

## CAPÍTULO 4

# PERCEPÇÕES E ATITUDES DE CIRURGIÕES- DENTISTAS FRENTE À VIOLÊNCIA INFANTOJUVENIL

---

*Data de submissão: 02/09/2024*

*Data de aceite: 01/11/2024*

**Antônio do Carmo Moreira Neto**

Universidade Estadual de Santa Cruz-  
UESC

**Carlos Henrique Silva**

Universidade Estadual de Santa Cruz-  
UESC

**Deborah Evelyn Ribeiro dos Santos**

Universidade Estadual do Sudoeste da  
Bahia -UESB

**Rayana Rocha Ramos**

Universidade Estadual do Sudoeste da  
Bahia -UESB

**Beatriz Costa Rocha**

Universidade Estadual do Sudoeste da  
Bahia -UESB

**Ricardo Alves de Souza**

Universidade Estadual do Sudoeste da  
Bahia -UESB

**Francisco Xavier Paranhos Coêlho  
Simões**

Universidade Estadual do Sudoeste da  
Bahia -UESB

**Nilton Cesar Nogueira dos Santos**

Universidade Estadual do Sudoeste da  
Bahia -UESB

**Noemi Vieira de Freitas Rios**

Universidade do Estado da Bahia -UNEB

**Murilo Costa Rangel Pinheiro**

Universidade Estadual do Sudoeste da  
Bahia -UESB

**Matheus Melo Pithon**

Universidade Estadual do Sudoeste da  
Bahia -UESB

**Lívia Maria Andrade de Freitas**

Universidade Estadual do Sudoeste da  
Bahia -UESB

**RESUMO:** **Introdução:** A violência infantojuvenil é uma problemática de Saúde Pública mundial de difícil resolutividade e um desafio para profissionais e gestores. Dentro dessa perspectiva, o cirurgião-dentista encontra-se em uma posição favorável para identificação de maus tratos, uma vez que sinais suspeitos podem ser verificados durante o exame físico e clínico de rotina. Por isso, durante as consultas odontológicas, esse profissional deve estar atento a sinais físicos na região de cabeça e pescoço, como também em outras partes do corpo, além de mudanças comportamentais sugestivos de violência psicológica.

**Objetivo:** avaliar o conhecimento, conduta e obstáculos encontrados por cirurgiões-dentistas, atuantes em Unidades de Saúde, Centros de Especialidades e Hospitais do Estado da Bahia, frente a casos suspeitos de maus-tratos infantojuvenis. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caráter descritivo, transversal e quantitativo, realizado por meio de uma pesquisa com profissionais cirurgiões-dentistas do serviço público atuantes na atenção primária, secundária e terciária em municípios da Bahia no ano de 2023. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -UESB, parecer nº 4.304.631 (CAAE nº 35822820.3.0000.0055). Para a coleta de dados, foi disponibilizado um questionário eletrônico via plataforma Google Forms. Os dados foram organizados em uma planilha do programa Microsoft Excel e posteriormente analisados por meio de uma análise descritiva dos dados. **Resultados:** participaram da pesquisa 50 cirurgiões-dentistas, sendo a maioria do sexo feminino (74%). Quanto ao conhecimento a respeito dos tipos de violência, 98% afirmaram conhecer. Já no que tange à identificação, 60% não se consideraram capazes de identificar. Quando questionados sobre ter suspeitado de algum caso de violência em sua vivência clínica, 44% afirmaram que sim, constituindo negligência e abandono (33,3%), violência física (27,8%) e violência psicológica (24,1%). Com relação à violência física, os principais sinais evidentes identificados foram hematomas (32,6%), fraturas dentárias (11,6%) e edemas (11,6%). Quanto ao conhecimento da ficha de notificação disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 74% afirmaram não conhecer. A respeito do medo e receio da notificação, 25% afirmaram ter. 74% dos participantes afirmaram não possuir capacitação técnica para identificar casos suspeitos e 98% relataram sobre a importância de capacitação sobre o tema. **Conclusão/considerações:** apesar do conhecimento teórico sobre a violência infantojuvenil, os cirurgiões-dentistas enfrentam dificuldades na identificação e notificação de casos suspeitos devido à falta de familiaridade com ferramentas de notificação e ao medo de represálias. Também, constatou-se que a capacitação técnica específica para identificação de maus-tratos ainda é uma lacuna a ser trabalhada. Por isso, investir em educação permanente e criar um ambiente seguro para notificações são essenciais para melhorar a atuação desses profissionais frente aos maus-tratos contra crianças e adolescentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência Infantil; Abuso sexual na Infância; Experiências de abuso na infância; Conhecimento; Cirurgião-Dentista; Odontologia em Saúde Pública.

## 1 | INTRODUÇÃO

Os maus-tratos na infância e adolescência são definidos como toda forma de negligência e exploração que possa causar danos físicos, emocionais, psicológicos, sexuais e/ou prejudicar o desenvolvimento, dignidade e a qualidade de vida da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (Sulimany *et al.*, 2021).

Podem ser classificados em quatro principais categorias: violência física, que consiste em ações contra crianças ou adolescentes que afetem a integridade e saúde corporal, ou que lhe causem lesões ou dor, como bater, chutar ou espancar; violência sexual, que os leva a participar ou presenciar atos sexuais ou qualquer ato libidinoso, ou pela exposição a conteúdo pornográfico; violência psicológica, que abrangem manipulação emocional, discriminação, agressões verbais, rejeição, humilhação, ameaças, impactando

negativamente a saúde mental e emocional da criança; e a negligência, caracterizada pela falta ou falha dos pais ou responsáveis em prover necessidades fundamentais, como alimento, abrigo, vestuário, cuidados médicos ou supervisão apropriada (OPS, 2023; Brasil, 2017).

Anualmente, estima-se que 1 bilhão de crianças e adolescentes são submetidos a pelo menos um tipo de abuso infantil, ocorrendo um aumento significativo no número desses novos casos nos últimos anos, resultando em mortes e diminuição da qualidade de vida desses indivíduos (Hillis *et al.*, 2016). Para reverter esse quadro, políticas públicas têm sido elaboradas, como a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), regido pela Lei nº8.069, de 13 de julho de 1990.

Este documento afirma que é dever de todos(as) prevenir a ocorrência de violação ou ameaça dos direitos da criança e do adolescente, não obstante ser obrigatória a notificação em casos de suspeita ou confirmação de abuso infantil. Além disso, o artigo 245 do ECA dispõe da obrigatoriedade da notificação quando se trata de profissionais da saúde, o que inclui o cirurgião-dentista, com reforço a essa normativa no Código de Ética Odontológico (CFO, 2012).

Nessa perspectiva, nota-se a importância do papel do cirurgião-dentista no diagnóstico, na identificação e notificação dos maus-tratos infantis. Isso porque, crianças e adolescentes vítimas dessas agressões podem apresentar lesões na região de cabeça e pescoço, como ferimentos, fratura de dente, mordidas, equimose de sucção, lesões bucais incomuns relacionadas ou não com as infecções sexualmente transmissíveis como herpes e Papilomavírus Humano, além de queimaduras, hematomas e descuido com higiene oral (Lira; Sousa; Antunes, 2022; Rover *et al.*, 2020).

No entanto, para além de estar atento aos aspectos físicos, o profissional cirurgião-dentista deve ampliar o seu olhar. Isso porque, os sinais podem ser observados no comportamento relacionado a aspectos de origem psicológica, como o medo, ansiedade, isolamento, depressão e raiva. Contudo, muitos casos são omitidos e não notificados, em consequência da negligência ou da falta de conhecimento do profissional no processo de identificação e notificação (Mele; Introna; Santoro, 2023).

Em face dos aspectos mencionados, a falta de conhecimento e a subnotificação dos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes é incipiente, visto que a identificação e notificação precoce são imprescindíveis no combate à violência infantil. Diante desse vazio, em relação ao manejo do abuso na prática odontológica, esse trabalho avaliou o conhecimento dos cirurgiões-dentistas, atuantes em Unidades de Saúde e Hospitais no Estado da Bahia, a respeito do combate aos maus-tratos infantis, bem como os obstáculos enfrentados, o uso das ferramentas para notificação em seus locais de atuação, além de verificar a conduta adotada após a identificação dos casos suspeitos.

## 2 | REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Identificação da violência infantil

A violência infantil é definida como toda forma de maus-tratos físicos, emocionais ou tratamento negligente, que provoque danos reais ou potenciais à saúde e bem-estar da criança ou adolescente. Pode ocorrer em diversos locais, como lares, instituições de ensino ou comunidade, embora a maioria dos maus-tratos ocorram no ambiente familiar, sendo que os agressores são pessoas que têm algum vínculo afetivo e possuem a confiança da criança ou adolescente (Alruwaili *et al.*, 2023; Almutairi *et al.*, 2023; Alves *et al.*, 2016).

O cirurgião-dentista encontra-se em uma posição favorável para identificação da violência infantil, pois os sinais suspeitos podem ser verificados durante um exame físico de rotina. Além disso, ele pode ser a primeira pessoa com quem uma vítima entra em contato após o episódio de maus tratos (Sulimany *et al.*, 2021; Mele; Introna; Santoro, 2023). As áreas do corpo mais sujeitas a violência são a cabeça e o pescoço, e o cirurgião-dentista deve ser um dos primeiros a constatar os casos. Além disso, pais abusivos frequentemente mudam de médico, mas mantém o acompanhamento com o mesmo dentista. Por isso, à medida em que se relaciona com a criança e pais ou responsáveis, o profissional consegue observar qualquer comportamento anormal da vítima ou cuidador (Ceyhan, 2023).

Diante das graves consequências que o abuso acarreta no bem estar físico, mental e social de crianças e adolescentes, o papel do dentista é de extrema relevância no ponto de vista da saúde e social, visto que a identificação e notificação nestes casos são ações essenciais para proteção e tratamento das vítimas. Assim, é necessário um olhar atento aos sinais verbais e não verbais da violência infantil, sendo que a identificação é um passo complexo, e nunca deve ser apoiada apenas na observação de uma lesão, sequela ou vestígio isoladamente, mas sim na constatação de várias evidências (Crespo *et al.*, 2011).

Em casos em que há a presença de lesões físicas, o profissional deve analisar o contexto da história relatada e confrontá-la com o aspecto da lesão, observando se existem incoerências, mudanças na explicação ou se o pai ou responsável não consegue esclarecer os fatos. A presença de lesões figuradas, localizadas em locais pouco comuns de haver acidentes para a idade da criança, como na região orbital, orelhas ou nas laterais da face ou boca, e com diferentes estágios de evolução, são altamente sugestivas de violência infantil (Crespo *et al.*, 2011).

Crianças ou adolescentes podem apresentar sinais comportamentais que indicam violência, como medo e ansiedade, agressividade, baixa auto-estima, choro excessivo, atraso no desenvolvimento, dificuldade de convívio social, problemas de sono, regressão do aprendizado ou comportamentos sexuais. Também constitui como maus-tratos os casos em que a criança é impedida de manter convívio social e tratada com indiferença e menosprezo, é ameaçada e submetida a castigos severos, e têm cuidados médicos negados pelos pais ou responsáveis (OPS, 2023; Singh; Lehl, 2020).

## 2.2 Sinais de violência física

Crianças vítimas de abuso físico podem apresentar uma série de lesões, e aquelas que atingem cabeça, face e pescoço ocorrem em mais da metade dos casos. Frequentemente, observam-se lesões que imprimem o formato de objetos, como cintos, fivelas, e queimaduras por cigarro ou ferro de passar. Os hematomas também são comuns em casos de violência física, mas geralmente encontram-se em partes cobertas por roupas (Losso *et al.*, 2015). Por isso, o profissional deve estar apto a distinguir lesões não intencionais daquelas relacionadas à violência: estas costumam ser múltiplas, com diferentes graus de cicatrização, e não há uma explicação consistente que condiz com o padrão e gravidade da lesão. Caso seja possível, deve-se ouvir pais ou responsáveis separadamente da criança, buscando observar relatos discordantes (Ceyhan, 2023; Soares; Pereira, 2023).

Outra manifestação que pode indicar violência física são marcas de mordida. Na maioria das vezes elas são caracterizadas como hematomas, que são comuns durante a infância, tornando o diagnóstico diferencial de difícil realização. Assim, esses sinais se tornam suspeitos quando o ferimento não condiz com o relato. Quando é possível avaliá-las, apresentam-se com um formato oval ou circular, com equimoses no centro e escoriações. A mordida humana não rasga os tecidos, enquanto as de animais isto acontece com frequência (Christian, 2015).

As lesões na cavidade oral também podem ser identificadas nos casos de abusos físicos. A ocorrência desses sinais está associada à alimentação forçada, com uso de talheres ou mamadeiras, alimentos ou líquidos quentes e uso de instrumentos contundentes, como dedos e mãos. Nos lábios, os sinais que podem ser observados são as lacerações, hematomas, queimaduras, equimoses e cicatrizes nas comissuras decorrentes do uso de mordaças, além de lacerações de freios, língua, gengiva e mucosa. Frequentemente, os elementos dentários também podem ser atingidos, apresentando fraturas, luxações e avulsões (Fisher-Owens *et al.*, 2017).

## 2.3 Sinais de violência sexual

Embora a cavidade bucal seja uma região frequentemente acometida nos episódios de abuso sexual em crianças, as lesões ou infecções costumam ser raras. Petéquias, hematomas, vermelhidão ou outros tipos de lesões no palato, sobretudo entre o palato duro e mole, podem ser decorrentes de sexo oral forçado. Laceração de freios sem explicação também podem indicar abuso sexual. A gonorreia oral e perioral é um sinal patognomônico desse tipo de violência, porém ocorre em raros os casos. A infecção manifesta-se nos lábios, língua, palato, na face e, em especial, na faringe, inicialmente apenas com uma vermelhidão, até o desenvolvimento de úlceras com vesículas contendo secreção purulenta

ou pseudomembranosa (Fisher-Owens *et al.*, 2017; Massoni *et al.*, 2010).

## 2.4 Negligência dentária

A negligência dentária consiste na falha dos pais ou responsáveis em buscar ou concluir um tratamento dentário necessário para a criança ou adolescente, privando-a da garantia de saúde bucal. A presença de vários dentes cariados, higiene oral deficiente, dor não tratada, necessidade de múltiplas extrações em decorrência da cárie, faltas recorrentes às consultas e tratamentos inacabados levam à suspeita de negligência (Håkstad *et al.*, 2024). A negligência pode ser classificada em **ativa**, que acontece quando os pais ou responsáveis não fornecem o tratamento de forma proposital; **passiva**, pela desinformação dos pais ou responsáveis sobre doenças bucais e higiene, por dificuldades financeiras, que impedem o cuidado necessário, ou desconhecimento dos serviços de saúde disponíveis, e a **autonegligência**, que ocorre quando a criança ou adolescente é incapaz de expressar suas necessidades, como em casos de deficiência física ou intelectual (Kiatipi *et al.*, 2021).

A identificação da negligência dentária pelo cirurgião-dentista deve ser feita com cautela. Pais e responsáveis podem não ter conhecimento das doenças bucais e suas consequências ou acesso limitado aos serviços de saúde bucal. A cárie pode ser considerada por estes como um evento comum e que não pode ser evitada. Além disso, variáveis socioeconômicas, como nível econômico e grau de escolaridade, e culturais são fatores associados. Se o profissional alertar sobre a existência da doença, extensão, tratamento e houver acesso aos serviços de saúde bucal, mesmo assim o responsável não oferecer o cuidado necessário, há um caso de negligência dentária (Kiatipi *et al.*, 2021).

## 2.5 Notificação da violência infantil pelo cirurgião-dentista

Como visto anteriormente, grande parte das lesões físicas envolvem a região de cabeça e pescoço e, por isso, o cirurgião-dentista possui uma posição de privilégio para identificar a violência perpetrada e deve notificar a suspeita de violência cometida. Para casos de violência contra criança, entre zero a nove anos, e adolescente, entre dez a dezenove anos, de ambos os sexos, independentemente do tipo ou natureza da violência, a notificação é compulsória (Brasil, 2014).

Além disso, o CEO estipula que é dever fundamental do cirurgião-dentista zelar pela saúde e dignidade do paciente, não desrespeitando o paciente ou permitindo que ele seja desrespeitado. Sob esse ponto de vista, o profissional pode ser penalizado e a depender da gravidade e recorrência da não notificação, pode chegar à cassação do exercício profissional (CFO, 2012).

Ademais, é mandatória a notificação ao Conselho Tutelar ou às autoridades competentes, conforme propõe o Estatuto da Criança e do Adolescente. No artigo 245 do ECA

está posto que profissionais de saúde, professores ou responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação, são obrigados a notificar na suspeita ou confirmação de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, sob a penalidade da aplicação de multa (Brasil, 1990).

A notificação de casos de violência infantil é imprescindível nas ações estratégicas de prevenção e proteção. Contudo, nota-se na literatura que muitos cirurgiões-dentistas invisibilizam os casos de violência em suas rotinas clínicas, por falta de capacitação profissional, não sabendo reconhecer sinais de agressão e negligência, nem tampouco preencher a ficha de notificação compulsória, com isso corroborando para a subnotificação dos casos. Outrossim, a falta de informação técnico-científica, em que o profissional não se enxerga com um papel fundamental no combate aos maus-tratos infantis, configura um obstáculo nesse processo (Fernandes *et al.*, 2018).

Essa barreira pode ser vencida por meio da conscientização e treinamento dos profissionais, desde a sua formação acadêmica até o exercício profissional. A conscientização durante a graduação é essencial para que os cirurgiões-dentistas, após formados, não ignorem essa questão. É crucial que o tema do abuso infantil seja incluído no currículo de todas as instituições, especialmente nas disciplinas de Odontopediatria e Odontologia Legal (Maier; Fergert; Hoffmann, 2022).

Em vista disso, o Ministério da Saúde criou um Instrutivo com objetivo de apresentar a ficha e ensinar o correto preenchimento, uniformizando conceitos e facilitando o entendimento. Assim, a ficha de notificação individual é composta por dez seções, sendo elas: Dados Gerais, Notificação Individual, Dados de Residência, Dados da Pessoa Atendida, Dados da Ocorrência, Violência, Violência Sexual, Dados do Provável Autor da Violência, Encaminhamento e Dados Finais; além de espaços voltados para informações adicionais e observações (Brasil, 2014).

A ficha de notificação possui três diferentes tipos de campos de preenchimento: o obrigatório, é o campo cuja falta de informações impede a inclusão da notificação no Sinan; o essencial, que registra informações fundamentais para a investigação do caso ou para o cálculo de indicadores epidemiológicos ou operacionais; e o chave, campo que identifica o registro no sistema. Assim, sendo, ainda que os profissionais estejam atarefados com a sua rotina clínica, todos esses campos devem ser preenchidos de forma correta, principalmente os obrigatórios que irão gerar dados para o sistema de informações, atenuando a subnotificação de violência infantil, além de ser mais compatível com a realidade social do cenário atual (Brasil, 2014).

Sob essa ótica, destaca-se os campos de preenchimento obrigatório: os tipos de violência perpetrada, dados do provável perpetrador e encaminhamentos. Percebe-se, com isso, que o cirurgião-dentista precisa identificar as lesões presentes e relacioná-las com o tipo de violência em suspeita, ademais é importante, se possível identificar o agressor, seja por meio do próprio relato da vítima ou por observação, já que em muitos

casos o perpetrador é alguém próximo da criança ou do adolescente. Cabe, ainda, realizar um encaminhamento a alguma instituição que possa apoiar essa vítima, para promover cuidados e um ambiente seguro a ela (Brasil, 2014).

É válido ressaltar que, ao realizar a notificação, as informações precisam ser transmitidas de forma confidencial. Pois, as informações obtidas foram durante o exercício profissional e conforme o CEO, o cirurgião-dentista necessita manter o sigilo, sob a penalização de multa ou três meses a um ano de detenção por revelar segredo, sem justa causa, que possa causar dano a outra pessoa, segundo o artigo 154 do Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940; CFO, 2012).

Com o objetivo de melhorar as políticas de enfrentamento à violência, o sistema de saúde nacional estabeleceu um fluxo de informações desde o preenchimento da ficha até a análise desses dados. Assim sendo, as fichas preenchidas no estabelecimento de saúde, são enviadas para a Secretaria Municipal de Saúde, local que digita, consolida e analisa os dados, esses são passados para as Secretarias Regionais e vão para o Ministério da Saúde. Não apenas unidades de saúde podem preencher essa ficha, outras instituições como os conselhos tutelares e escolas também podem realizar a notificação, encaminhando a ficha para uma unidade de referência que poderá incluir a notificação dentro desse fluxo de informações (Brasil, 2014).

### 3 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, transversal e quantitativo, no qual foi realizada uma pesquisa com cirurgiões-dentistas atuantes no Estado da Bahia em Unidades de Saúde da Família (USF), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Hospitais, de ambos os sexos, independente do ano de formação, por meio de uma amostra não-probabilística, no período de fevereiro a dezembro de 2023. A coleta de dados foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), pelo parecer nº 4.304.631 (CAAE nº 35822820.3.0000.0055).

Para a coleta de dados, um questionário eletrônico, precedido do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi disponibilizado pela plataforma Google Forms, sendo enviado via *WhatsApp* ou e-mail. O instrumento foi adaptado com base no instrumento validado por Silva Oliveira *et al.* (2014), contendo 15 perguntas referentes a identificação e conduta frente aos maus-tratos contra crianças e adolescentes. Anterior a visualização do questionário na plataforma, o profissional teve acesso a sessão com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e concordância em participar da pesquisa.

Foram considerados riscos da pesquisa: (1) Invasão de privacidade; (2) Desconforto ao responder a questões sensíveis (3) Exposição ao revelar pensamentos ou sigilos; (4) O



tempo investido ao responder ao questionário. Para minimizar os riscos, o formulário não solicitou nenhuma informação capaz de identificar o participante, mantendo o anonimato.

Quanto aos benefícios, avaliou o conhecimento e conduta adotada frente a casos de violência contra crianças e adolescentes, reforçando, assim, o importante papel que o cirurgião-dentista possui no diagnóstico e prevenção de violência infantil, além de incentivar a notificação de casos de abusos e estimular a discussão desse tema entre os profissionais.

Os dados foram organizados em uma planilha do programa Microsoft Excel e posteriormente analisados por uma análise descritiva dos dados.

## 4 | RESULTADOS

Participaram da pesquisa 50 cirurgiões-dentistas atuantes na rede pública das cidades de Jequié e Salvador – Bahia. Ao analisar o perfil dos profissionais, observou maior número de indivíduos do sexo feminino (74%) com faixa etária de 40 anos. A maior parte dos cirurgiões-dentistas possuíam pós-graduação (90%), sendo 26% em Saúde Coletiva e 18% Ortodontia, além de tempo de formação superior a 16 anos.

Apesar de 98% afirmarem terem conhecimento sobre os tipos de violência, 60% não se consideraram capazes de identificá-las. Sobre ter constatado na rotina de atendimento algum caso suspeito, 56% não observaram, 44% já se depararam com algum caso de violência, sendo a negligência e abandono (33,3%), violência física (27,8%) e violência psicológica (24,1%). Com relação à violência física, os principais sinais evidentes foram os hematomas (32,6%), fraturas dentárias (11,6%) e edemas (11,6%) (Tabela 1).

Conforme os dados apresentados sobre a notificação dos casos de violência realizada pelos profissionais, 94% não haviam notificado, evidenciando a grande porcentagem de profissionais que não notificam casos suspeitos. Quando notificado, os profissionais informaram ao Conselho Tutelar Municipal e a Polícia Civil ou Militar, uma vez que 76% não sabiam a quem recorrer ou Instituição deveriam recorrer. Além disso, cabe ressaltar que 74% não conheciam a ficha de notificação disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) o que, conseqüentemente, refletiu na sua não utilização (96%) (Tabela 2).

No que diz respeito aos fatores que dificultaram a identificação dos casos suspeitos de maus-tratos infantis, de acordo com a tabela 3, 54,2% enfatizaram ter pouco conhecimento e 25% alertaram sobre o medo e receio da notificação. Diante desses resultados, quanto aos fatores que poderiam encorajar o profissional a identificar e notificar, 38,3% relataram sobre a importância da capacitação profissional a respeito do assunto e 23,4% sobre a importância do sigilo durante o processo.

A tabela 3 apresenta dados sobre a importância de trabalhar a temática durante a formação profissional, em que 74% dos participantes afirmaram não possuir capacitação técnica para identificar e 98% afirmaram sobre a importância desse conhecimento durante a formação profissional para implementar estratégias e identificar casos suspeitos de

violência infantil.

## 5 | DISCUSSÃO

A atuação do cirurgião-dentista concentra-se na região de cabeça e pescoço, que frequentemente é afetada em casos de violência infantil. Por manter um contato direto com a criança e seu cuidador, é possível que o profissional avalie não só os aspectos físicos e psicológicos, mas também relações familiares (Singh; Lehl, 2020). Seu papel é bem descrito pelos quatro R's de responsabilidade: **reconhecer** os sinais do abuso infantil, por meio de um exame detalhado dentro da cavidade oral e fora dela; **registrar**, descrevendo as lesões de acordo com a região, o tamanho e o aspecto e, se possível, documentar com fotografias; **relatar**, com a notificação aos órgãos competentes sobre a suspeita de violência contra a criança ou adolescente; e **referenciar**, encaminhando para instituições de apoio às vítimas (Nagarajan, 2018).

Metade dos casos relatados de violência infantil costumam acometer a região de cabeça e pescoço. Grande parte das lesões de violência física são encontradas na região labial, mas podem estar presentes também na mucosa oral, dentes e freios (Mele; Introna; Santoro, 2023). O presente estudo constatou que as manifestações mais comuns encontradas pelos profissionais são hematomas. Esse dado corrobora com o estudo de Ceyhan (2023) que, ao avaliar a percepção de cirurgiões-dentistas turcos acerca dos sinais e sintomas de abuso infantil, constatou a presença de hematomas como a lesão mais prevalente, seguido de marcas de mordida, queimaduras e fraturas em elementos dentários. Nestes casos, é necessário que o profissional esteja apto a distinguir lesões não intencionais daquelas relacionadas à violência; estas costumam ser múltiplas, com diferentes graus de cicatrização, e a história relatada não condiz com aspecto da lesão (Fisher-Owens *et al.*, 2017).

O abuso infantil compreende o abuso físico, sexual, abuso emocional, e negligência, que se estende à física, emocional e de cuidados médicos (Sulimany *et al.*, 2021). Negligência e abandono foram os tipos de violência mais observados pelos profissionais que participaram desta pesquisa. Esta configura-se como a falha em suprir as necessidades físicas e emocionais básicas de uma criança, que impactam diretamente em seu desenvolvimento. O cirurgião-dentista tem papel significativo na identificação de maus tratos infantis, visto que alguns sinais podem ser observados durante o atendimento odontológico, sobretudo nos casos de negligência dentária (Kiatipi *et al.*, 2021). O estudo de Silleviss Smitt, de Leeuw e de Vries (2017) apontou que a cárie dentária grave e a extração de múltiplos possuem uma forte associação com a negligência infantil. Contudo, a identificação não pode ser baseada somente a partir dessas evidências clínicas, sendo que aspectos dentários e não dentários devem ser levados em consideração (Khalid; Metzner; Pawils, 2022). Estes últimos incluem a falta de informações dos pais ou responsáveis

acerca de doenças bucais e cuidados de higiene oral ou dificuldade em obter acesso aos serviços de saúde bucal. De todo modo, a negligência infantil impacta diretamente na saúde geral, no desenvolvimento das relações emocionais e sociais do indivíduo, bem como no aprendizado e socialização (Kiatipi *et al.*, 2021).

O pouco conhecimento sobre violência infantil foi apontado como o principal fator que impede a identificação e notificação dos casos. Destaca-se a incerteza do diagnóstico, pelo desconhecimento dos sinais manifestados na violência infantil, e não saber como conduzir o caso após o reconhecimento como os pontos que elevam a subnotificação entre cirurgiões-dentistas. Bjorknes *et al.* (2018), ao avaliar as possíveis razões que impedem a notificação em caso de suspeita por profissionais de saúde bucal, constatou que 90,4% das respostas obtidas concentravam-se na afirmativa “não tinha certeza da própria avaliação”, e 68% em “não tinha conhecimento suficiente sobre abuso e negligência infantil”. Além disso, a incerteza de como documentar descobertas e suspeitas também foi apontada como uma das principais causas das subnotificações.

A notificação de casos suspeitos de violência contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde e da educação tornou-se obrigatória através do Estatuto da Criança e Adolescente, órgão que assegura os direitos deste grupo, prevendo implicações em casos de não comunicação. Esta atitude tem como objetivo intervir precocemente, minimizando não somente traumas físicos, mas também aqueles que afetam a psique e o desenvolvimento, além de evitar a revitimização (Moreira *et al.*, 2014). A Portaria nº 1.968/2001, estabeleceu que todos os profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde, incluindo o cirurgião-dentista, devem preencher a ficha de notificação compulsória e comunicar ao Conselho Tutelar local, até mesmo em casos onde há apenas suspeitas de violência infantil. Contudo, a falta de conhecimento desses procedimentos ainda é um problema recorrente.

No estudo de Demarco, da Silva-Júnior e Azevedo (2021), realizado com cirurgiões-dentistas que atuam na Atenção Básica do município de Pelotas-RS, todos os profissionais afirmaram que desconheciam a ficha de notificação, e a grande maioria indicou que em casos suspeitos o médico ou enfermeiro deveria ser avisado para que sejam tomadas as devidas providências. Portanto, o desconhecimento dos instrumentos de notificação de violência infantil pode levar à subnotificação, que ainda é uma barreira que precisa ser superada no Brasil, pois interfere no desenvolvimento de medidas de proteção e assistência às vítimas (Moreira *et al.*, 2014).

O desconhecimento dos sinais de violência infantil e da notificação têm sido atribuídos à ausência de discussão acerca do tema durante a formação dos cirurgiões dentistas. As instituições acadêmicas não fornecem um nível adequado de instrução para diagnosticar e relatar os casos. Mesmo que haja algum direcionamento ainda na graduação, essas instruções parecem não ser suficientes para que o profissional tenha uma conduta correta frente aos casos. Desse modo, o reforço de discussão destes tópicos

nas escolas de odontologia, e ações direcionadas a essa temática, com o objetivo capacitar os profissionais dos serviços de saúde, são de fundamental importância para superar essas barreiras (Salazar; Sá; Veloso, 2021; Rios *et al.*, 2022).

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os inúmeros casos de violência infanto-juvenil demandam uma transformação no gerenciamento e dinâmica de trabalho dos serviços de saúde, visto que esses maus-tratos ocorrem predominantemente em ambiente familiar, constituindo um cenário complexo, de difícil aproximação e que configura um sério problema de Saúde Pública (Apostólico; Hino, Egly, 2013). Assim, a aptidão dos profissionais da área na identificação dos sinais de violência, juntamente com a facilidade permitida pela profissão de se estabelecer uma comunicação direta com as famílias, favorecem o reconhecimento das crianças nessa situação e contribuem para a quebra de um ciclo de agressões (Leite; Albuquerque, 2023).

Vale salientar que a violência infantil engloba não somente o abuso físico, moral e emocional, mas também está correlacionada à omissão daqueles que testemunham, presenciam ou desconfiam e não adotam quaisquer medidas de intervenção (WHO, 2014).

Na perspectiva do atendimento odontológico, o cirurgião-dentista é compreendido como componente indispensável para interromper o contexto de violência em que tantas crianças estão inseridas, sendo possível fornecer uma assistência sistematizada e integrativa. Essa assistência pode ocorrer através da realização de consultas regulares, que permitirão a avaliação dos aspectos físicos, principalmente nas regiões de cabeça e pescoço, e um melhor contato do profissional com a criança e seus responsáveis. Além disso, será proporcionado um estreitamento do vínculo entre o profissional e a família e, dessa maneira, possibilitará que o cirurgião-dentista tenha maior entendimento da dinâmica familiar e faça as devidas identificações e notificações (Santos *et al.*, 2019). Esses atos constituem um papel essencial do profissional, posto que, de acordo com o código de ética odontológica, é dever do cirurgião-dentista zelar pela saúde e dignidade do seu paciente (CFO, 2012).

Para o enfrentamento dos quadros de violência, além de ser imprescindível a adoção de um olhar atento, é fundamental o desenvolvimento de ações interventivas que prezem pelo acompanhamento dos casos e prevenção das ocorrências (Rodrigues *et al.*, 2023).

Como alternativas, podem ser citadas a inserção de fluxo prioritário para atendimento às vítimas, a divulgação de informações para o público, o requerimento de práticas educativas nos serviços de saúde, educação e previdência e o encorajamento à notificação e/ou denúncia, destacando que esta pode ser feita de maneira anônima (Brasil, 2002).

Ademais, impulsionar a integração da temática nas matrizes curriculares dos cursos de graduação e a realização de capacitações, direcionadas não somente aos cirurgiões-dentistas, como também aos estudantes dos cursos de Odontologia e demais profissionais

sobre a identificação de lesões corporais, a abordagem psicológica aos pacientes e a correta conduta das denúncias. Dessa maneira, desde a formação acadêmica os futuros profissionais já estarão instruídos a lidar com uma questão tão séria e serão influenciados a adotar uma postura ativa frente às situações de abuso à criança (De Souza *et al.*, 2017).

Portanto, compreende-se que os cirurgiões-dentistas desempenham uma importante atribuição no combate e prevenção dos episódios de violência infantil, seja na denúncia dos casos, quanto na identificação das lesões corporais, na abordagem e no suporte às vítimas, ressaltando a importância da ampla discussão e trabalho interdisciplinar (Silva *et al.*, 2022). Assim, é indispensável a devida capacitação e conscientização sobre a relevância do tema, além do estabelecimento de uma rede de apoio e assistência com os demais profissionais da saúde e serviços especializados Derosso; Do Amaral Júnior, 2024).

## 7 | CONCLUSÃO

O estudo revela que, embora a maioria dos cirurgiões-dentistas na Bahia tenham conhecimento sobre os tipos de violência infantojuvenil, muitos ainda não se sentem plenamente capacitados para identificar casos suspeitos em suas práticas clínicas. A falta de familiaridade com a ficha de notificação do SUS e o medo de realizar denúncias evidenciam a necessidade urgente de capacitação técnica e de medidas de apoio para esses profissionais. A implementação de treinamentos específicos é fundamental para que os cirurgiões-dentistas possam desempenhar um papel mais efetivo na proteção das crianças e adolescentes contra maus-tratos. Com esse estudo, espera-se elucidar questões relacionadas aos maus-tratos infantis, servindo de apoio para outras pesquisas, com temas relacionados a essa importante problemática.

## REFERÊNCIAS

1. ALMUTAIRI, M. *et al.* Child Abuse and Neglect: Awareness among Dental Students. **Healthcare (Basel)**. v. 11, n. 18, p. 2510, set. 2023.
2. ALRUWAILI N. S. Q. *et al.* The Awareness of Child Abuse and Neglect Among the Saudi Population: A Narrative Review. **Cureus**, v. 15, n. 12, p. e4894, dez. 2023.
3. ALVES, M. A. *et al.* Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de abuso sexual infantil – revisão de literatura. **Rev Bras Odontol Leg RBOL**, 2016.
4. APOSTÓLICO, M.R; HINO, P.; EGRY, E. Y.. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, p. 320-327, 2013.
5. BJORKNES, R. *et al.* Why are they reluctant to report? A study of the barriers to reporting to child welfare services among public dental healthcare personnel. **Health Soc Care Community**, v. 27, n. 1, p. 871–879, 2019.
6. BRASIL. Código Penal Brasileiro. Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
8. BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 13 de julho de 1990.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). **Diário Oficial da União**. Brasília, 4 de abril de 2017.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.968/2001, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Brasília, 25 de outubro de 2001.
12. CEYHAN, D. Knowledge, attitudes, and experiences of a group of turkish dentists regarding child abuse. **Odovtos**, San José, v. 25, n. 1, p. 179-195, abr. 2023.
13. CFO -Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica. Resolução CFO 118/2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. Rio de Janeiro, CFO, 11 de maio de 2012.
14. CHRISTIAN, C. W.; COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. The evaluation of suspected child physical abuse. **Pediatrics**, v. 135, n. 5, p. e20150356, mai. 2015.
15. CRESPO, M. *et al.* O papel do médico dentista no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças. **Acta Med Port**, v. 24, supl. 4, p. 939-948, jul-ago. 2013.
16. DE SOUZA, C. E. *et al.* Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista—revisão de literatura. **Rev Bras Odontol Leg RBOL**, v. 4, n. 1, 2017.
17. DEMARCO, G. T.; DA SILVA-JÚNIOR, I.; AZEVEDO, M. S. Conhecimentos e atitudes de cirurgiões-dentistas da rede pública de Pelotas-RS frente aos maus-tratos infantis. **Rev ABENO**, v. 21, n. 1, p. 1077, 2021.
18. DEROSSO, K.; DO AMARAL JÚNIOR, O. L. Papel do cirurgião dentista frente aos casos de abuso sexual infantil: uma revisão da literatura. **Rev Fac Odontol Porto Alegre**, v. 65, p. e133694-e133694, 2024.
19. FERNANDES, T. B. *et al.* Notificação de violência: conhecimento de cirurgiões-dentistas que atuam na Região Carbonífera, SC. **Revista da ABENO**, v. 18, n. 2, p. 124-134, 2018.
20. FISHER-OWENS, S. A. *et al.* Oral and dental aspects of child abuse and neglect. **Pediatrics**, v. 140, n. 2, ago. 2017.
21. HÅKSTAD, K. *et al.* Orofacial signs of child or adolescent maltreatment identified by dentists and dental hygienists: A scoping review. **Int J Paediatr Dent**, v. 34, n. 3, p. 285-301, mai. 2024.

22. HILLIS, S. *et al.* Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. **Pediatrics**, v. 137, n. 3, p.e20154079, 2016.
23. KHALID, G.; METZNER, F.; PAWILS, S. Prevalence of dental neglect and associated risk factors in children and adolescents-A systematic review. **Int J Paediatr Dent**, v. 32, n. 3, p. 436-446, mai. 2022.
24. KIATIFI, M. *et al.* Dental Neglect in Children: A Comprehensive Review of the Literature. **J Contemp Dent Pract**, v. 22, n. 2, p. 199-204, fev. 2021.
25. LEITE, J. C.; ALBUQUERQUE, G. A. A Estratégia Saúde da Família e o enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes: revisão integrativa. **Ciênc Saúde Colet**, v. 28, p. 3247-3258, 2023.
26. LIRA, A. G.; SOUSA, I. P., ANTUNES, R. de B. Abuso infantil: principais manifestações orofaciais e como intervir – revisão da literatura. **Revista Cathedral**, v. 4, n. 1, p. 63–70, 2022.
27. LOSSO, E. M. *et al.* Maus-tratos infantis: o papel dos cirurgiões-dentistas na proteção das crianças e adolescentes. Curitiba: **Universidade Positivo**; 2015.
28. MAIER, A.; FEGERT, J. M.; HOFFMANN, U. “An uncomfortable topic”: health professionals’ perspectives on child protection capacities, training offers and the potential need for action in germany. **BMC Health Serv Res**, v. 22, n. 1, p. 2-10, 28 abr. 2022.
29. MASSONI, A. C. *et al.* Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. **Ciênc Saúde Colet**, v. 15, n. 2, p. 403–10, mar. 2010.
30. MELE, F.; INTRONA, F.; SANTORO, V. Child abuse and neglect: oral and dental signs and the role of the dentist. **J Forensic Odontostomatol**, v. 41, n. 2, p. 21-29, ago. 2023.
31. MOREIRA, G. A. R. *et al.* Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. **Ciênc Saúde Colet**, v. 19, n. 10, p. 4267-4276, 2014.
32. NAGARAJAN, S. K. Craniofacial and oral manifestation of child abuse: A dental surgeon’s guide. **J Forensic Dent Sci**, v. 10, n. 3, p. 5.7, jan-abr. 2018.
33. OPS-Organização Pan-Americana da Saúde. Como responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud. Washington: OPS, 2023.
34. RIOS, E. B. *et al.* Conhecimento dos cirurgiões–dentistas que atuam em unidades básicas de saúde frente aos abusos e maus-tratos infantis. **Revista de APS**, v. 25, n. 1, 2022.
35. RODRIGUES, P. S. *et al.* As potencialidades e fragilidades da atenção básica na prevenção à violência infantil: revisão integrativa. **Rev FOCO**, v. 16, n. 3, p. e1247-e1247, 2023.
36. ROVER, A. de L.P. *et al.* Violência contra a criança: indicadores clínicos na odontologia/Violence against children: clinical indicators in dentistry. **Braz J Dev**, v. 6, n. 7, p. 43738-43750, 2020.
37. SALAZAR, T. S.; SÁ, M. M; VELOSO, K. M. M. Percepção de profissionais e estudantes de Odontologia sobre o abuso infantil: uma revisão integrativa. **Rev Bras Odontol Leg RBOL**, v. 8, n. 2, 2021.
38. SANTOS, L. F. *et al.* Fatores que interferem no enfrentamento da violência infantil por conselheiros tutelares. **Saúde debate**, v. 43, p. 137-149, 2019.

39. SILLEVIS SMITT, H. S., DE LEEUW, J., DE VRIES, T. Association Between Severe Dental Caries and Child Abuse and Neglect. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 75, n. 11, p. 2304–2306, 2017.
40. SILVA, A. G. S. *et al.* O papel do cirurgião-dentista no combate a violência infantil. **Jornada Odontologia de Goianésia**, v. 5, n. 1, 2022.
41. SILVA-OLIVEIRA, F. *et al.* Adaptação transcultural e reprodutibilidade de questionário para avaliação de conhecimento e atitude de profissionais de saúde frente a casos de abuso físico infantil. **Ciêns Saúde Colet**, v. 19, p. 917-929, 2014.
42. SINGH, V.; LEHL, G. Child abuse and the role of a dentist in its identification, prevention and protection: A literature review. **Dent Res J (Isfahan)**, v. 17, n. 3, p. 167–173, mai. 2020.
43. SOARES, I. S.; PEREIRA, T. S. Abuso sexual infantil: o que o cirurgião-dentista deve saber?. **Scientia Generalis**, v. 4, n. 2, p. 395-406, 2023.
44. SULIMANY, A. M. *et al.* Knowledge Levels and Educational Experiences among Dental Graduates in Saudi Arabia Regarding Child Abuse and Neglect: A National Study. **Children (Basel)**, v. 8, n. 9, p. 724, ago. 2021.
45. WHO- World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: WHO, 2014.

## TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Variável	%
Sobre conhecer os tipos de violência	
Sim	98
Não	2
Se considera capaz de identificar casos de violência	
Sim	40
Não	60
Já identificou algum caso suspeito de violência na rotina de atendimento	
Sim	44
Não	56
Já viu algum caso suspeito de violência infantil no último ano	
Sim	4
Não	96
Os tipos de violência já identificados	
Negligência e abandono	33,3
Violência física	27,8
Violência psicológica	24,1
Violência sexual	7,4
Violência infantil	5,6
Violência patrimonial	1,9
Sinais identificados na violência física	



Hematomas	32,6
Edemas	11,6
Fraturas dentárias	11,6
Queimaduras	9,3
Lacerações	7
Fraturas ósseas (região maxila/mandíbula)	7
Criança com comportamento psicológico instável	2,3
Emocional	2,3
Nenhum	16,3

**Tabela 1.** Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre os tipos de violência e a sua identificação na rotina de atendimento, Bahia, 2023

Variável	%
Já notificou algum caso em que suspeitasse ou algum caso comprovado no último ano	
Sim	6
Não	94
Já notificou algum caso suspeito entre os seus pacientes	
Sim	22
Não	78
Você sabe a quem recorrer para fazer uma notificação diante de uma suspeita	
Sim	24
Não	76
Conhece a ficha de notificação disponibilizada pelo SUS	
Sim	26
Não	74
Sobre já ter utilizado a ficha de notificação disponibilizada pelo SUS	
Sim	4
Não	96

**Tabela 2.** Notificação dos casos de violência na rotina de atendimentos, Bahia, 2023

Variável	%
Fatores que poderiam encorajar o profissional a identificar/notificar os casos	
Capacitação profissional	38,3
Sigilo	23,4
Segurança	20,6
Facilitar o processo de notificação	17,8
Fatores que contribuem para que o Cirurgião-dentista não identifique/notifique casos suspeitos	
Pouco conhecimento	54,2
Medo	25
Negligência	13,9
Outra resposta	6,9
Já passou por algum tipo de treinamento de notificação e identificação durante a formação profissional	
Sim	26

Não	74
Acredita que os cursos de graduação deveriam trabalhar a temática	
Sim	98
Não	2

---

**Tabela 3.** Fatores que interferem e podem ajudar a identificar/notificar os casos, Bahia, 2023