

PERCEÇÃO DE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA FRENTE AO MANEJO DE VIOLÊNCIA E MAUS TRATOS INFANTIS

PERCEPTION OF DENTAL STUDENTS IN THE MANAGEMENT OF VIOLENCE AND CHILD MALTREATMENT

PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA EN EL MANEJO DE LA VIOLENCIA Y EL MALTRATO INFANTIL

Gabriela Eugênia de Melo Pinheiro¹

<https://orcid.org/0009-0008-0104-1548>

gabrielaeugenia2@gmail.com

Faculdade Pernambucana de Saúde- Recife, Pernambuco, Brasil

Daniel Albuquerque Maranhão Badaró Cruz²

<https://orcid.org/0009-0000-7463-0724>

danielmaranhao.cruz@gmail.com

Faculdade Pernambucana de Saúde- Recife, Pernambuco, Brasil

Grasiele Fretta Fernandes³

<https://orcid.org/0000-0001-6182-1126>

grafretta@fps.edu.br

Faculdade Pernambucana de Saúde- Recife, Pernambuco, Brasil

RESUMO

O estudo avaliou a percepção de estudantes de Odontologia de uma Instituição do Nordeste Brasileiro sobre o preparo para lidar com violência e maus-tratos infantis durante a graduação. Realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com 27 alunos da Faculdade Pernambucana de Saúde. A pesquisa utilizou Análise de Conteúdo Temática para análise dos dados. A

amostra foi composta majoritariamente por mulheres (70,37%), com idades entre 20 e 24 anos (59,25%) e de cor branca (66,66%). As entrevistas foram divididas em três categorias: concepção de maus-tratos e violência infantil, percepção sobre condutas e responsabilidades do dentista, e abordagem da IES (Instituição de Ensino Superior) no preparo dos alunos. O estudo revelou lacunas no conhecimento dos estudantes, recomendando a revisão e ampliação do currículo para um treinamento mais efetivo sobre o tema.

Palavras-chave: Violência infantil. Odontologia. Violência doméstica. Instituições de ensino superior.

ABSTRACT

The study evaluated the perception of Dentistry students from an institution in the Northeast of Brazil about the preparation to deal with violence and child abuse during graduation. Conducted through semi-structured interviews with 27 students from the Faculdade Pernambucana de Saúde. The research used Thematic Content Analysis for data analysis. The sample was composed mostly of women (70.37%), aged between 20 and 24 years (59.25%) and white (66.66%). The interviews were divided into three categories: conception of child abuse and violence, perception of the dentist's conduct and responsibilities, and the HEI's (Higher Education Institution) approach to preparing students. The study revealed gaps in the students' knowledge, recommending the revision and expansion of the curriculum for more effective training on the subject.

Keywords: Child abuse. Dentistry. Domestic violence. Higher education institution.

RESUMEN

El estudio evaluó la percepción de estudiantes de Odontología de una institución del Nordeste Brasileño sobre la preparación para enfrentar la violencia y el maltrato infantil durante la carrera. Realizado a través de entrevistas semi-estructuradas con 27 alumnos de la Faculdade Pernambucana de Saúde. La investigación utilizó Análisis de Contenido Temático para el análisis de los datos. La muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (70,37%), con edades entre 20 y 24 años (59,25%) y de raza blanca (66,66%). Las entrevistas se dividieron en tres categorías: concepción de maltratos y violencia infantil, percepción sobre conductas y responsabilidades del dentista, y enfoque de la IES (Institución de educación superior) en la preparación de los alumnos. El estudio reveló lagunas en el conocimiento de los estudiantes, recomendando la revisión y ampliación del currículo para un entrenamiento más efectivo sobre el tema.

Palabras clave: Maltrato a los niños. Odontología. Violencia doméstica. Instituciones de educación superior.

INTRODUÇÃO

A violência e os maus tratos infantis apresentam um viés histórico, no qual são encontrados diversos documentos que retratam infanticídio ao longo dos séculos. Todavia, foi apenas no início do século XIX que surgiu a consciência pública de preocupação com o crescimento e desenvolvimento da criança e integração na família, além do surgimento de textos médicos acerca das violências praticadas contra elas.¹

Dessa forma, em meados de 1960 foi reconhecida pela Academia de Pediatria, a Síndrome da Criança Espancada, descrita por Henry Kempe. Consequentemente, após os anos 1960 a violência contra a criança passou a ser uma preocupação na área da saúde, inclusive no Brasil, sendo em 1973 registrado o primeiro caso de espancamento de crianças na literatura nacional. Além disso, no final da década de 1980 a atenção também foi voltada para o

tema, com registro de que os direitos à criança e ao adolescente fariam parte do texto da Constituição de 1988. Todavia, somente no final do século XX, a medicina, a psicologia, a pedagogia e o direito começam a pensar em um novo conceito de atendimento às crianças, quando surgiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).^{1,2,3,4}

Posteriormente, em 1996, foi realizada a Assembleia Geral das Organizações das Nações Unidas (ONU), que assumiu a violência como um importante problema para a saúde pública, sendo definido um instrumento de notificação de casos de suspeita ou de confirmação de violência contra crianças e adolescentes, por meio da Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Sendo assim, a violência contra a criança é classificada em quatro tipos: abuso físico, sexual, emocional ou psicológico e negligência.⁵

Epidemiologicamente, entre os anos de 1990 e 2008, constatou-se que quase 3.500 crianças morreram anualmente por maus tratos, dos tipos físico ou negligência. O Ministério da Saúde apontou que as agressões constituem a primeira causa de morte de jovens entre 5 e 19 anos de idade, sendo que a maior parte dessas agressões provém do ambiente doméstico. Quanto aos dados relativos ao Brasil, estima-se que 18 mil crianças e adolescentes sejam espancados diariamente e que para cada 20 casos de violência contra a criança e/ou adolescente, apenas um caso seja denunciado. No que tange os profissionais da saúde, tem-se que cerca de 10% das crianças levadas a serviços de emergência por maus-tratos não têm a ajuda adequada, conseqüentemente, cerca de 5% delas morrem nas mãos dos agressores, e 35% são severamente maltratadas novamente.⁶

Já no período de 2009 a 2019, estudos mostraram que a maior taxa de violência doméstica se refere a meninas dos 10 aos 14 anos e meninos dos 0 aos 4 anos. Em todas as regiões do Brasil, a faixa etária que apresenta maiores taxas de óbito por violência física doméstica é de 0 a 4 anos, para meninas e meninos, sendo os meninos os principais alvos de violências fatais.⁷

O cirurgião dentista apresenta uma responsabilidade de extrema importância quanto a notificação desses casos, já que o Conselho Federal de Odontologia (CFO), explicita por meio do artigo 9º, inciso VII do Código de

Ética profissional que é dever do cirurgião dentista zelar pela saúde e dignidade do paciente, permitindo assim, que em casos de suspeita seja obrigatoriamente comunicado ao Conselho Tutelar. Caso haja omissão, ele estará infringindo o Código de Ética. Mas, frente a qualquer situação suspeita ou confirmada, os profissionais de saúde no geral devem primeiro realizar o atendimento de emergência e, em seguida, notificar o caso aos órgãos competentes.⁸

Além disso, o cirurgião dentista possui um papel fundamental no que se refere à notificação da violência infantil, pois, cerca de 50% das lesões decorrentes de maus tratos infantis envolvem a região orofacial. Para que um pedido de assistência e investigação seja feito, é necessário que o cirurgião dentista se atente à elaboração de um exame completo, com fotos, radiografias e até modelos de estudo. Porém, em grande parte das vezes essas violências passam despercebidas, pelo fato desses profissionais desconhecerem os sinais básicos para seu diagnóstico precoce, ou, quando descobrem ou desconfiam de algo, não sabem o que fazer diante da situação.^{9,10}

Dessa forma, considerando os estudos acerca do entendimento dos cirurgiões dentistas e estudantes da área sobre o manejo em casos de maus tratos e violência infantil, além da importância de suas responsabilidades para a notificação dos casos e conseqüentemente, para traçar o verdadeiro perfil epidemiológico dessa problemática, é imprescindível o conhecimento da percepção dos discentes quanto ao seu preparo técnico profissional para atuação, identificação e notificação de possíveis casos suspeitos, protegendo a si mesmo juridicamente e a criança que possa estar exposta a maus tratos e violência.

METODOLOGIA

Delineou-se um estudo de caráter qualitativo e transversal, baseado nas diferentes visões acerca das experiências e opiniões dos participantes. A pesquisa de campo foi realizada na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Foram selecionados estudantes do curso de Odontologia do 2º ao 10º

período de graduação. A coleta de dados foi realizada no período de Agosto de 2024, apenas após confirmação do Comitê de Ética em pesquisa de Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde sob o número 79636724.6.0000.5569 seguindo a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Sendo realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, com 9 perguntas norteadoras (figura 1), as quais foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes e gravadas em mídia digital, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, todas as entrevistas foram transcritas. Para manter o anonimato dos participantes do estudo, os depoimentos foram identificados apenas com as iniciais de seus nomes. Além disso, os áudios das entrevistas foram excluídos após as transcrições. Inicialmente, a amostra seria de 4 estudantes de cada período que se encontrava dentro dos critérios de inclusão. Porém, após serem notados sinais de saturação, a amostra foi definida em 3 estudantes por período, totalizando uma amostra final de 27 participantes. Os dados obtidos durante as entrevistas foram analisados a partir da análise de conteúdo de Minayo e Bardin, a qual desdobra-se nas etapas pré análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação.¹¹ A pré análise foi feita por meio de uma leitura flutuante do pesquisador, ou seja, consistiu em uma leitura rápida, feita após a transcrição do que foi obtido por meio das perguntas norteadoras. A constituição do corpus, que diz respeito a integração de todo material utilizado para elaborar os indicadores que fundamentaram a interpretação final, levou em consideração fatores como: regras de saturação, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade. Na exploração do material, por sua vez, foi realizada a escolha de unidade por meio de mecanismos de codificação, classificação e categorização de dados. Na última fase, foi realizado o tratamento dos dados, interpretação e conclusão.

1. Para você, o que seria considerado maus tratos e violência infantil
2. Você conhece os tipos de violência infantil (Caso sim, saberia defini-las)

3. Durante a graduação você já vivenciou algum módulo de estudo relacionado ao tema? (Se sim, em qual período? Como foi essa abordagem?)
4. Você já teve alguma experiência de atendimento no qual você ou o cirurgião dentista (em caso de estágios) desconfiaram de maus tratos ou violência infantil? (Caso sim, qual foi a conduta abordada?)
5. Você se sente preparado para lidar com esses casos na prática clínica ainda na graduação?
6. Na sua opinião, quais seriam os sinais que poderiam indicar casos de maus tratos ou violência?
7. Você sabe qual o papel e a responsabilidade do cirurgião dentista frente aos maus tratos e a violência infantil?
8. Na sua opinião, a graduação teria que papel no preparo dos profissionais de saúde, em especial na odontologia, para a identificação e manejo desses casos?
9. Quais melhorias você acredita que são necessárias para mudar a realidade da baixa notificação quando leva-se em consideração o tema abordado?

Figura 1- Roteiro para entrevista semiestruturada

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contou com 27 participantes, sendo 3 de cada período do 2° ao 10°. Destes, a maioria (70,37%) eram do sexo feminino, entre 20 e 24 anos (59,25%), de cor branca (66,66%). Além disso, todos eram estudantes de graduação do curso de Odontologia da Faculdade Pernambucana de Saúde.

A partir da análise de dados, foram construídas 3 categorias temáticas: 1) concepção de maus tratos e violência infantil; 2) percepção acerca das condutas, notificação e responsabilidade do cirurgião dentista; e 3) abordagem da Instituição de Ensino em relação ao preparo dos estudantes de Odontologia frente aos maus tratos e violência infantil.

Concepção de maus tratos e violência infantil

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define a violência que envolve crianças e adolescentes, como todas as formas de maus-tratos emocionais

e/ou físicos, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, comercial ou outras formas de exploração, com possibilidade de resultar em danos potenciais ou reais à saúde das crianças, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder.⁵

Ao serem questionados acerca da conceitualização de maus tratos e violência infantil, alguns discentes mostraram um certo grau de dificuldade no momento das respostas. Ocorrendo uma comparação e relação frequente apenas com a violência física e psicológica, excluindo-se uma parte importante e necessária presente na definição da OMS, mesmo apresentando similaridades com o conceito original, conforme podemos observar nos trechos abaixo:

“Eu acredito que agressões físicas, agressões psicológicas, ameaças, essas coisas.” (E 3)

“Eu acredito que... bater em uma criança. Desrespeitar de algum modo falando alguma coisa...” (E 5)

“Acho que maus tratos seria violência infantil, abuso psicológico e abuso sexual.” (E 10)

“Seria uma criança sofrer violência, sofrer qualquer tipo de violência, seja física, verbal... E sofrer ataques físicos também. Eu acredito que os maus tratos atacam mais em relação à violência física.” (E 12)

“Agressão psicológica, física com a criança... Acho que é isso.” (E 19)

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Ribeiro *et al.* (2021)¹², no qual profissionais da saúde apresentaram dificuldades nessa

definição, notou-se uma similaridade extremamente significativa, dado que as perguntas foram abertas e os participantes também fizeram uma relação recorrente da violência física com o conceito geral de maus tratos e violência infantil.

Além da definição da OMS citada anteriormente, tem-se também a necessidade de conhecimento acerca da classificação quanto aos tipos de violência infantil. A qual se divide em: abuso físico (uso intencional da força, que pode ser praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas); sexual (atos sexuais nos quais o agressor está em estágio de desenvolvimento psicosexual mais avançado que a vítima e visa a própria satisfação); emocional ou psicológico (rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e/ou utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos); e negligência (omissão de cuidados básicos), os quais podem resultar em danos físicos, psicológicos, prejuízo ao crescimento, desenvolvimento e maturação das crianças.^{4, 12}

Quando indagados acerca dessa classificação, 13 dos discentes (48,14%) responderam abertamente que não conheciam os tipos de violência infantil:

“Sinceramente... Não.” (E 16)

“Não...” (E 20)

Além disso, apenas 3 dos participantes da pesquisa (11,11%) citaram a violência sexual e 2 (7,4%) a negligência como um dos tipos de violência infantil:

“Negligência, bater...” (E 25)

“É sim... É psicológico, físico, é... sexual, é... negligência também.” (E 7)

“Só bater, gritar e sexual, né?” (E 1)

Os demais, resumiram os tipos de violência infantil às violências psicológica e física, como é perceptível nas falas abaixo:

“Eu conheço alguns, né?... Tem violência psicológica, né? Violência física...” (E 4)

“Física, mental... A física, que realmente é bater na criança, e a mental é a psicológica.” (E 27)

“Conheço algumas, conheço algumas. Agressão física, agressão verbal, eu acho que são só essas duas...” (E 2)

Assim como, na pesquisa realizada por Martin *et al.* (2021)¹³, em que a negligência foi a menos associada pelos discentes como um tipo de violência à criança. Dados esses, preocupantes, tendo em vista que estudos mostraram as formas mais frequentes de violência infantil como sendo: violência física, negligência e violência sexual. Além disso, as lesões e doenças relacionadas a esses abusos geralmente aparecem na região craniofacial (em 55% dos casos de violência física e 15% dos casos de violência sexual). Mostrando, dessa forma, a necessidade de conhecimento dos futuros cirurgiões-dentistas acerca desses tipos de violência e suas características.¹⁴

Percepção acerca da identificação, condutas, notificação e responsabilidade do cirurgião dentista

A Assembleia Geral das Organizações das Nações Unidas (ONU), em 1996, reconheceu a violência como um problema significativo para a saúde pública. Em resposta, foi definido um instrumento de notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes, por meio da Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001.¹⁵

Do ponto de vista epidemiológico, entre 2009 e 2019, estudos indicaram que a maior taxa de violência doméstica ocorreu entre meninas de 10 a 14 anos e meninos de 0 a 4 anos, em todas as regiões do país. Além disso, a faixa etária com as maiores taxas de óbito por violência física doméstica foi de 0 a 4 anos, para ambos os sexos, com os meninos sendo as principais vítimas de violência fatal. Também foi constatado que o principal tipo de violência foi a física, ocorrendo por meio de força corporal e espancamento, geralmente em ambiente doméstico.⁷

Diante desse perfil epidemiológico e da necessidade de uma notificação compulsória em casos de violência e maus-tratos infantis, é crucial analisar a responsabilidade dos estudantes e futuros profissionais da saúde em relação a essas situações. Nesse contexto, o cirurgião-dentista desempenha um papel importante, uma vez que o Conselho Federal de Odontologia (CFO) especifica, no artigo 9º, inciso VII, do Código de Ética Profissional, que é dever do cirurgião-dentista zelar pela saúde e dignidade do paciente. Assim, em casos de suspeita, deve-se comunicar obrigatoriamente ao Conselho Tutelar. A omissão desse processo constitui uma infração ao Código de Ética. No entanto, ao enfrentar qualquer situação suspeita ou confirmada, os profissionais de saúde devem, primeiramente, realizar o atendimento de emergência e, em seguida, notificar o caso aos órgãos competentes.⁸

Mas, apesar da notificação ser uma das principais etapas no manejo desses casos, apenas 5 (18,51%) dos estudantes entrevistados a citou como uma responsabilidade do cirurgião dentista:

“Nesses casos de lesão na face, de negligência, a gente é um dos primeiros a ter esse contato. Então, é muito importante a gente notificar esses casos.” (E 7)

“Não sei muito não, na verdade... Eu acho que o cirurgião dentista tem que agir de alguma forma. Notificar se ele perceber que realmente é uma situação de violência. Eu não sei exatamente onde notificar, mas notificar e tentar intervir de alguma forma porque ele é um profissional de saúde...” (E 5)

“Ah sim, eu sei que existe a questão da notificação. Eu sei que o dentista é um profissional da saúde, por ser um profissional da saúde ele está diretamente ligado a essas questões. Mas eu não consigo saber como o cirurgião dentista pode intervir numa situação dessas, além de notificar.” (E 25)

Esse desconhecimento não apenas sobre o processo de notificação, mas também sobre a ficha utilizada para esse procedimento e sua importância também foi percebido por Silva *et al.* (2017)¹⁶, visto que, a maior parte dos entrevistados não conheciam a ficha de notificação de casos de maus tratos. Todavia, a notificação é essencial, pois envolve compartilhar a responsabilidade de proteger crianças e adolescentes com diversos setores da sociedade. Assim, a falta de conhecimento sobre esse instrumento pode comprometer a garantia de direitos e a proteção social desses indivíduos.

Além disso, durante a análise dos dados, observou-se que apenas 5 (18,51%) dos discentes mencionaram o Conselho Tutelar, que, conforme estabelece a legislação, é o órgão que deve ser comunicado obrigatoriamente em casos de violência contra crianças e adolescentes:

“Eu acho que o papel da gente é denunciar. E aí o que a gente pode fazer é continuar com essa denúncia no conselho tutelar e relatar como foi a experiência da gente e segurar o paciente o máximo...” (E 7)

“Eu sei que se a gente ver algum caso disso, a gente vai ter que chamar o conselho tutelar, denunciar e fazer todos trâmites legais.” (E 9)

Essa falta de conhecimento sobre os mecanismos de notificação e denúncia, bem como sobre os tipos de violência infantil, resulta em uma subnotificação da problemática. De forma que, cerca de 10% das crianças levadas a serviços de emergência por maus-tratos não têm a ajuda adequada e conseqüentemente, cerca de 5% delas morrem nas mãos dos agressores, e 35% são severamente maltratadas novamente.⁶

Estudos, como o de Andrade Lima *et al.* (2005)¹⁷, que envolveu odontopediatras, expõem que a ausência de conhecimento acerca do tipo exato de violência ocorrida é uma das principais razões para a não notificação e denúncia. Além disso, foi notado também o desconhecimento dos profissionais sobre as leis e suas obrigações éticas relacionadas a essas situações, como na pesquisa de Moura, Ana Rodrigues *et al.* (2015)¹⁸, na qual apenas 43% dos dentistas fariam a denúncia da maneira adequada e na de Nunes *et al.* (2021)¹⁹ em que 84,9% dos profissionais que suspeitaram de maus-tratos e violência infantil não realizaram a denúncia. Esse despreparo reflete em um perfil similar ao dos discentes e demonstra a necessidade urgente de um maior treinamento nessa área.

Além das questões relacionadas ao conhecimento dos mecanismos de notificação, o estudo também examinou o conhecimento acerca dos sinais que indicam maus-tratos e violência. Os quais, de acordo com uma revisão realizada por Rover *et al.* (2020)¹⁰ constituem:

1. Violência sexual: gonorreia, sífilis, petéquias e eritema no palato, marcas de mordida, lacerações de freio, trauma dentário, herpes tipo II, condiloma acuminado, equimoses de sucção no pescoço, além de lesões não consistentes com a explicação dada ou com a idade do paciente. Outro fator a ser ressaltado é de que a criança também pode apresentar alguns distúrbios psíquicos.
2. Negligência ou tratamento negligente: desenvolvimento inadequado, autocuidado inadequado, higiene corporal e bucal alterada, integridade da pele comprometida, ingestão alimentar inadequada do lactente, sono inadequado, direito de cidadania limitado.

3. Violência física: hematomas nos braços, pernas, olhos, costas, boca, pescoço, testa e mãos, rosto inchado, marcas de queimadura e escoriações, fraturas dentárias, relacionamento familiar conflituoso.
4. Violência emocional ou psicológica: não são percebidos sinais visíveis, então, deve-se estar atento aos sinais de rejeição, depreciação, amedrontamento, desrespeito, discriminação, cobranças e punições exageradas.

No que tange às respostas dadas pelos estudantes, temos uma similaridade com alguns dos sinais citados acima. Porém, de forma superficial e que reflete a ausência significativa de conhecimento acerca dos tipos de violência infantil:

“No meu caso de odonto, é na boca, se tiver alguma coisa. E também você vê pelo copo, né Se tem muito machucado no corpo...” (E 9)

“Assim, no consultório, no caso, seria identificar feridas, como a nossa área, cabeça e pescoço feridas em certas regiões que indicam questão de ter sofrido violência mesmo, de bater. Às vezes acontece de ter com marca de cigarro ou até mesmo essa questão da cárie.” (E 21)

“Hematomas, palato, algum tipo de eritema, algum tipo de arroxeadado e a questão de como o paciente se comporta perto dos responsáveis.” (E 10)

Dessa forma, com base nas respostas dos discentes, identifica-se uma compreensão limitada acerca da identificação de sinais de violência infantil. Embora haja uma certa relevância de alguns sinais físicos e comportamentais citados por eles, a abordagem ainda parece superficial havendo a necessidade de uma compreensão mais profunda dos diversos tipos de violência infantil e suas manifestações. Assim como no estudo de Mello *et al.* (2017)²⁰, em que os cirurgiões dentistas apresentaram conhecimento insuficiente na identificação de maus tratos e violência infantil.

Abordagem da Instituição de Ensino em relação ao preparo dos estudantes de Odontologia frente aos maus tratos e violência infantil

Para que os cirurgiões dentistas sejam capazes de relatar suspeitas às autoridades e denunciar casos de violência infantil, é de extrema importância que as instruções e o preparo técnico-profissional ocorra durante a graduação. Dessa forma, tendo em vista a importância da IES frente a esse preparo, foi perguntado aos discentes envolvidos na pesquisa acerca da abordagem da instituição sobre a temática e se já haviam vivenciado módulos de estudo relacionados ao tema, os quais citaram:

“Cara, eu acho que já vi, acho que foi um caso dentro de um módulo perdido, assim... Acho que foi só um caso... Todo mundo conseguiu contribuir bem e tal, mas também depois disso não teve mais nada sobre isso, não teve nenhuma palestra, não teve nenhum laboratório, alguma imersão nesses comportamentos que a gente pudesse avaliar no dia a dia na clínica.” (E 2)

“Já, mas bem superficial. Se eu não me engano foi no sétimo período. Foi sobre... Era um módulo que abordava sobre notificação compulsória, tinha maus tratos infantil. Mas não foi nada relacionado só a maus tratos infantil.” (E 25)

“Já, mas eu achei muito raso. Foi no quarto período. Mas foram questões pontuais sobre violência contra a criança e a respeito das indicações clínicas.” (E 16)

Dessa forma, notou-se uma pequena diferença em relação a alguns estudos como o de Santana *et al.* (2017)²¹, em que 66,7% dos participantes

mencionaram nunca terem sido apresentados ao tema durante a graduação. Mas, embora os discentes da atual pesquisa tenham vivenciado módulos de estudo relacionados ao tema, é perceptível que ainda há uma necessidade de aprimoramento a fim de diminuir as limitações e inseguranças dos estudantes. Dado que, 22 (81,48%) dos participantes relataram não se sentirem preparados para atender esses casos ainda na graduação. Sendo assim, embora sejam realizados alguns tipos de treinamento durante a graduação, ainda é perceptível a ausência de eficácia na forma em que o preparo frente a esse manejo é tratado, resultando em barreiras no momento da atuação profissional. Assim, torna-se evidente a necessidade de maior atenção para esse assunto nos cursos de Odontologia.^{22,23}

CONCLUSÃO

Observou-se uma carência em relação ao entendimento acerca do manejo em casos de violência e maus tratos infantis pelos discentes do curso de Odontologia da Faculdade Pernambucana de Saúde. Os resultados demonstraram que, apesar da consciência geral sobre a violência física e psicológica, os estudantes têm um entendimento limitado e frequentemente superficial sobre a definição abrangente e as diferentes formas de violência infantil, conforme estabelecido pela OMS. Além disso, a análise das percepções dos estudantes sobre suas responsabilidades, incluindo a identificação e notificação de casos de violência infantil, também evidenciou uma defasagem. No que diz respeito ao preparo oferecido pela instituição de ensino, os resultados indicaram que, embora alguns módulos sobre o tema tenham sido abordados durante a graduação, o conteúdo foi frequentemente descrito como superficial e inadequado para preparar os alunos de forma efetiva para enfrentar esses desafios na prática clínica. A maior parte dos estudantes relatou sentir-se despreparada para lidar com situações de violência infantil, um reflexo da necessidade urgente de um currículo mais robusto e específico. Sendo assim, é essencial que as instituições de ensino superior em Odontologia reavaliem e ampliem seus programas de formação,

incorporando módulos mais aprofundados e práticas sobre a identificação, manejo e notificação de maus-tratos e violência infantil. A capacitação contínua dos futuros cirurgiões-dentistas é crucial para assegurar que estejam bem equipados para reconhecer e responder adequadamente a sinais de abuso, desempenhando assim um papel efetivo na proteção e no bem-estar das crianças. A integração de treinamento prático e simulações realistas pode proporcionar uma compreensão mais completa e preparar melhor os estudantes para enfrentar essas situações complexas e delicadas em sua prática profissional.

REFERÊNCIAS

1. Martins CB de G, Jorge MHP de M. Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção [Internet]. São Paulo: Acta Paul Enferm; 2010 [1º de setembro de 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000300018>.
2. Pires ALD, Miyazaki MCO. Children and adolescents maltreatment: a literature review for health professionals [Internet]. Ribeirão Preto: FAMERP; 2005 [1º de setembro de 2024]. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-12-1/08%20-%20id%20102.pdf.
3. Shenk CE, Ammerman RT, Teeters AR, Bensman HE, Allen EK, Putnam FW, et al. History of maltreatment in childhood and subsequent parenting stress in at-risk, first-time mothers: Identifying points of intervention during home visiting. *Prev Sci* [Internet]. 2017 [citado 1º de setembro de 2024];18(3):361–70. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28168607/>
4. Pitombeira DF, Xavier AS, Barroso REC, Oliveira PRS de. Psicologia e a Formação para a Saúde: Experiências Formativas e Transformações Curriculares em Debate. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2016 [citado 1º de setembro de 2024];36(2):280–91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001722014>

5. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro [Internet]. Brasília: Cien Saude Colet; 2016; 21(3): 871-80 [citado 1 set 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>
6. Martins CB de G. Maus tratos contra crianças e adolescents. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010;63(4):660–5. [citado 1º de setembro de 2024] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672010000400024>
7. Riba AC. O corpo da criança como receptáculo da violência física: análise dos dados epidemiológicos do Viva/SINAN. Universidade de São Paulo; 2022. [citado 1 de setembro de 2024]. doi:10.11606/D.6.2022.tde-13072022-102417. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-13072022-102417/pt-br.php>
8. SOUZA CE, RODRIGUES IFM, ZOCCRATTO KBF, OLIVEIRA CAS. Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista – revisão de literatura [Internet]. Ver Bras Odontol Leg. 2017; 4(1): 53-63. [citado 1º de setembro de 2024] Disponível em: <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/75/96>.
9. Mattes da Silva A, Santos J, Almeida LH. Conhecimento do cirurgião-dentista acerca de maus-tratos à criança e ao adolescente. Rev Fac Odontol - UPF [Internet]. 2019;24(2):250–5. [citado 1º de setembro de 2024] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v24i2.10446>
10. Rover A de LP, Oliveira GC de, Nagata ME, Ferreira R, Molina AFC, Parreiras SO. Violência contra a criança: indicadores clínicos na odontologia. Braz. J. Develop. [Internet]. 20 [citado 1 de abril de 2024] Apr. 10];6(7):43738-50. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/12740>
11. Minayo MC de S, Bardin L. Pesquisa qualitativa: teoria e prática. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2017. [citado 1º de setembro de 2024] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10531096/>

12. Nunes AJ, Sales MCV. **Violência contra crianças no cenário brasileiro.** *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016;21(3):871–80. [citado 1º de setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>
13. Bezerra de Martim G, Marques TA, Dittz de Abreu Costa LV, Sarcinelli RB, Pacheco KT dos S. Conhecimento e conduta de graduandos em Odontologia da UFES frente à violência infantil: um estudo transversal. *Rev Bras Odontol Legal*. 2021;10(3):1-10. Disponível em [citado 11 de setembro de 2024]. Disponível em: <https://www.portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/379/295>
14. Faculty of Health and Sports Sciences, University of Zaragoza, Huesca, Spain, de la Parte-Serna AC, Oliván-Gonzalvo G, Social Services Institute of Aragón, Government of Aragón, Zaragoza, Spain, Raluca Fratila C, Faculty of Health and Sports Sciences, University of Zaragoza, Huesca, Spain, et al. The dark side of Paediatric dentistry: Child abuse. *Iberoam J Med* [Internet]. 2020;2(3):194–200. [citado 1º de setembro de 2024] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.53986/ibjm.2020.0035>
15. Egrý EY, Apostolico MR, Morais TCP. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018;23(1):83–92. [citado 1º de setembro de 2024] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>
16. Silva KBG da, Cavalcanti AFC, Cavalcanti AL. Maltrato infantil: conocimientos y conductas de los cirujanos dentistas de la Estrategia Salud de la Familia de Guarabira-PB. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde no Contexto Soc* [Internet]. 2017;5:108. [citado 1º de setembro de 2024] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v5i0.1977>
17. Lima KA, Colares V, Cabral HM. Evaluation of pediatric dentist's attitudes towards the child abuse in Recife. *Rev Odontocienc* 2005; 20(49):231-236 [citado 1º de setembro de 2024];20:231–6. Disponível em:

<https://www.semanticscholar.org/paper/a03d3d75f18d49f99330ce68258b92bf7ec205f7>

18. Moura, Ana Rodrigues et al. Dentists and undergraduate dental students require more information relating to child abuse. *MedicalExpress* [online]. 2015, v. 2, n. 2 [Citado 11 de setembro de 2024], M150203. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/MedicalExpress.2015.02.03>
19. Nunes LS, Silva-Oliveira F, Mattos FF, Maia FBF, Ferreira EF e., Zarzar PMP de A. Prevalence of recognition and reporting of child physical abuse by dental surgeons and associated factors. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2021;26(supl 3):5013–22. [citado 1º de setembro de 2024]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.02442020>
20. Silveira de Mello CR, Moletta LB, Bruzamin CD, Gabardo MCL, Pizzatto E, Zaitter WM. Knowledge of dentists on child abuse in two Brazilian southern cities. *RSBO*. 2017 Jan-Mar;14(1):30-6. [citado 11 de setembro de 2024]. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.rsbo.2016.12.001>
21. Santana FR, Almeida AM, Balthazar AP, Silva RG. Knowledge of undergraduate students about the prevention of accidents and emergencies in the work environment. *RefACS* [Internet]. 2017;5(0):237–44. [citado 1º de setembro de 2024]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v5i0.1977>
22. Rodrigues JLSA, Lima APB, Nagata JY, Rigo L, Cericato GO, Franco A, et al. Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry – A systematic review. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2016;43:34–41. [citado 1º de setembro de 2024]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2016.07.006>
23. Pereira PP, Silva M, Silva DR. A percepção dos dentistas sobre a atuação da Odontologia na saúde coletiva. *Revista ABENO* [Internet]. 2021;19(2):49–58. [citado 1º de setembro de 2024]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30979/rev.abeno.v19i2.825>

Esse trabalho seguiu as normas de formatação da revista Interface, disponível em: <https://interface.org.br/submissao/>