	53 (27,89%)
Sífilis	Verdadeiro	152 (80,00%)
Gonorreia	Verdadeiro	126 (66,32%)
HPV	Verdadeiro	162 (85,26%)
Coloração alterada do dente	Verdadeiro	60 (31,58%)
Análise das sentenças referente ao comportamento de crianças vítimas de maus-tratos		
	Resposta correta	n (%)
Crianças e adolescente que sofreram algum tipo de abuso geralmente contam para alguém logo após o abuso	Falso	163 (85,79%)
Crianças com dificuldade de comunicação e contato visual com a equipe odontológica pode ser indicativo de terem sofrido maus-tratos	Verdadeiro	166 (87,37%)

É frequente as crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos apresentarem um comportamento violento, baixa autoestima, comportamento impróprio, e dificuldades no aprendizado escolar

Verdadeiro

183 (96,32%)

Considera-se capaz de identificar casos de violência infantil?

	n (%)
Sim	123 (64,74%)
Não	61 (32,10%)
Não responderam	6 (3,16%)

Motivos relatados por não se considerarem capazes:

	n (%)
Conhecimento insuficiente	42 (68,9%)
Inexperiência	8 (13,1%)
Não responderam	14 (23,0%)

Tabela 2 - Frequência numérica e percentual de respostas dos acadêmicos de Odontologia referentes à responsabilidade e conduta do cirurgião-dentista frente à situação de violência infantil.

	Resposta correta	n (%)
Profissionais da saúde não possuem a obrigação legal de notificar à autoridade sanitária competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente.	Falso	166 (87,37%)

O Cirurgião-dentista possui o dever ético de denunciar casos suspeitos ou confirmados de abuso e negligência?

	n (%)
Sim	177 (93,16%)
Não sei	12 (6,32%)
Não responderam	1 (0,52%)

Onde denunciar casos de violência infantil?

	n (%)
Conselho Tutelar	149 (78,4%)
Polícia	89 (46,8%)
Familiares	25 (13,2%)
Hospital mais próximo	5 (2,6%)
Não sei	10 (5,3%)

Muitos profissionais não denunciam casos de agressão infantil em suas várias modalidades. Por qual motivo?

	n (%)
Medo	130 (68,4%)
Conhecimento insuficiente	56 (29,5%)
Negligência	37 (19,5%)
Não saber a conduta frente ao caso	20 (10,5%)
Desconhecimento da responsabilidade legal	19 (10,0%)
Outros	9 (4,7%)
Não sei	5 (2,6%)
Não responderam	2 (1,1%)

Você acredita que já tenha atendido algum possível caso de maus-tratos infantil nas clínicas da universidade?

	n (%)
Sim	11 (5,79%)
Não	173 (91,05%)
Não responderam	6 (3,16%)

Se sim, qual foi a conduta frente ao caso?

	n (%)
Comunicou aos professores	6 (54,55%)
Comunicou aos professores, porém nada foi feito	3 (27,27%)
Nenhuma	1 (9,09%)
Não responderam	1 (9,09%)

A respeito dos meios de aquisição de conhecimento (Tabela 3), somente 51,05% (n=97) afirmaram já terem recebido informação sobre o assunto, sendo a internet o meio mais relatado, aparecendo em 68,0% (n=66) das respostas e em segundo lugar a Universidade, com porcentagem de 61,9% (n=60).

DISCUSSÃO

Este estudo realizado com estudantes de Odontologia pôde identificar que, no geral, os graduandos obtiveram um bom desempenho em relação à

identificação das características orofaciais possíveis de serem visualizadas em casos de violência infantil, mostrando melhores resultados que pesquisas semelhantes feitas no Irã e Emirados Árabes^{23,24}.

Em relação aos tipos de violência, a negligência foi menos associada pelos alunos como sendo um tipo de violência contra a criança. Fato que pode ser comprovado pelo baixo índice de acerto referente à presença de cárie e doença periodontal como características orofaciais que podem ser vistas em crianças vítimas de maus-tratos, semelhante ao estudo

realizado com graduandos de odontologia de cuidados com a saúde bucal²¹.
brasileiros, no qual 34,9% assinalou falta

Tabela 3 - Frequência numérica e percentual de respostas dos acadêmicos de Odontologia referentes às fontes de informação sobre o assunto.

Teve informações sobre o assunto?	
	n (%)
Sim	97 (51,05%)
Não	93 (48,95%)

Fontes de informação	
	n (%)
Internet	66 (68,0%)
Universidade	60 (61,9%)
Televisão	44 (45,4%)
Jornais e revistas	39 (40,2%)
Outros	12 (12,4%)

Gostaria de aprender mais sobre o assunto?	
	n (%)
Sim	184 (96,84%)
Não responderam	6 (3,16%)

Lesões de cárie, doença periodontal e condição de saúde oral deficiente, influenciam diretamente na alimentação, no aprendizado e na comunicação da criança, prejudicando seu crescimento e desenvolvimento normal. Muitas das vezes, os responsáveis não buscam melhorias no estado de saúde por falta de conhecimento, baixas condições socioeconômicas e distanciamento com os locais de atendimento^{15,25}. Mas, a partir do momento em que são informados por um profissional de saúde acerca das condições da criança, das formas de tratamento e como conseguiu-lo, e mesmo assim, nada fazem a respeito, esta passa a ser considerada um caso de negligência, devendo o profissional prontamente intervir e tomar as medidas legais cabíveis¹⁵.

A pesquisa mostrou que aproximadamente 93% dos graduandos acreditam que o cirurgião-dentista tem a obrigatoriedade legal de notificar e o dever ético de denunciar casos suspeitos ou confirmados de violência infantil, corroborando os resultados de outros estudos^{21-23,26} e mostrando melhores resultados que o estudo realizado com alunos de odontologia da Croácia, onde apenas 60% dos estudantes mostrou conhecimento sobre o dever do dentista em notificar esses casos²⁷.

No artigo 11 do Código de Ética Odontológica, aprovado pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO)²⁸, por meio da Resolução CFO 118/2012, está descrito que constitui infração ética desrespeitar ou permitir que o paciente seja desrespeitado.

Ademais, o parágrafo único do artigo 14 do capítulo VI – “Do sigilo profissional” – exige notificação compulsória de doença, bem como a colaboração com a justiça nos casos previstos em lei.

Apesar disto, a literatura evidencia que os profissionais não possuem o hábito de denunciar os casos de agressão infantil por diferentes motivos, sendo os mais relatados o medo de perder pacientes e de lidar com os pais, incerteza do diagnóstico, falta de treinamento e capacitação, desconhecimento pelo tema, recusa em acreditar que os pais sejam negligentes e desconhecimento de como denunciar. No presente estudo, 68,4% dos participantes responderam medo e 29,5% falta de conhecimento, confirmando alguns dos achados bibliográficos^{5,9,29-31}.

Uma parte considerável dos estudantes declara não se sentir capaz de diagnosticar casos de abuso e negligência infantil e, concomitante a isto, cerca da metade alega não ter recebido nenhuma informação sobre o tema, mostrando piores resultados quando comparados aos encontrados por Abreu Busato et al. (2018)²¹ (10,6% e 34,9% respectivamente). Em um estudo realizado no Amazonas, com 45 docentes de Odontologia, apenas 44,44% dos participantes se consideram aptos a identificar maus-tratos infantil³². Possivelmente essa dificuldade em detectar está relacionada com a complexidade que é realizá-la, já que muitas vezes as crianças tendem a mentir sobre o real motivo das lesões, por medo ou por amor ao agressor³³. Até os 10 anos de idade é comum as crianças apresentarem machucados de diferentes

tipos, porém os mesmos não devem ser examinados de forma isolada, devendo levar em consideração a explicação dada, o estágio de cicatrização e um exame clínico completo para descartar outras injúrias que possam estar ocultas¹⁹. Souza et al. (2016)¹⁸, afirma que durante a graduação de Odontologia o assunto é pouco abordado, justificando essa incapacidade de identificar situações de maus-tratos.

Dos entrevistados que afirmaram já terem recebido informações sobre o tema, a internet (68%) foi o meio mais mencionado, seguido da Universidade (61,9%), mostrando um melhor resultado quando comparado ao estudo realizado no Amazonas, no qual 82,22% dos docentes alegaram não ter recebido orientação durante a graduação³². Diferentemente do que foi encontrado no estudo realizado na Jordânia, onde a maioria das informações foi obtida na Universidade²². O alto percentual de acerto por parte dos graduandos com relação à conduta frente à detecção dos maus-tratos infantis pode ser relacionado com a veiculação da imprensa, principalmente por meio da internet, sobre o referido tema abordado na atualidade, como no caso da denúncia aos conselhos tutelares³⁴.

Em 2019, foi declarado situação de pandemia de Covid-19 e, de acordo com Fegert et al. (2020)³⁵, nesse período houve uma mudança completa no âmbito psicossocial da criança, da família e da comunidade devido isolamento social, restrições de contato e paralisação econômica. A pandemia tem grandes implicações econômicas e coloca pressão

financeira em muitas famílias, resultando no aumento do estresse, na diminuição do bem-estar, nos conflitos conjugais e entre pais e filhos. Assim, o número de casos de maus-tratos infantis no mundo aumentou durante a pandemia. Huang et al. (2011)³⁶ verificou que durante a “Grande Recessão” de 2007-2010, período em que ocorreu grande pressão econômica, o número de casos de traumatismo craniano abusivo em crianças dobrou, corroborando o aumento de casos de maus-tratos infantis na situação atual que o mundo está vivendo.

Diante disso, vários países designaram os serviços de violência como essenciais; contaram com linhas de ajuda para crianças para receber denúncias de violência. A prevenção da violência contra crianças deve ser integrada aos setores que respondem ao COVID-19, incluindo saúde, educação, proteção social, direito e justiça. Políticas sociais, econômicas e de saúde que consideram os melhores interesses da criança, comprometem-se a prevenir as desigualdades sociais que podem aumentar o risco de violência futura e enfocam as vulnerabilidades de crianças³⁷.

Dentre as limitações encontradas neste estudo podemos citar a dificuldade de encontrar todos os alunos em sala de aula e a recusa em participar da pesquisa, restringindo a amostra disponível; e a possibilidade de viés na interpretação dos questionários que são autoadministrados.

Os achados dessa pesquisa permitem reforçar que a qualidade da educação é um

fator de suma importância para um correto diagnóstico e para um aumento do número de notificações feitas por dentistas de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Dessa forma, os Projetos Pedagógicos dos Cursos de Odontologia precisam ser revistos para garantir a inserção da temática nas disciplinas pertinentes de forma sistemática e regular com a finalidade de preparar adequadamente os estudantes para desempenharem as funções na proteção dessas crianças de acordo com as exigências profissionais, éticas e legais^{21,22,31,38,39}.

CONCLUSÃO

Perante os resultados encontrados, pode-se concluir que, de forma geral os estudantes possuem bom conhecimento acerca da identificação e conduta frente a casos de violência infantil, mas ainda assim, alguns não se sentem aptos para identificar esses casos na prática clínica, seja por falta de conhecimento, inexperiência ou não recebimento de informações sobre o assunto. Devido a isto, sugere-se que o tema seja mais especificamente abordado nos Projetos Pedagógicos dos cursos de Odontologia, de forma multidisciplinar, envolvendo tanto a teoria quanto a prática clínica, a fim de formar cirurgiões-dentistas capacitados para identificar e denunciar casos de violência infantil, contribuindo para a diminuição desse problema na sociedade.

ABSTRACT

Introduction: the dentist has great relevance in the identification of child abuse and neglect, as the craniofacial region is frequently affected. Purpose: to verify the knowledge and conduct of dentistry students about child violence, as well as the acquisition of knowledge during university education. Material and Methods: Cross-sectional study with 190 students enrolled from the third to the tenth period of dentistry at a public university. Data collection was performed using a questionnaire applied in the classroom containing questions about child violence and the behavior of the dentist. For data analysis, descriptive statistics were performed, by means of numerical and percentage frequency. Results: Students answered 60% of the questions regarding the identification of orofacial characteristics of child violence. Only 51.05% obtained information on the subject, and the main source reported was the internet. Concomitantly, 32% did not consider themselves capable of identifying cases of child abuse. Regarding the responsibility of the dentist, 93.16% believe that he has an ethical duty to report and, also, 87.37% has the legal obligation to notify suspected or confirmed cases of child violence. Regarding the place where to make the complaint, the tutelary Council was the most mentioned (78.4%). Conclusion: In general, undergraduates have satisfactory knowledge on the subject, both in terms of identification and conduct. However, it is suggested that the theme be more specifically addressed in the Pedagogical Projects of Dentistry Courses.

KEYWORDS

Forensic dentistry; Teaching; Child abuse.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JÁ, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: WHO; 2002.
3. Mathews B, Pacella R, Dunne MP, Simunovic M, Marston C. Improving measurement of child abuse and neglect: A systematic review and analysis of national prevalence studies. PloS one. 2020; 15(1): e0227884. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227884>
4. Diniz M. Disque 100 registra 142 mil denúncias de violações em 2017. Brasília: Agência Brasil; 2018.
5. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Silva PFRM. Maus-tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. Rev odonto ciênc. 2008; 23(1): 35-39.
6. Pires AL, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. Arq Ciênc Saúde. 2005; 12(1): 42-9.
7. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Países estão falhando em prevenir violência contra crianças, alertam agências. OPAS; 2020.
8. Cruz EP. Disque 100 recebe 50 casos diários de crimes sexuais contra menores. São Paulo: Agência Brasil; 2019.
9. Massoni ACLT, Ferreira ÂMB, Aragão AKR, Menezes VAD, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. Ciênc saúde coletiva. 2010; 15(2): 403-10. <https://doi.org/10.1590/S1518-87882010000200016>.
10. Governo do Estado do Espírito Santo. Conheça os canais de denúncias de violações de direitos humanos [acesso em 25 nov 2020]. Disponível em: <https://www.es.gov.br/Noticia/conheca-os-canais-de-denuncias-de-violacoes-de-direitos-humanos>
11. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1; 1990.
12. Cota ALS, Queiroz AMC, Remígio MMCJ, Reis DA, Kabengele DC. Dentist's Behavior Regarding Children and Adolescents Maltreatment. Journal of Health Sciences. 2019; 21(1): 58-64. <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2019v21n1p58-64>
13. Vilela LF, Castro ALC, Mori MP. Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do DF. 2. ed. Brasília: Secretaria Estadual do DF. 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf.
14. Nagarajan SK. Craniofacial and oral manifestation of child abuse: A dental surgeon's guide. J Forensic Dent Sci. 2018; 10(1): 5-7. <https://doi.org/10.4103/jfo.jfds.84.16>.
15. Kellogg N. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. Pediatrics. 2005; 116(6): 1565-8. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2315>

16. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *American Academy of Pediatrics*. 2017; 140(2): e20171487. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1487>.
17. Costacurta M, Benavoli D, Arcudi G, Docimo R. Oral and dental signs of child abuse and neglect. *Oral Implantol*. 2016; 8 (2-3): 68-73. <https://doi.org/10.11138/orl/2015.8.2.068>.
18. Souza CE, Rodrigues ÍFMM, Zocratto KBF, Oliveira CAS. Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista – revisão de literatura. *Rev Bras Odontol Leg RBOL*. 2016; 4(1). <https://doi.org/10.21117/rbol.v4i1.75>.
19. Harris JC. The mouth and maltreatment: safeguarding issues in child dental health. *Archives of disease in childhood*. 2018; 103(8): 722-729. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-313173>
20. Percinoto ACC, Danelon M, Crivelini MM, Cunha RF, Percinoto C. Condyloma acuminata in the tongue and palate of a sexually abused child: a case report. *BMC research notes*. 2014; 7(1): 1-6. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-467>
21. Busato CA, Pereira TCR, Guaré RO. Maus-tratos infantis na perspectiva de acadêmicos de Odontologia. *Revista da ABENO*. 2018; 18(1): 84-92. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i1.394>.
22. Al-Jundi SH, Zawaideh FI, Al-Rawi MH. Jordanian dental students' knowledge and attitudes in regard to child physical abuse. *J Dent Educ*. 2010; 74(10): 1159-1165.
23. Hashim R, Al-Ani A. Child physical abuse: assessment of dental students' attitudes and knowledge in United Arab Emirates. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2013; 14(5): 301-305. <https://doi.org/10.1007/s40368-013-0063-2>
24. Jahanimoghadam F, Kalantari M, Horri A, Ahmadipour H, Pourmorteza E. A survey of knowledge, attitude and practice of Iranian dentists and pedodontists in relation to child abuse. *J Dent (Shiraz)*. 2017; 18(4): 282-288.
25. Gurunathan D, Shanmugaavel AK. Dental neglect among children in Chennai. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2016; 34(4): 364.
26. Sousa GFP, Carvalho MMP, Granville-Garcia AF, Gomes MDNC, Ferreira JMS. Conhecimento de acadêmicos em odontologia sobre maus-tratos infantis. *Odonto*. 2012; 20(40): 109-117.
27. Jordan A, Welbury RR, Tiljak MK, Cukovic-Bagic I. Croatian dental students' educational experiences and knowledge in regard to child abuse and neglect. *J Dent Educ*. 2012; 76(11): 1512-1519.
28. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Resolução CFO nº 118/2012. Novo Código de Ética Odontológica. *Diário Oficial*, 2012; p. 118; 2012-06. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf
29. Bodrumlu EH, Avşar A, Arslan S. Assessment of knowledge and attitudes of dental students in regard to child abuse in Turkey. *Eur J Dent Educ*. 2018; 22(1): 40-46. <https://doi.org/10.1111/eje.12242>
30. Martins-Júnior PA, Ribeiro DC, Peruch GSO, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Physical abuse of children and adolescents: do health professionals perceive and denounce?. *Ciênc saúde coletiva*. 2019; 24(7): 2609-2616. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.19482017>
31. Mogaddam M, Kamal I, Merdad L, Alamoudi N. Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. *Child Abuse Negl*. 2016; 54: 43-56. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.02.004>
32. Lima BBS, Pieri A. Avaliação do conhecimento de docentes de odontologia da universidade do estado do Amazonas sobre maus-tratos infantis. *Rev Bras Odontol Leg RBOL*. 2021; 8(1). <https://doi.org/10.21117/rbol-v8n12021-347>.
33. Oliveira LB, Soares FA, Silveira MF, Pinho LD, Caldeira AP, Leite MTS. Domestic violence on children: development and validation of an instrument to evaluate knowledge of health professionals. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016; 24: e2772. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0805.2772>
34. Gomes LS, Pinto TCA, Costa EMMB, Ferreira JMS, Cavalcanti SD, Granville-Garcia AF. Percepção de acadêmicos de odontologia sobre maus-tratos na infância. *Odontol Clín-Cient (Online)*. 2011; 10(1): 73-78.
35. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020; 14(20):1-11. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>

36. Huang MI, O'Riordan MA, Fitzenrider E, McDavid L, Cohen AR, Robinson S. Increased incidence of nonaccidental head trauma in infants associated with the economic recession. *J Neurosurg Pediatr.* 2011;8(2):171.
<https://doi.org/10.3171/2011.5.PEDS1139>.
37. Bhatia A, Fabbri C, Cerna-Turoff I, Tanton C, Knight L, Turner E et al. COVID-19 response measures and violence against children. *Bull World Health Organ.* 2020; 1;98(9):583-583A.
<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.263467>
38. Hussein AS, Ahmad R, Ibrahim N, Yusoff A, Ahmad D. Dental health care providers' views on child physical abuse in Malaysia. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2016; 17(5): 387–395.
<https://doi.org/10.1007/s40368-016-0242-z>
39. Thomas JE, Straffon L, Inglehart MR. Child abuse and neglect: dental and dental hygiene students' educational experiences and knowledge. *J Dent Educ.* 2006; 70(5): 558-565.