

Conhecimento, atitudes e práticas de dentistas ante sinais e notificações de abuso/maus-tratos infantis

Waleska Fernanda Souto Nóbrega¹  | Márcia Kmilly da Silva Prazeres²  | Danilo Vieira Barbosa³ 

¹ Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

² Faculdade Rebouças, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

³ Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Objetivo: Investigar o conhecimento, as atitudes e as práticas de dentistas frente a suspeitas e denúncias de abuso e maus-tratos infantis.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal que avaliou o conhecimento, as atitudes e as práticas de dentistas atuantes em serviços públicos de saúde em um município do Nordeste brasileiro. Os dados foram coletados por meio de um questionário originalmente desenvolvido e testado por Markovic et al. (2015), adaptado para aplicação na plataforma *Google Forms*. Após a coleta, as respostas foram codificadas e analisadas no software SPSS, versão 21.0 para Windows. Para verificar a associação entre variáveis dependentes e independentes, utilizou-se o teste do Qui-quadrado (χ^2).

Resultados: A maioria dos participantes atuava na Estratégia de Saúde da Família (76,7%) e possuía mais de 10 anos de formação em Odontologia (43,3%). Metade dos profissionais tinha especialização (50%), sendo 26,7% com formação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família. Além disso, 50% relataram ter recebido informações sobre sinais de abuso e maus-tratos infantis durante a graduação. Foram identificadas associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as variáveis dependentes e o local de trabalho, o tempo de atuação, o tempo de formação em Odontologia e o recebimento de informações sobre abuso na graduação. Destaca-se que a ausência de histórico do caso e a falta de informações sobre o tema durante a formação acadêmica ($p = 0,046$) foram apontadas como fatores que poderiam justificar a não realização da denúncia.

Conclusão: Os cirurgiões-dentistas ainda apresentam níveis alarmantes de desconhecimento sobre indicadores e sinais físicos de abuso infantil, evidenciando a necessidade de capacitações, alterações no currículo da graduação e criação de protocolos claros para apoiar o dentista diante de suspeitas de abuso.

Descritores: maus-tratos infantis; odontologia legal.

Data recebimento: 2025-05-23

Data Aceite: 2025-12-10

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define maus-tratos como toda e qualquer forma de violação física e/ou emocional, abandono, negligência ou abuso sexual, que acarretam danos à saúde, dignidade, desenvolvimento e sobrevivência da criança envolvida¹.

Acredita-se que cerca de 50% de crianças em todo o mundo, na faixa etária de 2 a 17 anos

de idade, sofram algum tipo de violência todos os anos. Em torno de 120 milhões de meninas antes de completar seus 20 anos sofrem agressão sexual e 300 milhões de crianças sofrem com padrões disciplinares violentos².

Devido aos impactos negativos que a violência contra crianças e adolescentes produz, não só à vítima, mas na sociedade como um todo, esse é considerado um grave problema de saúde pública³. Para além disso, os reflexos

Autor para correspondência:

Waleska Fernanda Souto Nóbrega. Faculdade de Odontologia da UFMG. Sala 3336. Av. Pres. Antônio Carlos 6627, Pampulha, 31270-901, Belo Horizonte – MG, Brasil. Telefone: +5583996312031.

Email: waleskasouto@odonto.ufmg.br.

da violência são nítidos na esfera dos sistemas de saúde, em decorrência das mortes, traumas mentais e físicos, custos e complexidade dos tratamentos⁴.

Para diagnosticar maus-tratos infantis o profissional se baseia no perfil comportamental, sinais e sintomas físicos que são comuns em crianças que sofreram abusos e negligência⁵, sendo importante analisar todos os ferimentos presente na criança, principalmente em estruturas da face, devido ao risco de hemorragia da retina, contusão nasal, hematoma na região periorbital e ptose⁶.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), estabelecido através da Lei Nº 8.069/90, define que criança alguma, de zero a doze anos, poderá ser vítima de negligência, exploração, discriminação, crueldade, violência ou opressão, salientando ainda que seja assegurado por lei o desenvolvimento mental, físico e social, com liberdade e dignidade⁷.

Como profissional, o cirurgião-dentista tem o dever de zelar pela dignidade e saúde de seus pacientes, independente de exercer seu trabalho no setor público ou privado⁸, tendo como um de seus deveres notificar às autoridades competentes qualquer caso suspeito de maus-tratos⁷.

Devido ao maior contato com o paciente e familiares em decorrência dos encontros contínuos e duradouros, o cirurgião-dentista assume uma posição importante quanto ao conhecimento acerca de maus-tratos contra crianças, podendo ser o primeiro a identificar lesões no sistema estomatognático, que podem ser de origem abusiva ou não, além da oportunidade de observação do comportamento da criança diante dos familiares^{9,10}.

No entanto, estudos têm demonstrado que o conhecimento dos dentistas não é suficiente para o correto diagnóstico do abuso infantil, acarretando a subnotificação do agravo no Brasil^{11,12}. Para além disso, o medo, as ameaças de retaliação, as dúvidas quanto ao diagnóstico diferencial e a falta de segurança vem se apresentando como fatores importantes à omissão dos profissionais em casos de maus-tratos¹³.

Diante do exposto, o objetivo da presente pesquisa foi investigar o conhecimento, as atitudes e práticas de dentistas atuantes nos serviços de saúde bucal (Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde e Centros de Especialidades Odontológicas), de um município de médio porte do Nordeste brasileiro, ante suspeitas e notificação de abuso/maus-tratos infantis.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de conhecimento de atitudes e práticas, também conhecido como inquérito CAP. O inquérito CAP é formado por um conjunto de perguntas que busca compreender o que uma população específica conhece, acredita e como se comporta sobre determinado tema¹⁴.

O objetivo da pesquisa foi investigar o conhecimento, as atitudes e práticas de dentistas atuantes nos serviços de saúde bucal (Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde e Centros de Especialidades Odontológicas) no município de Campina Grande – PB, ante suspeitas e notificação de abuso/maus-tratos infantis.

Campina Grande – PB possui população estimada de 443.911 habitantes para o ano de 2025, sendo a segunda cidade mais populosa da Paraíba. Além disso, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,720, um dos maiores do estado¹⁵.

O estudo foi composto pelos dentistas atuantes em serviços públicos de saúde bucal do município de Campina Grande (Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde e Centros de Especialidades Odontológicas). Segundo informações cedidas pela Coordenação de Saúde Bucal do município, no momento da coleta, Campina Grande contava com 100 cirurgiões dentistas em seu corpo de profissionais. Destes, 68 eram efetivos do funcionalismo público e 32 eram contratados por tempo limitado. Cinquenta atuavam em equipes de saúde da família, 19 em centros de saúde e 31 em centros de especialidades, à época¹⁶.

O instrumento de coleta foi construído utilizando um questionário previamente formulado e testado por Markovic et al.¹⁷, em pesquisa com mais de 200 cirurgiões-dentistas atuantes em serviços públicos. O instrumento contou com vinte e sete perguntas, adaptadas e modificadas a partir de investigações anteriores. Todas as questões relacionadas a conhecimentos e atitudes foram redigidas na forma de afirmações, utilizando o formato de múltipla escolha ou verdadeiro-falso¹⁷. O instrumento utilizado foi originalmente desenvolvido em língua inglesa e, para este estudo, foi traduzido para o português por meio de tradução direta, sem validação transcultural formal.

Para a coleta de dados, o instrumento foi adaptado para o formato da plataforma *Google Forms*. Devido a coordenação de saúde bucal dispor de um canal de comunicação oficial com os profissionais no aplicativo de mensagens instantâneas *Whatsapp*, foi solicitada a inclusão

da pesquisadora durante o período determinado para a coleta e a autorização para o envio do *link* para resposta do questionário. Durante o período de três meses (abril a junho de 2024) o *link* foi enviado semanalmente, incentivando a participação dos profissionais. Ao fim do período pré-determinado, a amostra obtida por conveniência foi considerada para análise.

Após a coleta, os dados foram tabulados e analisados no SPSS versão 21.0 para Windows. As variáveis quantitativas foram categorizadas. A fim de se verificar a existência de associação entre as variáveis dependentes (relacionadas ao instrumento – conhecimento, atitudes e práticas) e independentes (referentes à formação profissional) foi aplicado o teste de Qui-quadrado (χ^2), considerando-se significância de 5% ($p \leq 0,05$).

O teste do Qui-quadrado (χ^2) tem como objetivo principal verificar se existe associação ou independência entre variáveis categóricas. Ele é amplamente utilizado em pesquisas biomédicas, sociais e de saúde pública, especialmente para analisar tabelas de contingência¹⁸.

A pesquisa seguiu todos os pressupostos para estudos com seres humanos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esta foi submetida à apreciação ética ao

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, através da Plataforma Brasil (CAAE: 73788623.8.0000.5187), tendo sido aprovado sob o parecer nº 6.297.553. Aos participantes, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido, explicando-lhes o caráter voluntário de sua participação. Foi obtida anuência institucional da Coordenação Municipal de Campina Grande – PB para realização da pesquisa.

RESULTADOS

Obteve-se uma amostra final de 30 participantes na pesquisa. A maioria dos participantes da pesquisa atua na Estratégia de Saúde da Família (N=23/76,7%), possui vínculo estatutário (N=23/76,7%), tempo de atuação no local de trabalho entre 1 e 5 anos (N=11/36,7%) e tempo de formação em Odontologia de mais de 10 anos (N=13/43,3%). Ao serem perguntados sobre a obtenção de informações sobre sinais de abuso na infância, metade respondeu que sim e metade que não (N=15/50%). No que diz respeito a pós-graduação, a maior parte possui especialização (N=15/50%) e formação na área de Saúde Coletiva/Saúde Pública/Saúde da família (N=8/26,7%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos dentistas respondentes da pesquisa, Campina Grande – PB, 2024.

(continua)

VARIÁVEL	N	%
Local de atuação		
Equipe de Saúde da Família	23	76,7
Centro de Saúde	2	6,7
Saúde na Hora	3	10,0
Centro de Especialidades Odontológicas	2	6,7
Tipo de vínculo empregatício		
Contrato por tempo determinado	7	23,3
Estatutário	23	76,7
Tempo de atuação no local		
Até 1 ano	9	30,0
Entre 1 e 5 anos	11	36,7
Entre 6 e 10 anos	1	3,3
Mais de 10 anos	9	30,0
Tempo de formação em Odontologia		
Até 1 ano	1	3,3
Entre 1 e 5 anos	7	23,3
Entre 6 e 10 anos	9	30,0
Mais de 10 anos	13	43,3

Obteve informações sobre reconhecimento/notificação de sinais de abuso infantil na graduação?		
Não	15	50,0
Sim	15	50,0
Nível de pós-graduação		
Não possui	3	10,0
Especialização	15	50,0
Mestrado	7	23,3
Doutorado	5	16,7
Área na qual possui pós-graduação		
Saúde Coletiva/Saúde Pública/Saúde da família	8	26,7
Clínica ampliada/Clínica odontológica	4	13,3
Endodontia	4	13,3
Ortodontia	2	6,7
Cirurgia Bucomaxilofacial	2	6,7
Biomateriais	1	3,3
Educação na Saúde para preceptores do SUS	1	3,3
Harmonização orofacial	1	3,3
Odontologia Social	1	3,3
Odontopediatria	1	3,3
Patologia	1	3,3
Pacientes com necessidades especiais	1	3,3
Não possui	3	10,0
Total	30	100

Fonte: autores da pesquisa, 2024.

A tabela 2 traz questões a respeito do conhecimento de indicadores de abuso. Dezenove (63,3%) responderam que o abuso e a negligência podem estar associados com pobreza e baixa renda. Vinte e quatro (80%) afirmaram que crianças mais novas que foram abusadas não relatam o abuso. Da mesma forma, os participantes afirmaram que filhos mais velhos também não costumam relatar abusos (N=23/ 76,7%).

Ao serem questionados se devem prontamente realizar uma denúncia quando

uma criança relata abuso por parte de um adulto, 26 (86,7%) responderam que sim. Dezesesseis (53,3%) afirmaram que na maioria dos casos de abuso e maus-tratos, as crianças não são retiradas da casa dos pais e que o abuso infantil pode ser indicado se um dos pais atrasa a procura por atenção médica (N=20/66,7). Chama a atenção o fato de todas as questões dessa seção terem apresentado respostas “não sei” em maior ou menor porcentagem, demonstrando baixo nível de conhecimento do tema (Tabela 2).

Tabela 2. Questões a respeito do conhecimento dos indicadores sociais de abuso e negligência infantil, Campina Grande – PB, 2024.

(continua)

VARIÁVEL	N	%
O abuso e a negligência infantil estão geralmente associados com pobreza e trabalhadores de baixa renda?		
Sim	19	63,3
Não	10	33,3
Não sei	1	3,3

Crianças mais novas que foram abusadas geralmente contam a alguém após o abuso?		
Sim	3	10,0
Não	24	80,0
Não sei	3	10,0
Filhos mais velhos que tenham sido abusados geralmente contam alguém após o abuso?		
Sim	3	10,0
Não	23	76,7
Não sei	4	13,3
Se uma criança declara prontamente que um adulto causou dano, a acusação deverá ser endereçada?		
Sim	26	86,7
Não	3	10,0
Não sei	1	3,3
Na maioria dos casos de abuso e maus-tratos, as crianças não são retiradas da casa dos pais?		
Sim	16	53,3
Não	3	10,0
Não sei	11	36,7
O abuso infantil pode ser indicado se um dos pais atrasa a procura por atenção médica?		
Sim	20	66,7
Não	3	10,0
Não sei	7	23,3
Total	30	100

Fonte: autores da pesquisa, 2024.

No que diz respeito ao conhecimento de sinais físicos de abuso, 100% (N=30) responderam que marcas de mordida e hematomas nas bochechas podem indicar sinais de abuso. A maioria afirmou que contusões adicionais em ossos de destaque geralmente ocorrem em casos de abuso (N=17/56,7%) e que a higiene oral deficiente pode ser considerada negligência (N=26/ 86,7%). Vinte e seis (86,7%) afirmaram que lesões na dentição e avulsões dentárias podem indicar abuso (Tabela 3).

Ao serem questionados sobre lesões no

pescoço serem acidentais, a maioria afirmou que não (N=16/53,3%). Vinte e nove (96,7%) afirmaram que queimaduras em formato de objetos (colheres, cigarros) estão frequentemente associadas a casos de abuso infantil. Quanto aos pais afirmarem que as lesões foram auto infligidas ou feitas por irmãos, 25 (96,7%) e 24 (80%), respectivamente, afirmaram que se pode desconfiar de abuso. Sobre os sinais físicos de abuso, a maioria respondeu que todas as opções apresentadas podem estar relacionadas ao abuso (N=26/ 86,7%) (Tabela 3).

Tabela 3. Conhecimento de sinais de abuso físico entre dentistas, Campina Grande – PB, 2024.

(continua)

VARIÁVEL	N	%
Marcas de mordida observadas em uma criança durante o curso normal de uma visita odontológica deve ser investigado como um possível indicador de abuso infantil		
Verdadeiro	30	100,0
Hematomas na bochecha podem indicar tapa ou agressão no rosto		
Verdadeiro	30	100,0
Contusões adicionais geralmente ocorrem em áreas sobrepostas aos ossos destaques		
Verdadeiro	17	56,7
Falso	3	10,0
Não sei	10	33,3

A higiene oral deficiente faz parte da negligência física		
Verdadeiro	26	86,7
Não sei	4	13,3
Lesões repetidas na dentição resultando em avulsão ou dentes descoloridos podem indicar abuso		
Verdadeiro	26	86,7
Falso	1	3,3
Não sei	3	10,0
Contusões no pescoço geralmente estão associadas a lesões acidentais de trauma		
Verdadeiro	11	36,7
Falso	16	53,3
Não sei	3	10,0
As queimaduras estão frequentemente associadas com casos de abuso infantil e eles geralmente têm formas de objetos (ex.: talheres, cigarro)		
Verdadeiro	29	96,7
Não sei	1	3,3
Se um pai descreve uma lesão em uma criança como uma lesão autoinfligida, pode-se suspeitar de abuso infantil		
Verdadeiro	25	83,3
Falso	1	3,3
Não sei	4	13,3
Se um pai descreve uma lesão infantil repetida como uma lesão feito por irmãos ou irmãs, pode-se suspeitar de abuso infantil		
Verdadeiro	24	80,0
Falso	1	3,3
Não sei	5	16,7
Qual dos seguintes, podem ser indicadores de suspeita de abuso infantil e negligência:		
Sintomas psicossomáticos?		
Não	1	3,3
Sim	29	96,7
Comportamento sedutor infantil, conhecimento incomum sobre sexo, evitar contato visual?		
Não	2	6,7
Sim	28	93,3
Aparência desleixada, roupas desarrumadas?		
Não	3	10,0
Sim	27	90,0
Reclamações psicossomáticas, conhecimento incomum sobre questões sexuais, aparência desarrumada?		
Não	2	6,7
Sim	28	93,3
Todas as opções acima?		
Não	4	13,3
Sim	26	86,7
Total	30	100

Fonte: autores da pesquisa, 2024.

A tabela 4 apresenta as respostas referentes às atitudes tomadas pelos dentistas frente a suspeitas de abuso infantil. Quinze

(50%) afirmaram nunca ter suspeitado de abuso. Dos que suspeitaram, 11 (36,7%) relataram o caso, 7 (23,3%) ao serviço social. Um resultado

grave encontrado foi que 4 (13,3%) tenham suspeitado e não relatado casos suspeitos, embora todos (N=30/100%) afirmaram o dever legal do dentista em denunciar casos suspeitos de abuso.

Para além disso, identificou-se o resultado alarmante de 2 (6,7%) ainda afirmarem que o

relato só pode ser realizado se os sinais forem visíveis. Vinte e um (70%) relataram que falta de conhecimento sobre o caso é um motivo para não realizar a denúncia. Nove (30%) afirmaram ainda que a falta de conhecimento sobre como realizar a denúncia ainda é um motivo para não o fazer (Tabela 4).

Tabela 4. Conhecimentos e atitudes em relação a questões legais e responsabilidades éticas entre dentistas, Campina Grande – PB, 2024.

VARIÁVEL	N	%
Você já suspeitou de abuso ou maus-tratos infantis?		
Sim	14	46,7
Não	15	50,0
Prefiro não responder	1	3,3
Caso tenha suspeitado, você relatou o caso?		
Sim	11	36,7
Não	4	13,3
Prefiro não responder	1	3,3
Não suspeitei	14	46,7
Caso tenha relatado, a quem foi feito o relato?		
Serviço social	7	23,3
Polícia	1	3,3
Conselho tutelar	3	10,0
Não se aplica	19	63,3
Você acredita que os dentistas têm dever legal de reportar casos suspeitos de abuso ou maus-tratos?		
Sim	30	100
Na sua opinião, os dentistas têm obrigação de reconhecer sinais e sintomas de abuso/maus-tratos infantis?		
Sim	27	90,0
Apenas se os sinais forem visíveis	2	6,7
Apenas se os sinais forem visíveis e houver relato da criança	1	3,3
Qual destas seria uma razão para não relatar casos suspeitos:		
Falta de histórico adequado sobre o caso?		
Não	9	30,0
Sim	21	70,0
Falta de conhecimento sobre os procedimentos de denúncia?		
Não	21	70,0
Sim	9	30,0
Falta de confiança que a denúncia será prontamente investigada?		
Não	23	76,7
Sim	7	23,3
Não ter conhecimento de possíveis casos e de como realizar o relato?		
Não	21	70,0
Sim	9	30,0
Não sei responder		
Não	27	90,0
Sim	3	10,0
Total	30	100

Fonte: autores da pesquisa, 2024.

A Tabela 5 traz o resultado da busca por associações entre as variáveis dependentes e independentes da pesquisa. Foram encontradas associações entre as variáveis independentes e o local de atuação, o tempo de atuação no local, o tempo de formação em Odontologia e a

obtenção de informações sobre abuso infantil na graduação. Destaca-se a percepção da falta de histórico do caso como razão plausível para não realizar uma denúncia e o não recebimento de informações sobre o tema durante a graduação ($p=0,046$).

Tabela 5. Teste de associação entre as variáveis dependentes relacionadas ao conhecimento e atitudes frente ao abuso infantil e as independentes relacionadas a caracterização dos participantes da pesquisa, Campina Grande – PB, 2024.

VARIÁVEL	p*
Local de atuação	
Lesões repetidas na dentição resultando em avulsão ou dentes descoloridos podem indicar abuso.	0,001
As queimaduras estão frequentemente associadas com casos de abuso infantil e eles geralmente têm formas de objetos (ex.: talheres, cigarro).	0,025
Se um pai descreve uma lesão em uma criança como uma lesão autoinfligida, pode-se suspeitar de abuso infantil.	0,001
Se um pai descreve uma lesão infantil repetida como uma lesão feito por irmãos ou irmãs, pode-se suspeitar de abuso infantil.	0,009
Você já suspeitou de abuso ou maus-tratos infantis?	0,003
Caso tenha suspeitado, você relatou o caso?	0,012
Tempo de atuação no local	
Se um pai descreve uma lesão em uma criança como uma lesão autoinfligida, pode-se suspeitar de abuso infantil.	0,027
Tempo de formação em Odontologia	
Qual destas seria uma razão para não relatar casos suspeitos? – Não sabe responder	0,011
Obteve informações sobre reconhecimento/notificação de sinais de abuso infantil na graduação?	
Qual destas seria uma razão para não relatar casos suspeitos? - Falta de histórico adequado sobre o caso	0,046

Nota: *p (qui-quadrado) <0,05.

Fonte: autores da pesquisa, 2024.

DISCUSSÃO

Os participantes apresentaram um nível preocupante de conhecimento sobre sinais de abuso infantil, destacando que apenas 50% relataram ter recebido informações sobre o tema durante a graduação. Observou-se que o nível de conhecimento variou de acordo com o tempo de formação e de atuação no serviço, bem como com o nível de pós-graduação, especialmente quando se considerou a atitude diante da denúncia de casos suspeitos.

Costa e Tinoco¹⁹ afirmam que a maioria dos cirurgiões-dentistas apresenta lacunas em seu conhecimento e abordagem padrão ao lidar com casos suspeitos de maus-tratos infantis, frequentemente decorrentes da falta ou inadequação das informações adquiridas durante a formação universitária. Esses achados reforçam a necessidade de capacitar

os profissionais, o que poderia ser alcançado por meio da integração dessa temática aos programas de ensino da Odontologia¹⁹.

Nesta pesquisa, a maioria dos participantes havia se formado em Odontologia há mais de 10 anos, mas atuava no serviço público há apenas 1 a 5 anos. Estudo semelhante conduzido por Demarco, Silva-Júnior e Azevedo²⁰ indicou que dentistas mais jovens e com menos tempo de formados apresentam maior acurácia no conhecimento sobre maus-tratos infantis, o que pode influenciar as respostas relacionadas à identificação e conduta frente aos casos.

É relevante destacar que cirurgiões-dentistas que receberam formação em currículos com conteúdo obrigatório sobre abuso infantil demonstram maior capacidade de fornecer informações relevantes e prestar assistência adequada diante de sinais orais e dentários de abuso e negligência²¹.

As respostas quanto a identificação de sinais físicos de abuso foram consistentes com a literatura, tanto em relação à violência quanto à negligência. Crianças vítimas de violência frequentemente apresentam lesões orofaciais, hematomas em diferentes estágios de cicatrização, marcas atribuíveis a queimaduras por cigarros, cordas ou cintos, marcas de mordida e, em casos mais graves, fraturas mandibulares ou avulsões dentárias²².

Além disso, é essencial observar lesões físicas que não condizem com a causa alegada, ocultamento de lesões antigas e contusões em regiões corporais não sujeitas a quedas habituais²³. No caso da negligência, sinais como acúmulo de placa e cálculo dental, deficiência na higiene bucal e lesões de cárie em estado avançado são frequentemente identificados²⁴.

Os participantes também indicaram que crianças, tanto mais novas quanto mais velhas, raramente relatam situações de abuso. Silva e Siqueira²⁵ ressaltam que crianças e adolescentes muitas vezes se sentem culpados, envergonhados ou ameaçados pelo agressor, levando-os a ocultar os episódios e apresentar explicações alternativas para as lesões. Além disso, relatos por meio de desenhos ou representação com bonecos podem ser formas mais seguras de comunicação da experiência de abuso²⁶.

Adicionalmente, os participantes acreditam que denúncias envolvendo familiares não resultam na retirada da criança da residência dos pais. A literatura demonstra que, em tais casos, inicia-se uma investigação pelos serviços de proteção à criança e à família, podendo incluir aconselhamento, remoção temporária ou até mesmo definitiva da criança do ambiente²².

Quanto ao reconhecimento do dever legal de notificação, a amostra deste estudo apresentou resultados mais positivos do que as pesquisas anteriores, nas quais 50% dos dentistas desconheciam essa obrigação²⁰. No entanto, constatou-se que alguns profissionais ainda não denunciam casos suspeitos. Gurgel et al.²⁷ apontam que razões como medo de ameaças por parte do responsável, receio de diagnóstico incorreto e descrença na atuação adequada dos órgãos de proteção podem justificar a omissão. Nosso estudo mostrou que a falta de histórico suficiente e o desconhecimento sobre como efetivar a denúncia são percebidos como fatores que impedem a comunicação de suspeitas.

De acordo com o Conselho Federal de Odontologia²⁸, é obrigação legal do cirurgião-dentista notificar o Conselho Tutelar, o Disque

Denúncia Nacional (número 100), autoridade policial ou Ministério Público diante de suspeita de maus-tratos, sem necessidade de apresentar provas, com garantia de sigilo e orientação para não interferir diretamente na situação. Caso haja suspeita, o profissional deve documentar imediatamente os achados clínicos, incluindo fotografias e notas, que são essenciais para a responsabilização do agressor, sem necessidade de informar o responsável sobre o relatório⁹.

É fundamental que os cirurgiões-dentistas compreendam a importância de adotar condutas apropriadas. No entanto, observou-se a ausência de diretrizes claras que orientem os profissionais sobre como proceder diante de suspeitas ou confirmações de maus-tratos. A notificação tem como objetivo interromper ações e comportamentos do agressor, sendo crucial que seja comunicado ao Conselho Tutelar da localidade onde a vítima reside²⁹.

Este estudo apresenta algumas limitações. A amostra não foi representativa, constituída por conveniência e composta por apenas 30 profissionais. A obtenção de respostas foi dificultada pelo uso do *Google Forms*, e o questionário foi traduzido diretamente para o português, sem validação transcultural formal. Apesar dessas limitações, os resultados evidenciam a importância de discussões contínuas sobre o tema e indicam a necessidade de estudos ampliados com dentistas. Espera-se que os achados deste estudo possam subsidiar o planejamento de políticas públicas voltadas à conscientização e capacitação de profissionais de Odontologia para atuação frente a casos suspeitos de maus-tratos infantis.

CONCLUSÃO

Os cirurgiões-dentistas ainda apresentam níveis preocupantes de desconhecimento sobre os indicadores e sinais físicos de abuso infantil. Essa lacuna no conhecimento pode comprometer a identificação precoce de situações de risco e, conseqüentemente, atrasar a intervenção adequada, prejudicando a proteção e o bem-estar das crianças.

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de investimentos em capacitações contínuas, tanto durante a graduação (com ajustes no currículo acadêmico voltados à temática do abuso infantil) quanto na própria prática profissional, no formato de educação permanente em saúde a fim de preparar melhor os futuros profissionais para lidar com essas situações de forma ética e eficiente.

Adicionalmente, a criação, implementação e ampla divulgação de protocolos de notificação e encaminhamento em serviços de saúde são fundamentais para apoiar o dentista na tomada de decisão ante casos suspeitos.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

WFSN – Conceitualização, análise formal dos dados, administração do projeto, redação e edição do manuscrito.

MKSP – Investigação, redação do manuscrito.

DVB – curadoria dos dados, redação do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum.

FINANCIAMENTO

Nenhum.

ORCID

Waleska Fernanda Souto Nóbrega: <https://orcid.org/0000-0001-8140-4063>

Márcia Kmilly da Silva Prazeres: <https://orcid.org/0000-0002-5311-4138>

Danilo Vieira Barbosa: <https://orcid.org/0000-0003-0386-8895>

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre saúde e violência. Genebra: OMS; 2002. p. 57-81.
2. World Health Organization (WHO). Global status report on preventing violence against children [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 13 Nov 2023]. Disponível em: <https://www.unicef.org/sites/default/files/2020-06/Global-status-report-on-preventing-violence-against-children-2020.pdf>
3. Moreira GA, Vasconcelos AA, Marques LA, Vieira LJ. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. Rev Paul Pediatr. 2013;31(2):223-30.
4. Deslandes SF, Gomes R, Silva CM. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. Cad Saude Publica. 2000;16(1):129-37.
5. Pinheiro K. Maus-tratos infantis e a responsabilidade do cirurgião-dentista: revisão de literatura [trabalho de conclusão de curso]. Lages: Centro Universitário Unifacvest; 2021.
6. Massoni AC, Ferreira AM, Aragão AK, Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. Cienc Saude Coletiva. 2010;15(2):403-10.
7. Brasil. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 16 jul. 1990 [citado 13 Nov 2023];p. 13563, col. 2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
8. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Código de ética odontológica. Aprovado pela resolução CFO-118/2012 [Internet]. Brasília, DF: CFO; 2012 [citado 13 Nov 2023]. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf
9. Mathur S, Chopra R. Combating child abuse: the role of a dentist. Oral Health Prev Dent. 2013;11(3):243-50.
10. Carvalho LM, Galo R, Silva RH. O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado. Medicina (Ribeirão Preto). 2013;46(3):297-304.
11. Lacerda GP, Melo CV, Carvalho MV, Félix RS, Petraki GG, Soriano EP. O papel do cirurgião-dentista na identificação e conduta ética perante o abuso infantil. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2024;24(2):23-33.
12. Silva RV, Torres GA, Castro LC, Tenório CS, Farias SV, Silva RA, et al. O papel do cirurgião-dentista na identificação e notificação do abuso sexual infantil. Braz J Implantol Health Sci. 2024;6(10):4116-33.
13. Emiliano GBG, Oliveira LMC, Varela JAA, Paiva KLN, Souza GCA. Conhecimentos e condutas dos cirurgiões-dentistas do estado do Rio Grande do Norte sobre denúncias e notificações de maus-tratos infantis. Rev Bras Odontol Leg RBOL. 2024;11(1):51-62.
14. Melo PSA, Andrade PON, Vasconcelos RL, Oliveira SC, Mendes RCM, Linhares FMP. Validação do inquérito conhecimento, atitude e prática sobre a assistência de enfermagem ao parto e nascimento. Texto Contexto Enferm. 2021;30:e20200420.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades e estados: Campina Grande, PB [Internet]. Brasília, DF: IBGE; 2023 [citado 21 Set 2025]. Disponível em:

- <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/campina-grande.html>
16. Campina Grande (PB). Coordenação de Saúde Bucal. Quantidade de cirurgiões-dentistas atuando no município [informação cedida]. 2023.
 17. Markovic N, Muratbegovic AA, Kobaslija S, Bajric E, Selimovic-Dragas M, Huseinbegovic A, et al. Knowledge and attitudes regarding child abuse and neglect. *Mater Sociomed*. 2015;27(6):372-5.
 18. McHugh ML. The Chi-square test of independence. *Biochem Med (Zagreb)*. 2013;23(2):143-9.
 19. Costa AP, Tinoco RL. Maus-tratos infantis no currículo dos cursos de odontologia do Rio de Janeiro. *Rev ABENO*. 2019;19(2):54-62.
 20. Demarco GT, Silva-Júnior IF, Azevedo MS. Conhecimentos e atitudes de cirurgiões-dentistas da rede pública de Pelotas-RS frente aos maus-tratos infantis. *Rev ABENO*. 2021;21(1):1077.
 21. Nagarajan K. Craniofacial and oral manifestation of child abuse: a dental surgeon's guide. *J Forensic Dent Sci*. 2018;10(1):5-7.
 22. Tsang A, Sweet D. Detecting child abuse and neglect – Are dentists doing enough? *J Can Dent Assoc (Tor)* [Internet]. 1999 [citado 21 Set 2025];65(7):387-91. Disponível em: <https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-65/issue-7/387.pdf>
 23. Paixão ES, Souza Neto JC. O abuso sexual de crianças e adolescentes: considerações sobre o fenômeno. *Territorium*. 2020;27(1):97-111.
 24. Costacurta M, Benavoli D, Arcudi G, Docimo R. Oral and dental signs of child abuse and neglect. *Oral Implantol (Rome)*. 2016;8(2-3):68-73.
 25. Silva VEG, Siqueira S. A importância dos profissionais da saúde na identificação do abuso sexual em crianças e adolescentes. *Rev Cient Facs*. 2021;21(27):68-77.
 26. Nascimento FF, Costandrade PH. Políticas públicas como forma de prevenir abuso sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes. *Projeção, Direito e Sociedade*. 2016;7(2):1-14.
 27. Gurgel CA, Carvalho AC, Barros SG, Alves AC. Maus-tratos contra crianças: atitudes e percepção do cirurgião-dentista. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2001;1(2):23-8.
 28. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Maus-tratos infantis: quando a odontologia faz a diferença [Internet]. Brasília, DF: CFO; 2015 [citado 13 Nov 2023]. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/maus-tratos-infantis-quando-a-odontologia-faz-a-diferenca>
 29. Rosa ACM, Miasato JM, Teixeira DA, Oliveira LMC, Silva LAH, Tesch FC. The dentist's conduct towards child abuse: a literature review. *Rev Uningá*. 2021;58:eUJ3585.

Knowledge, attitudes, and practices of dentists regarding signs and reports of child abuse/maltreatment

Aim: To investigate the knowledge, attitudes, and practices of dentists regarding suspected and reported cases of child abuse and neglect.

Methods: This was a cross-sectional study that assessed the knowledge, attitudes, and practices of dentists working in public health services in a municipality in Northeastern Brazil. Data were collected using a questionnaire originally developed and validated by Markovic et al. (2015), adapted for administration via the Google Forms platform. After data collection, responses were coded and analyzed using SPSS software, version 21.0 for Windows. The chi-square test (χ^2) was applied to assess associations between dependent and independent variables.

Results: Most participants worked in the Family Health Strategy (76.7%) and had over 10 years of experience in Dentistry (43.3%). Half of the professionals held a specialization degree (50%), with 26.7% trained in Public Health, Community Health, or Family Health. Additionally, 50% reported having received information about signs of child abuse and neglect during their undergraduate education. Statistically significant associations ($p < 0.05$) were identified between the dependent variables and workplace setting, years of professional experience, time since graduation, and receipt of information on abuse during undergraduate training. Notably, the absence of case history and lack of prior information on the topic during academic training ($p = 0.046$) were identified as factors that could justify the failure to report.

Conclusion: Dentists still exhibit alarming levels of lack of knowledge regarding indicators and physical signs of child abuse, highlighting the need for training, curriculum modifications, and the establishment of clear protocols to support dentists when facing suspected cases of abuse.

Uniterms: child abuse; forensic dentistry.