

Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL

ISSN 2359-3466

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



Odontologia legal

CONHECIMENTOS E CONDUTAS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SOBRE DENÚNCIAS E NOTIFICAÇÕES DE MAUS-TRATOS INFANTIS.

Knowledge and conduct of dentists of State of Rio Grande do Norte regarding complaints and notifications of child abuse.

Gustavo Barbalho Guedes EMILIANO¹, Leilane Marjorie Costa de OLIVEIRA¹, Josimara Angelina de Araújo VARELA², Krissia Luana Nunes de PAIVA³, Georgia Costa de Araújo SOUZA³.

1. Departamento de Odontologia, Odontologia Legal, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Rio Grande do Norte, Brasil.

2. Curso de Odontologia, Faculdade Rebouças de Campina Grande (FRCG), Paraíba, Brasil.

3. Departamento de Odontologia, Saúde Bucal Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Brasil.

Informações sobre o manuscrito:

Recebido: 24 de fevereiro de 2024

Aceito: 26 de abril de 2024

Autor(a) para contato:

Geórgia Costa de Araújo Souza.

Av. Sen. Salgado Filho, 1787 - Lagoa Nova, Natal - RN, 59056-000.

E-mail: georgia_odonto@yahoo.com.br.

RESUMO

Os maus-tratos infantis são considerados um problema de saúde a nível mundial. Diante dessa realidade, destaca-se a relevante atuação dos profissionais de saúde na identificação, diagnóstico, notificação e, conseqüentemente, na redução no número de casos. O Cirurgião-Dentista apresenta-se em uma posição privilegiada no que diz respeito à identificação de casos de violência, visto que a maioria das lesões de ordem física a crianças e adolescentes se apresenta em região de cabeça e pescoço. Dessa forma, objetiva-se identificar as experiências e conduta dos cirurgiões-dentistas do Rio Grande do Norte sobre maus-tratos infantis. Foi realizado um estudo exploratório de caráter quantitativo mediante aplicação de um formulário eletrônico, com questões semiestruturadas, enviado aos dentistas com inscrições ativas no Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Norte. Foi obtido um total de 100 questionários respondidos. Para análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e testes de associação. Os resultados revelaram que 14% dos profissionais relataram ter visto caso suspeito de abuso físico, porém nenhum destes realizou notificação no último semestre. Apesar das médias das respostas terem sido superiores a 6 quanto à disposição para detecção, capacidade de diagnóstico e de identificação dos maus-tratos, esses resultados não corroboram com o número de profissionais que considera necessário maior qualificação em diagnóstico ou que desconhecem qualquer meio de notificação. A capacitação técnico-científica para a identificação e diagnóstico diferencial é importante e a responsabilidade pela notificação de casos suspeitos às autoridades é imprescindível para o exercício da profissão em consonância com os valores de cidadania e justiça.

PALAVRAS-CHAVE

Odontologia legal; Maus-tratos infantis; Violência familiar.

INTRODUÇÃO

A violência praticada contra criança e adolescente é considerada um problema de saúde no mundo e se refere a toda forma de violência em menores de 18 anos de idade, causada pelos pais, pessoas de confiança da família ou por estranhos. Os maus-tratos infantis consistem em uma das formas de violência e manifesta-se por um ou pelo conjunto simultâneo de abusos físico, sexual e emocional e por comportamentos negligentes, ocorrendo mais frequentemente em casa, mas também em creches, escolas e em instituições de longa permanência¹.

Estimativas internacionais apontam que uma em cada duas crianças de 2 a 17 anos sofrem alguma forma de violência a cada ano, e que suas repercussões na idade adulta, no contexto familiar, comunitário e entre gerações causam graves problemas de saúde pública².

No Brasil, dados do Ministério da Saúde revelaram que em 2019 foram 155.731 casos de violência contra criança e adolescente de até 19 anos de idade, correspondendo a 38% do total da violência notificada para o ano. Nesse mesmo período foram registrados 6.818 óbitos por agressões, a faixa etária mais atingida foi entre 15 a 19 anos, a maior parte de todos os casos ocorreu na região Nordeste, exceto nas faixas etárias menor de 1 ano e de 1 a 4 anos que prevaleceram as regiões Norte e Sudeste, respectivamente³.

Face à rotina de consultas, exames e procedimentos clínico-ambulatoriais ou hospitalares em crianças e adolescentes, os profissionais de saúde estão na linha de frente na identificação de casos suspeitos

de maus-tratos infantis. Todos os grupos de profissionais que lidam com crianças e adolescentes possuem um papel importante na proteção individual⁴ e, em casos suspeitos ou confirmados, o profissional tem o dever legal e ético de notificar aos diferentes níveis de autoridade⁵⁻⁶. Também merece atenção o conhecimento do perfil epidemiológico das vítimas, visto que representa informação importante para identificação e prevenção, e, conseqüente diminuição dos agravos à saúde física e mental das vítimas e, sobretudo, proteção da vida⁷.

Os maus-tratos causados por abusos físicos podem incluir lesões orofaciais que se manifestam na forma de traumas, marcas de mordida, fraturas dentárias, laceração de tecidos duros e moles, hematoma em estágios diferentes de evolução, entre outros⁸. E aqueles causados por comportamentos negligentes por quem tem o dever de cuidar colocam em risco a saúde bucal das crianças, levando ao acometimento de doenças orais como cáries dentárias na primeira infância e em dentes permanentes, lesões persistentes, queixa de dor sem busca de atendimento e descontinuidade do tratamento^{9,10}.

A complexidade do tema e a ligação estreita entre violência e agravos à saúde têm suscitado alguns estudos recentes sobre conhecimento, percepção e atitude de Cirurgiões-Dentistas diante da violência infantil no Brasil^{6,8,11,12} e em diversos países¹³⁻¹⁶.

Contudo, o desconhecimento sobre qual a conduta profissional e o possível despreparo ante tal situação podem

contribuir com a omissão de notificação ou o desvio do dever de encaminhar, resultando em uma realidade de subnotificações de casos de violência⁶. O estudo de Pereira et al. (2021)¹⁷, concluiu que os profissionais apresentam condutas insuficientes de como proceder diante de casos de violência intrafamiliar, contribuindo com a subnotificação, visto que apenas 9,1% dos profissionais que afirmaram ter atendido vítimas de violência realizaram notificação oficial. Entre os motivos que levam estes profissionais de saúde a se omitirem em casos de maus-tratos pode estar o medo e as ameaças de retaliação, dúvidas do diagnóstico diferencial, falta de segurança, entre outros⁵.

A abordagem a este problema deve ser multidisciplinar e intersetorial em todos os níveis e em todos os âmbitos de atenção à criança e ao adolescente¹⁵. Dessa forma, reconhecendo a importância do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos e sua responsabilidade na notificação às autoridades, o presente estudo tem por objetivo avaliar conhecimentos e atitudes de Cirurgiões-Dentistas do Estado do Rio Grande do Norte frente a possíveis casos maus-tratos infantis.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo quantitativo, observacional, transversal e descritivo, no período de 30 dias. A população estudada foi de Cirurgiões-Dentistas com inscrições ativas no Conselho Regional de Odontologia do

Estado do Rio Grande do Norte (CRO-RN), em um total de 3.564 profissionais.

O instrumento de coleta de dados consistiu-se de um questionário com perguntas abertas e fechadas desenvolvido por Russell et al. (2004)¹⁸ e validado para o português por Marengo et al. (2013)¹⁹. Este questionário visa a obtenção de dados epidemiológicos, a identificação da capacidade dos profissionais de saúde de diagnosticar e notificar casos de maus-tratos infantis ou se há necessidade de treinamento específico para esse fim, e fornece informações para traçar estratégias para os profissionais de saúde, principalmente os cirurgiões-dentistas e sua equipe, que atuam diretamente com crianças e adolescentes.

O questionário foi formatado em plataforma eletrônica e enviado para o endereço de e-mail profissional de todos os cirurgiões-dentistas inscritos no CRO-RN. O meio eletrônico utilizado permitiu que o questionário tivesse início somente a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual dispunha de mecanismos de interrupção de participação, de não resolução de questões e controle de participação múltipla ou externa aos Cirurgiões-Dentistas inscritos.

Foi assegurado a todos os participantes que suas respostas seriam tratadas com confidencialidade e não seria possível identificar respondentes individualmente. Os formulários foram recepcionados pelo período de trinta dias.

Para a análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial. As variáveis contínuas foram categorizadas e apresentadas como

frequência absoluta e relativa. Para verificar a associação entre as variáveis foram realizados o teste exato de Fisher (associação entre variáveis categóricas) e Mann-Whitney e Kruskal-Wallis (categóricas x quantitativas), com o pós-teste de Bonferroni para valores estatísticos significativos em variáveis com três grupos, após a aplicação do teste exato de Fisher. Em todos os testes, os resultados foram considerados significantes para $p < 0,05$. Para as análises, foi utilizado o software SPSS versão 21 (<https://www.ibm.com/>).

A pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, conforme resolução do CNS 466/12, sob protocolo nº 1.582.451 (CAAE n. 54461716.0.0000.5294).

RESULTADOS

Um total de 100 questionários foi respondido e reenviado por Cirurgiões-Dentistas do Rio Grande do Norte, correspondendo a uma taxa de resposta de 2,8%. No que se refere ao atendimento dos dentistas tendo como pacientes o público infantil, tem-se os resultados apresentados de acordo com a Figura 1.

O atendimento infantil era realizado por grande parte dos profissionais (69%), em sua maioria atendendo de 1 a 10 crianças semanalmente e 31% dos respondentes não atendiam pacientes pediátricos (Figura 1).

Na tabela 1 são apresentados resultados sobre conhecimentos e atitudes dos Cirurgiões-Dentistas sobre maus-tratos

infantis ao longo de suas carreiras e experiências nos últimos seis meses.

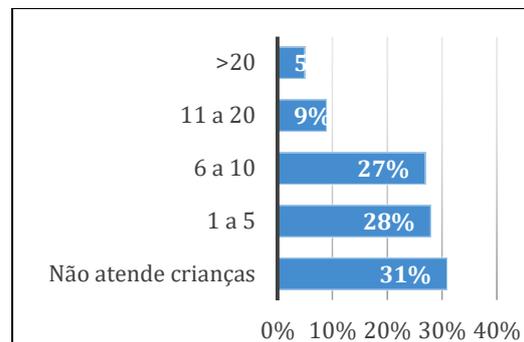


Figura 1. Distribuição percentual dos Cirurgiões-Dentistas sobre atendimento infantil e distribuição absoluta do número de crianças atendidas por semana.

Sobre a experiência prévia com maus-tratos, 14,14% dos cirurgiões-dentistas relataram ter visto caso suspeito de abuso físico, sendo 4,12% desses nos últimos seis meses e 3,03% viram casos confirmados de abuso físico nos últimos seis meses. Embora a observação de maus-tratos tenha sido feita, não houve notificação de casos suspeitos ou confirmados no último semestre.

Os resultados sobre a capacidade de o profissional reconhecer sinais e sintomas, diagnosticar efetivamente e estar disposto a envolver-se na detecção dos maus-tratos, podem ser observados na figura 2.

Apesar de nas respostas com a escala de 0 a 10 as médias terem sido superiores a 6 quanto à disposição para detecção (7,81), capacidade de diagnóstico (6,06) e capacidade de identificação dos maus-tratos (6,74), esses resultados não corroboram com o número de profissionais que consideram necessário maior qualificação para o diagnóstico ou que

desconhecem qualquer meio de notificação.

Tabela 1. Distribuição absoluta e percentual sobre conhecimentos e atitudes dos profissionais sobre maus-tratos infantis.

Variável		n	%
Viu caso suspeito de abuso físico entre seus pacientes infantis	Sim	14	14,14
	Não	85	85,86
Já notificou caso suspeito de abuso físico entre seus pacientes	Sim	9	9,09
	Não	90	90,91
Viu algum caso de trauma orofacial infantil nos últimos seis meses	Sim	27	27,27
	Não	72	72,73
Viu caso suspeito de abuso físico infantil nos últimos seis meses	Sim	4	4,12
	Não	93	95,88
Viu caso confirmado de abuso físico nos últimos seis meses	Sim	3	3,03
	Não	96	96,97
Notificou caso suspeito ou confirmado de abuso físico infantil nos últimos seis meses	Sim	0	0,00
	Não	99	100,00
Conhece algum mecanismo para notificação	Sim	56	56,57
	Não	43	43,43
Necessidade de informação sobre como identificar e notificar	Sim	91	91,92
	Não	8	8,08
A identificação e os mecanismos de notificação devem fazer parte dos cursos de formação profissional	Sim	97	97,98
	Não	2	2,02

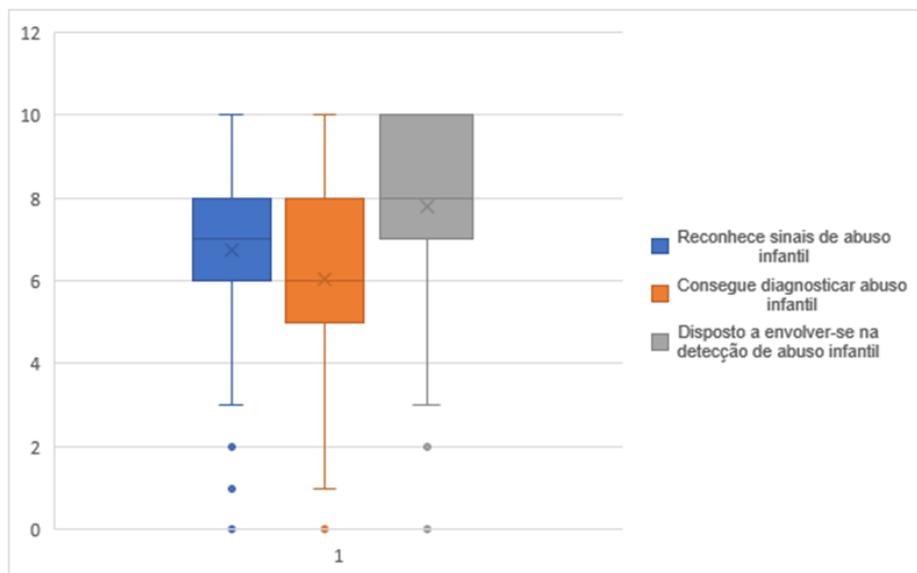


Figura 2. Escala da capacidade de reconhecimento, diagnóstico e disposição para identificação. Escala de 0 – 10, sendo 0 incapaz/indisposto de reconhecer, diagnosticar ou detectar e, 10 capaz ou disposto a envolver na detecção.

A idade e o tempo de formação do cirurgião-dentista estiveram significativamente associados à capacidade de reconhecer o abuso infantil, mas não à

capacidade de diagnosticá-lo (Tabela 2). Também houve associação entre o desejo de mais informações sobre abuso infantil e a idade mais jovem do profissional.

Tabela 2. Idade e tempo de formação do cirurgião-dentista relacionados a experiências e notificações sobre a violência infantil.

		Idade (anos)			p	Tempo de formado (anos)			
		n	Mediana	Mín-Máx		n	Mediana	Mín-Máx	p
Capacidade de reconhecer abuso infantil	Baixa	22	33,50	22-56	0,002*	22	10,50	1-33	0,005*
	Média	60	30,00	22-58		58	5,00	1-38	
	Alta	17	40,00	27-79		17	16,00	0-50	
Capacidade de diagnosticar abuso infantil	Baixa	37	31,00	22-56	0,519	37	8,00	1-33	0,429
	Média	30	32,00	23-58		30	5,50	1-38	
	Alta	32	33,50	22-79		30	8,00	0-50	
Disposto a envolver-se na detecção	Baixo	54	33,00	22-79	0,936	52	8,50	1-50	0,468
	Alto	45	32,00	22-65		45	8,00	0-41	
Conhece algum mecanismo para notificação	Sim	56	31,50	22-62	0,238	55	6,00	0-40	0,148
	Não	43	35,00	22-79		42	9,00	1-50	
Viu caso suspeito de abuso físico entre seus pacientes	Sim	14	35,00	22-62	0,778	14	12,50	1-40	0,452
	Não	85	32,00	22-79		83	8,00	0-50	
Notificou caso suspeito de abuso físico	Sim	9	36,00	24-62	0,484	9	8,00	1-40	0,718
	Não	90	32,00	22-79		88	8,00	0-50	
Deseja mais informação sobre identificar e notificar casos suspeitos de abuso físico infantil	Sim	91	32,00	22-65	0,056	90	7,50	0-41	0,049**
	Não	8	38,00	29-79		7	16,00	2-50	
A identificação e a notificação de abuso físico infantil devem fazer parte dos cursos de formação profissional	Sim	97	32,00	22-79	0,090	95	8,00	0-50	0,090
	Não	2	48,00	40-56		2	22,50	16-29	

*Teste de Kruskal-Wallis; **teste de Mann-Whitney.

Associação significativa foi encontrada entre o quantitativo de crianças atendidas semanalmente e a observação e notificação de casos suspeitos de abuso físico pelo Cirurgião-Dentista. Ademais, ver caso suspeito de abuso físico nos últimos

seis meses esteve associado ao maior número de crianças atendidas semanalmente (tabela 3).

Tabela 3. Número de crianças atendidas por semana, observação e notificação de casos de abuso infantil pelos cirurgiões-dentistas.

		Número de crianças atendidas por semana						p
		1 a 10		11 a 20		>20		
		n	%	n	%	n	%	
Viu caso suspeito de abuso físico entre seus pacientes	Sim	6 _a	54,5	2 _{a, b}	18,2	3 _b	27,3	0,015*
	Não	49 _a	84,5	7 _{a, b}	12,1	2 _b	3,4	
Notificou caso suspeito de abuso físico entre seus pacientes	Sim	4 _a	57,1	0 _a	0,0	3 _b	42,9	0,011*
	Não	51 _a	82,3	9 _a	14,5	2 _b	3,2	
Viu algum caso de trauma nos últimos seis meses	Sim	20	80,0	3	12,0	2	8,0	1,000
	Não	35	79,5	6	13,6	3	6,8	
Viu caso suspeito de abuso físico nos últimos seis meses	Sim	1 _a	25,0	1 _{a, b}	25,0	2 _b	50,0	0,011*
	Não	54 _a	84,4	7 _{a, b}	10,9	3 _b	4,7	
Viu caso confirmado de abuso físico nos últimos seis meses	Sim	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0,102
	Não	54	81,8	8	12,1	4	6,1	

*Teste exato de Fisher.

_{a, b} Letras iguais indicam que não há diferença entre os grupos (Pós-teste de Bonferroni).

DISCUSSÃO

A atuação do cirurgião-dentista é relevante no diagnóstico da violência infantil, tendo em sua prática profissional uma posição privilegiada no que diz respeito à identificação de casos, visto que a maioria das lesões de ordem física a crianças e adolescentes se apresenta em região de cabeça e pescoço²⁰. A localização anatômica das regiões de face e bucomaxilofacial integram uma condição privilegiada à classe odontológica, o que exige deste profissional uma visão mais abrangente quanto aos agravos interligados à condição clínica⁶.

No presente estudo foi possível constatar que menos de 15% dos cirurgiões-dentistas relatou conhecimento a respeito de experiências pregressas ou contato anterior com a temática em questão. Essa realidade pode ser observada em estudos anteriores²¹⁻²³ em

que uma pequena parcela dos profissionais ativos entre os Conselhos de Classe de seus respectivos estados (PE, SC, CE, SP, PR) apresentou experiências prévias com a temática, bem como em atitude frente aos maus-tratos infantis. Tais observações podem reportar a uma subestimação da relevância social no diagnóstico da violência infantil, bem como da falta de conhecimento a respeito do tema dada as ausências na estrutura curricular da graduação e em cursos de atualização, bem como a quantidade insuficiente de pesquisas voltadas a essa temática realizadas entre profissionais da Odontologia^{21,22}.

De acordo com os resultados deste trabalho, é significativa a quantidade de entrevistados que realizaram atendimento infantil (69%), sendo de 1 a 10 crianças semanalmente. Esses resultados implicam em uma demanda maior de atendimentos

realizados com a participação dos pais ou responsáveis, visto que as crianças demandam dos adultos uma dependência pessoal, acompanhamento e supervisão nas atividades do cotidiano, incluindo as consultas odontológicas. Vale salientar que houve associação significativa entre o quantitativo de crianças atendidas semanalmente e a observação e notificação de casos suspeitos de abuso físico pelo Cirurgião-Dentista, verificando que quanto maior a quantidade de crianças atendidas, maior a exposição a casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos. Ademais, ver caso suspeito de abuso físico nos últimos seis meses esteve associado ao maior número de crianças atendidas semanalmente.

Em estudo feito por Martin et al. (2021)²⁴, a negligência foi a menos associada pelos alunos de odontologia como um tipo de maus-tratos. Vale salientar que a negligência do cuidado acontece com frequência como a negligência com a saúde bucal de menores. Mediante a ótica legal, existem sanções que podem ser aplicadas aos responsáveis pela omissão dos cuidados aos menores. Serafim et al. (2016)⁹ relatou casos de crianças entre 3 e 9 anos que apresentavam péssima condição de saúde e higiene bucal, sendo caracterizada como situações de maus-tratos por negligência, em que os responsáveis não assumiam a supervisão da escovação e relatavam a troca da dentição como justificativa para explicar a condição de saúde dos menores.

Como comentado anteriormente, as crianças vão as consultas odontológicas acompanhadas dos responsáveis e o

cirurgião-dentista pode atuar na conscientização e educação dos tutores sobre a importância dos cuidados com a saúde e higiene bucal na primeira dentição, prevenindo doença cárie e perdas precoce de dentes, bem como diminuir a incidência de maus-tratos devido a omissão do cuidado²³.

No que tange ao conhecimento e as atitudes dos cirurgiões-dentistas a respeito dos maus-tratos infantis, apenas 14% desses profissionais perceberam ou suspeitaram da presença de abuso físico nos pacientes atendidos. Além disso, apenas 9% já realizou a notificação dos casos, ou seja, pequena parte dos profissionais que identificaram casos suspeitos realiza a notificação dos mesmos aos órgãos competentes. O que pode levar a futuras indagações frente aos resultados quanto ao conhecimento em relação aos mecanismos para o processo de notificação, muito embora, os resultados tenham exposto que 56% afirmaram ter ciência ou conhecimento, corroborando com estudos anteriores em que se contata um distanciamento entre o procedimento de identificação/suspeita dos casos e o ato de notificação^{20,17}.

Além disso, o estudo ainda descreve informações quanto a necessidade de preparação e aperfeiçoamento profissional no diagnóstico e conduta nos atendimentos, em que 91% dos dentistas relataram a necessidade de informação sobre identificação e notificação dos casos suspeitos, o que corrobora com resultados anteriores^{20,25,26}, em que a amostra avaliada relatou que apesar de terem

conhecimento a respeito do assunto, muitos profissionais sentem a necessidade de qualificação e aperfeiçoamento na condução desse problema de saúde^{20,22}. Em estudo sobre a disposição dos profissionais em receber informações sobre maus-tratos infantis, a resposta média foi de 8,73²⁶, mostrando uma boa aceitação pela categoria e o anseio por mais qualificação.

No estudo de Lima e Pieri (2021)²⁶, os docentes entrevistados apresentaram conhecimento limitado para diagnóstico e manejo de casos de maus-tratos infantis, o que pode influenciar inadequadamente na abordagem da temática junto aos discentes. Os estudantes entrevistados por Martin et al. (2021)²⁴ afirmaram ter recebido informações sobre o tema pela internet (68%), seguido da Universidade (61,9%), mostrando um melhor resultado comparado a pesquisa com os docentes²⁶, na qual 82,22% afirmaram não terem recebido informação sobre o tema na época da graduação. Sendo assim, podemos inferir que os profissionais que se formaram há mais de 15 anos não tiveram acesso a temática na graduação, enquanto os discentes mais recentes já possuem contato com o assunto ainda no âmbito acadêmico.

Frente aos fatos, os assuntos referentes à temática da violência infantil ainda permanecem pouco explorados em âmbito acadêmico e instituições de pós-graduação²⁰. Dado esse, exposto na Figura 2 a qual foi possível constatar a não concordância com a média daqueles que afirmaram dominar a ciência e conduta clínica em casos de maus-tratos, bem

como na média dos que consideram pertinente a necessidade de maior inclusão de qualificação e aperfeiçoamento quanto ao diagnóstico e conduta profissional, onde ambas apresentaram valores acima da média (6,0). Este fato leva a constatar uma insegurança quanto à verdadeira capacidade de atuação dos cirurgiões-dentistas no diagnóstico e notificação dos casos⁶.

Os cirurgiões-dentistas se consideraram mais capazes para reconhecer o abuso infantil quanto maior a idade do profissional e o tempo de formado ($p < 0,05$), demonstrando que o fator experiência profissional pode ter implicações na identificação. Contudo, o mesmo não se manifestou na capacidade de diagnosticar, o que evidencia um distanciamento entre o saber e a atuação prática cotidiana. O processo de identificação é uma parte essencial do diagnóstico e estabelece um diagnóstico provável ou possível, porém pode falhar, pois para ter um diagnóstico correto é necessário estar baseados em raciocínios adequados e em informações válidas²⁷. Em relação ao tempo de formado, os profissionais com menos tempo se mostraram mais dispostos a capacitação sobre identificação e notificação de casos suspeitos de abuso físico infantil.

Outrossim, além da falta de acurácia no diagnóstico e olhar clínico para os sinais e sintomas das lesões oriundas de maus-tratos, a falta de conhecimento da legislação em vigor e de suas obrigações legais quanto ao exercício do profissional da Odontologia perante o Código de Ética Odontológica, contribui para uma menor

participação desses atores nos serviços de saúde em âmbito privado e público no que tange ao amparo às vítimas ou suspeitas de casos de violência infantil^{6,23}.

Nesse sentido, além do despreparo e fomento científico em abordagem de caráter social e comportamental da população, muitas situações corriqueiras realizadas em ambiente clínico odontológico como uma assistência ainda voltada ao modelo biomédico, atrelado aos procedimentos de ordem curativa, permitem que o cirurgião-dentista deixem brechas na sua conduta quanto a notificação e envolvimento com os casos de agressão e violência em seus vários aspectos, bem como medo de se envolver^{22,28}. O que não o isenta de possíveis coerções legais, tendo em vista ser um dever deste profissional, atuar de modo generalista, englobando aspectos clínicos e sociais indissociáveis na condição de saúde de crianças e adolescentes^{6,28}.

CONCLUSÃO

Apesar de 14% dos cirurgiões-dentistas do RN terem visto caso suspeito de abuso físico infantil entre seus pacientes, apenas 9% fez notificação, o que respalda 92% afirmarem que precisam

de informações sobre como identificar e notificar. Ainda, quanto maior a idade e o tempo de formado, maior a capacidade referida pelo profissional de reconhecer abuso infantil, demonstrando relação com a experiência.

Perante os resultados encontrados, pode-se concluir que, de forma geral os cirurgiões-dentistas referem que, mesmo dispondo de capacidade e disposição para enfrentar o problema de suspeita ou confirmação de maus-tratos infantis na prática profissional, é necessário mais acesso a conhecimento sobre a temática, a respeito do diagnóstico, manejo adequado do paciente/vítima e das atitudes que devem ser adotadas para preservar os direitos das crianças e adolescentes quanto à proteção da integridade física e controle de agravos à saúde.

Sendo assim, torna-se evidente a importância de cursos de formação com ênfase na responsabilidade ética e legal dos profissionais, e da abordagem da temática da violência nos Projetos Pedagógicos dos cursos de Odontologia, colaborando para a formação de um Cirurgião-Dentista crítico-reflexivo sobre os problemas atuais e em consonância com os valores de cidadania e éticos da profissão.

ABSTRACT

Child abuse is considered a global health problem. Given this reality, the relevant role of health professionals in identifying, diagnosing, reporting and, consequently, reducing the number of cases stands out. The dentist is in a privileged position with regard to identifying cases of violence, given that the majority of physical injuries to children and adolescents occur in the head and neck region. Thus, the objective is to identify the experiences and conduct of dentists in Rio Grande do Norte regarding child abuse. An exploratory quantitative study was carried out using an electronic form, with semi-structured questions, sent to dentists with active registrations at the Rio Grande do Norte Regional Dentistry Council. A total of 100 completed questionnaires were obtained. For data analysis, descriptive statistics and association tests were used. The results revealed that 14% of professionals reported having seen a suspected case of physical abuse, but none of them reported it in the last semester. Although the response averages were higher than 6 in terms of willingness to detect, diagnose and identify abuse, these results do not corroborate the number of professionals who consider it necessary to have greater qualifications in diagnosis or who are unaware of any means of reporting. Technical-scientific training for

identification and differential diagnosis is important and the responsibility for reporting suspected cases to the authorities is essential for exercising the profession in line with the values of citizenship and justice.

KEYWORDS

Forensic dentistry; Child abuse; Domestic violence.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Global status report on preventing violence against children 2020. Geneva; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004191>
- Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*. 2016; 137(3):e20154079. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
- Brasil. Ministério da Saúde. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências – Brasil; 2018 [Internet]. TabNet Win32 3.0. 2018 [cited 2021 14]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def>
- Martins-Júnior PA, Ribeiro DC, Peruch GS de O, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Abuso físico de crianças e adolescentes: os profissionais de saúde percebem e denunciam? *Cien Saude Colet*. 2019; 24(7):2609–16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.19482017>
- Dalledone M, Paola APB, Correr GM, Pizzatto E, Souza JF, Losso EM. Child abuse: perception and knowledge by Public Health Dentistry teams in Brazil. *Braz J Oral Sci*. 2015; 14(3):224–9. <http://dx.doi.org/10.1590/1677-3225v14n3a10>
- Garbin CAS, Rovida TAS, Costa AA, Garbin AJL. Percepção e atitude do cirurgião-dentista servidor público frente à violência intrafamiliar em 24 municípios do interior do estado São Paulo, 2013-2014. *Epidemiol e Serv Saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2016; 25(1):179–86. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000100019>
- Borges KNG, Maranhão MGM, Inocencio MD, Lucena MM, Paula MB, Oliveira RS, et al. Epidemiologia da violência contra a criança no Estado de Goiás. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;Sup.34:e1420. <https://doi.org/10.25248/reas.e1420.2019>
- Rover ALP, Oliveira GC, Nagata ME, Rafael F, Molina AFC. Violência contra a criança: indicadores clínicos na odontologia. *Brazilian J Dev*. 2020; 6(7):43738. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-114>
- 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; 3(1):95–105. <https://doi.org/10.21117/rbol.v3i1.60>
- 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*. 2017; 4(1):53–63. <https://doi.org/10.21117/rbol.v4i1.75>
- Cota A, Queiroz A, Remígio M, Reis DA, Kabengele DC. Dentist's Behavior Regarding Children and Adolescents Maltreatment. *J Heal Sci*. 2019; 21(1):58–64. <http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2019v21n1p58-64>
- Pinheiro Costa A, Lima R, Tinoco R. Maus-tratos infantis no currículo dos cursos de Odontologia do Rio de Janeiro. *Rev da ABENO*. 2019; 19(2):54–62. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v19i2.825>
- Bjørknes R, Iversen AC, 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. *Heal Soc Care Community*. 2019;27(4):871–9. <https://doi.org/10.1111/hsc.12703>
- Brattabø IV, Bjørknes R, Breivik K, Åstrøm AN. Explaining the intention of dental health personnel to report suspected child maltreatment using a reasoned action approach. *BMC Health Serv Res*;19(1):507. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4330-8>
- Cifuentes-Harris C, Contreras-Reyes C, Torres MA, Gonzales-Alegria S. Maltrato Infantil: Conocimiento y Actitud del Cirujano Dentista. *Marco Legal y Revisión de la Literatura*. *Int J Odontostomatol*. 2020;14(2):160–6. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2020000200160>
- Díaz Herrera R, Vélez Sosa MM, De la Hoz Perafán RP, Obispo Salazar K. Exploración de conocimientos sobre maltrato infantil en odontólogos de Santa Marta, Colombia. *Acta Odontológica Colomb*. 2019;9(2):71–85. <https://doi.org/10.15446/aoc.v9n2.77763>
- Pereira FJP, Da Silva ML, Emiliano GBG, de Oliveira Moura JMB, Pessoa DMDV. Violência Intrafamiliar: Conhecimento e conduta dos Cirurgiões-Dentistas de Caicó (RN). *RBOL*. 2021; 8(2):59-70. <https://doi.org/10.21117/rbol-v8n22021-371>

18. Russell M, Lazenbatt A, Freeman R, Marcenes W. Child physical abuse: health professionals' perceptions, diagnosis and responses. *Br J Community Nurs*. 2004;9(8):332-8. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2004.9.8.15355>
19. Marengo G, Paola APB, Ferreira FM, Pizzatto E, Correr GM, Losso EM. Child abuse: Validation of a questionnaire translated into Brazilian Portuguese. *Braz Oral Res*. 2013; 27(2):163-8. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242013000100022>
20. Silva KBG, Cavalcanti AFC, Cavalcanti AL. Maus-tratos infantis: conhecimentos e condutas dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família de Guarabira-PB. *REFACS*. 2017; 5:108-17. <https://doi.org/10.18554/refacs.v5i0.1977>
21. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Silva PFRM. Maus-tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. *Rev. odonto ciênc*. 2008; 23(1):25-39.
22. Moreira GAR, Rolim ACA, Saintrain MVDL, Vieira LJEDS. Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária. *Saúde em Debate*. 2015; 39: 257-67. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005235>
23. Silva AM, Santos J, Almeida LH. Conhecimento do cirurgião-dentista acerca de maus-tratos à criança e ao adolescente. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*. 2019; 24(2):250-5. <https://doi.org/10.5335/rfo.v24i2.10446>
24. Martin GB, Marques TA, de Abreu Costa LVD, Sarcinelli RB, dos Santos Pacheco KT. Conhecimento e conduta de graduandos em odontologia da UFES frente à violência infantil: um estudo transversal. *RBOL*. 2021; 8 (3): 61-73. <https://doi.org/10.21117/rbol-v8n32021-379>.
25. Jakobsen U, Fjallheim, AS, Gislason H, Gudmundsen E, Poulsen S, Haubek D. Dental professionals' experience with and handling of suspicion of child maltreatment in a small-scale society, the Faroe Islands. *Clinical and experimental dental research*. 2019; 5(2):145-50. <https://doi.org/10.1002/cre2.164>
26. Lima BBS, Pieri A. Avaliação do conhecimento de docentes de odontologia da universidade do estado do Amazonas sobre maus-tratos infantis. *RBOL*. 2021; 8 (1): 43-54. <https://doi.org/10.21117/rbol-v8n12021-347>.
27. Rea-Neto A. Raciocínio clínico: o processo de decisão diagnóstica e terapêutica. *Rev Assoc Med Bras*. 1998; 44:301-311. <https://doi.org/10.1590/S0104-42301998000400009>
28. Fracon ET, Silva RHA, Bregagnolo JC. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP). *RSBO*. 2011; 8(2):153-9.