



FACULDADES NOVA ESPERANÇA
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

CECÍLIA PACHECO CALADO

**CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS DE ODONTOLOGIA SOBRE VIOLÊNCIA
INFANTIL**

JOÃO PESSOA-PB

2023

CECÍLIA PACHECO CALADO

**CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS DE ODONTOLOGIA SOBRE VIOLÊNCIA
INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Nova Esperança como parte dos requisitos exigidos para a conclusão do curso de Bacharelado em Odontologia.

Orientadora: Prof. Me. Amanda Lira Rufino de Lucena

JOÃO PESSOA-PB

2023

C143c

Calado, Cecília Pacheco

Conhecimento dos graduandos de odontologia sobre violência infantil / Adenilson Pereira dos Santos. – João Pessoa, 2023.

29f.

Orientadora: Prof^a Me. Amanda Lira Rufino de Lucena.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Criança. 2. Adolescente. 3. Maus-Tratos Infantis. 4. Defesa da Criança e do Adolescente. I. Título.

CDU: 616.314:616-053.2

CECÍLIA PACHECO CALADO

**CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS DE ODONTOLOGIA SOBRE VIOLÊNCIA
INFANTIL**

Artigo apresentado à Faculdade Nova Esperança como parte das exigências para a obtenção do título de Cirurgiã-dentista.

João Pessoa, 07 de junho de 2023.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Me. Amanda Lira Rufino de Lucena
Faculdades Nova Esperança



Profa. Dra. Fernanda Clótilde Mariz Suassuna
Faculdades Nova Esperança



Profa. Dra. Mara Ilka Holanda de Medeiros Batista
Faculdades Nova Esperança

Dedico aos meu pais que sonharam também os meus sonhos e aos meus irmãos por todo o amor em todos os dias dessa jornada.

AGRADECIMENTOS

Sempre, em primeiro lugar e em qualquer momento da minha vida, os agradecimentos serão à bondade Divina que é derramada em minha vida constantemente. Vivenciar o amor e a providência de Deus em cada detalhe, o amor de Nossa Senhora e o cuidado Dela durante toda essa trajetória é um dos maiores agradecimentos. Em seguida, agradeço à minha família. Ao meu pai Josias da Silva Calado e à minha mãe Maria de Fátima Pacheco Calado, os meus grandes incentivadores, apoiadores e a minha rocha firme todos os dias para a concretização dessa conquista. Papai é a base de tudo, sempre foi, e mamãe é a que abraça os ventos da mudança e a que sempre me incentivou para que eu abraçasse também os meus, alçando todos os meus voos. Não existem palavras que descrevam o tamanho amor que eu sinto! Aos meus irmãos, Michelyne Pacheco Calado, José Michel Pacheco Calado, Josias da Silva Calado Filho e Joana Dark Pacheco Calado, os melhores presentes que os meus pais poderiam ter me dado e meus grandes amigos nessa vida, o meu amor, sempre. À minha família, todo meu amor, eles que sempre estiveram comigo, ainda que no coração, todos os dias dessa jornada. Esse amor se estende também ao meu vovô José da Silva Calado e minha avó Juraci Rodrigues Calado (in memoriam), aos meus sobrinhos Maria Helena e Rafael e aos meus cunhados. Ainda dissertando sobre amor - resumo de tudo, quero agradecer aos meus amigos de graduação, Maria Laura, José Reinaldo, José Carlos e Wagner Oliveira, por tornar os meus dias mais doces e felizes. Fomos felizes! Deus é bom em todo tempo. Ele foi generoso em nos tornar família e lar, mesmo distante de nossas casas. Quero agradecer de maneira especial, a minha orientadora Profa. Me. Amanda Lira Rufino de Lucena por sua mão estendida em todo tempo, talvez ela nem perceba, mas ela é mão estendida sempre, como orientadora, professora e amiga. Deus sabia que eu precisava exatamente dela para me orientar nesse nosso trabalho e na finalização desse ciclo. Professora Amanda, o meu muito obrigada! Sei que essas duas palavras são simples, mas é com todo o meu coração. Ainda, agradeço também a Prof. Dra. Fernanda Clotilde Mariz Suassuna e Prof. Dra. Mara Ilka Holanda de Medeiros Batista que integraram a minha banca examinadora. Quero dizer que é uma honra tê-las nessa banca! Mulheres que são exemplo de profissionalismo, comprometimento e amor com humanidade e fé. A todos que de maneira direta e indireta me fizeram sorrir e que contribuíram para que eu continuasse acreditando, os meus agradecimentos.

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. O que Deus quer é ver a gente aprendendo a ser capaz de ficar alegre a mais, no meio da alegria, e ainda mais alegre ainda no meio da tristeza!”

(ROSA, João Guimarães. Grande Sertão: Veredas, página 293).

RESUMO

O Cirurgião-Dentista possui grande importância na identificação da violência infantil, pois, a região craniofacial está entre as mais afetadas. O objetivo desse estudo foi verificar o conhecimento dos graduandos de Odontologia da Faculdade Nova Esperança em relação à violência infantil. Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal, com abordagem quantitativa. O instrumento de pesquisa utilizado para a coleta de dados foi um questionário adaptado, aplicado de forma presencial. O universo da pesquisa foi composto por todos os alunos que estavam matriculados no semestre de 2023.1 (174 alunos), sendo a amostra 141 alunos participantes. Após avaliação dos critérios de elegibilidade e a aceitação de participarem da pesquisa, os participantes fizeram a leitura, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preencheram o questionário. Os dados coletados foram armazenados na forma de banco de dados do programa StatisticalPackage for Social Sciences (SPSS) para Windows versão 20.0 e analisados por meio de estatística descritiva. A maioria dos participantes foram do sexo feminino, entre 21 e 30 anos e do décimo período. Cerca de 48,9% dos estudantes afirmaram que não obtiveram informações sobre abuso infantil na graduação, 29,1% dos alunos citaram as aulas teóricas (não lembram da disciplina) o meio mais comum que receberam esses conhecimentos. Em relação aos órgãos de proteção, 68,8% dos participantes afirmaram conhecer algum órgão, sendo o Conselho tutelar (46%) o mais citado. Sobre a região do corpo mais atingida em casos de violência, ficou bem claro que a região da cabeça e pescoço foram as mais citadas pelos participantes da pesquisa. De forma geral, foi possível observar que os acadêmicos demonstraram bom conhecimento sobre como identificar os casos de violência infantil, porém, quanto à notificação e como conduzir de maneira efetiva o caso diante de uma suspeita, os participantes demonstraram conhecimento razoável.

Palavras-chave: Criança; Adolescente; Maus-Tratos Infantis; Defesa da criança e do adolescente.

ABSTRACT

The Dental Surgeon is of great importance in identifying child violence, as the craniofacial region is among the most affected. The objective of this study was to verify the knowledge of Dentistry students at Faculdade Nova Esperança regarding violence against children. This was a descriptive, exploratory and cross-sectional study with a quantitative approach. The research instrument used for data collection was an adapted questionnaire, applied in person. The research universe consisted of all students who were enrolled in the semester of 2023.1 (174 students), with a sample of 141 participating students. After evaluating the eligibility criteria and accepting to participate in the research, the participants read and signed the Free and Informed Consent Form and filled out the questionnaire. The collected data were stored in the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows version 20.0 database and analyzed using descriptive statistics. Most participants were female, between 21 and 30 years old and from the tenth period. About 48.9% of the students stated that they did not obtain information about child abuse during graduation, 29.1% of the students cited theoretical classes (they do not remember the discipline) as the most common way they received this knowledge. With regard to protection bodies, 68.8% of participants said they knew of some body, with the Guardianship Council (46%) being the most cited. Regarding the most affected body region in cases of violence, it was clear that the head and neck region were the most cited by the research participants. In general, it was possible to observe that the academics demonstrated good knowledge about how to identify cases of child violence, however, regarding the notification and how to effectively conduct the case in the face of a suspicion, the participants demonstrated reasonable knowledge

Keywords: Child; Adolescent; Child Abuse; Advocacy for children and adolescents

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| TABELA 1 – Dados dos participantes da pesquisa: sexo, faixa etária e período letivo | 13 |
| TABELA 2 - Resultados relativos ao grau de conhecimento sobre violência infantil, atendimento suspeito e capacidade de notificação | 14 |
| TABELA 3 - Região do corpo mais acometida em casos de violência infantil | 16 |
| TABELA 4 - Frequência numérica e percentual de respostas dos acadêmicos de Odontologia referentes as lesões suspeitas para violência infantil e indicadores comportamentais e físicos de abuso infantil | 18 |
| TABELA 5 - Como agir diante de uma situação de abuso infantil | 19 |

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| MATERIAIS E MÉTODOS..... | 12 |
| RESULTADOS E DISCUSSÃO | 13 |
| CONCLUSÃO | 20 |
| REFERÊNCIAS | 21 |
| APÊNDICES | 25 |

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno social e de saúde pública, com números expressivos na faixa etária infantil, responsável por um impacto no desenvolvimento e uma catastrófica repercussão comportamental na vida adulta dessa criança¹. No Artigo 227 da Constituição Federal de 1988 consta que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, dentre tantos direitos, o direito à vida, à dignidade, ao respeito. No 4º parágrafo do mesmo artigo, fica claro que a lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente².

No Artigo 232 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990 declara-se que submeter criança ou adolescente sob sua autoridade, guarda ou vigilância a vexame ou a constrangimento, ocasionará ao agressor como pena detenção de seis meses a dois anos³. Ainda, no Artigo 136 do Código Penal é declarado que expor em perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo, a pena de detenção é de dois meses a um ano ou multa⁴.

Para a Organização Mundial da Saúde, a violência é definida como uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações. Sendo assim, historicamente, as crianças e os adolescentes compõem a faixa etária mais acometida pelas diferentes formas de violência, o que faz com que o abuso e a negligência infantil sejam um problema global⁵.

O aumento significativo no número de casos de violência infantil, de acordo com os dados epidemiológicos nacionais e mundiais, evidencia o quão necessário e urgente é a implementação de ações para controle nos âmbitos sociais e profissionais⁶. No período de 2011 a 2017, foram notificados 1.460.326 casos de violência interpessoal ou auto lesiva em crianças e adolescentes no Sistema de Informação de Notificação Doenças do Ministério da Saúde do Brasil (SINAN/MS)⁷.

Tal violência pode ser classificada em quatro tipos: abuso físico, sexual, emocional ou psicológico e negligência, os quais podem resultar em danos físicos, psicológicos, baixa autoestima, comportamento violento, prejuízo ao crescimento, desenvolvimento e maturação da vítima⁸. Os físicos ocorrem quando pessoas próximas da criança, fazem o uso da força física com a intenção de agredir, já os psicológicos podem ser objetivos ou subjetivos em forma de depreciação, discriminação, repressão e rejeição. Os maus-tratos sexuais consistem

em todo ato no qual o agressor utiliza, induz e estimula a vítima, e a negligência consiste em atos de omissão, isto é, a ausência de cuidados básicos do responsável⁹.

Compreende-se que os variados tipos de violência infantil, seja a física, psicológica, sexual ou negligência causam grande impacto nos diversos âmbitos de desenvolvimento da vítima¹⁰. Há correlação entre maus-tratos na infância e impactos negativos no desenvolvimento cognitivo, psicológico e sexual, comprometimento funcional e físico de longo prazo, que se refletem na adolescência e na vida adulta, como por exemplo, baixa autoestima e depressão^{11,12}.

Sabe-se também que, frequentemente, os pais ou responsáveis são os autores desses maus-tratos, sendo 45% das vezes a casa da vítima o local da ocorrência. Ainda sobre o perfil do agressor, sabe-se que abuso sexual infantil foi perpetrado, em sua grande parte, por agressores do sexo masculino, sendo a faixa etária com maior frequência, homens de 30 à 40 anos. Entre as vítimas de abuso sexual, houve predomínio do sexo feminino, entre elas, observando a concentração de casos na faixa etária dos 10 aos 14 anos¹³.

No que diz respeito à localização das lesões, são locais mais atingidos: a região da cabeça, pescoço e membros¹⁴. No estudo de MENOLI et al. (2007)¹⁵, aproximadamente 75% dos casos de abuso infantil, as crianças apresentam feridas na boca, rosto e cabeça, além de, apresentarem manifestações orais de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Na cavidade oral, lesões eritematosas, ulcerativas e vesiculares com drenagem purulenta ou pseudomembranosa, assim como formas específicas de verrugas, ou achados de vermelhidão no palato são lesões patognômicas de abuso sexual¹⁶.

Ainda, algumas lesões encontradas pelo corpo da criança e adolescentes são hematomas, escoriações, lesões que lembram marcas de objetos ou em fases diferentes de cicatrização, sendo as principais manifestações orofaciais: sinais de fratura passada ou atual em mandíbula ou maxila, lábios apresentando hematoma, laceração, queimadura por alimento quente ou cigarro, queimadura ou lacerações em gengiva, língua, palato, assoalho bucal ou freio lingual¹⁷.

Devido a região craniofacial ser frequentemente acometida, o Cirurgião-Dentista possui grande relevância na identificação de abuso e negligência infantil¹⁸. Porém, todos os profissionais da saúde têm a obrigatoriedade de notificar aos órgãos competentes casos suspeitos ou confirmados, sob risco de penalização¹⁹. Nesse aspecto, sabe-se que os pais de crianças vítimas de abuso trocam de médico para evitar a detecção da violência, mas a consulta continua com o mesmo Cirurgião-Dentista, dessa forma, mais uma vez é percebido que o Dentista está em uma posição oportuna e à frente de outros profissionais de saúde para

identificar essas vítimas, uma vez que a maioria das lesões são encontradas na região da cabeça e tronco^{17,19}.

Além disso, no que se refere ao acadêmico de Odontologia, a resolução CNE/CES 3/2021, apresenta no artigo 5º da Diretriz Curricular Nacional (DCN) que o Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil integrar esse estudante em programas de prevenção, proteção e recuperação da saúde, por isso, a importância do papel desse graduando referente à violência infantil¹⁹. No estudo de Martin et al. (2021)¹⁸, uma parte considerável dos estudantes declararam não se sentirem capazes de diagnosticar casos de abuso e negligência infantil e, concomitante a isto, cerca da metade alega não ter recebido nenhuma informação sobre o tema.

Por esse motivo, a Odontologia mundial tem estado atenta não só à detecção do abuso infantil, mas também à conscientização dos Cirurgiões-Dentistas e acadêmicos para que assumam um papel de liderança. Assim sendo, considerando os números alarmantes de casos de violência infantil, o Cirurgião-Dentista precisa urgentemente se comprometer em detectar, denunciar e prevenir o abuso infantil²⁰.

Porém, compreende-se que muitos destes profissionais não têm o hábito de denunciar ou registrar casos suspeitos de agressão infantil e um dos principais motivos é a falta de capacitação, isto é, muitos estudos ainda apontam para uma deficiência na formação profissional que capacite o estudante de Odontologia e futuro profissional para a imediata identificação e a denúncia de casos de violência infantil¹⁹.

O objetivo da presente pesquisa foi verificar o conhecimento de estudantes de Odontologia da Faculdade Nova Esperança em relação à violência infantil na infância e adolescência, além de identificar o tipo de violência de maior conhecimento dos participantes e se sabem dos documentos para notificação compulsória.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida na Faculdade Nova Esperança – FACENE, João Pessoa - Paraíba - Brasil. Foram incluídos todos os alunos devidamente matriculados no semestre de 2023.1 (174 alunos). Sendo a amostra 141 alunos participantes. O instrumento de pesquisa utilizado para a coleta de dados foi um questionário adaptado de pesquisas anteriores^{9,18,21,22} desenvolvido pelas pesquisadoras. Foi utilizado em formato impresso e apresentou questões de múltipla escolha e com respostas.

O presente projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade das Faculdades Nova Esperança sob CAAE: 67572323.0.0000.5179.

A coleta de dados foi realizada em etapa única. Após avaliação dos critérios de elegibilidade e a aceitação de participarem da pesquisa, os participantes leram e assinaram o TCLE, assim como receberam uma cópia dele. Após a assinatura do termo, foi realizada a coleta de dados através do preenchimento do questionário, aplicado de forma presencial. Os dados coletados foram armazenados na forma de banco de dados do programa StatisticalPackage for Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 20.0 e analisados por meio de estatística descritiva. Os resultados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas para melhor compreensão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 174 estudantes de Odontologia da Faculdade Nova Esperança, 141 participaram da pesquisa, sendo o total de resposta de 81%.

TABELA 1. Dados dos participantes da pesquisa: sexo, faixa etária e período letivo, João Pessoa, 2023.

| | <i>Frequência</i> | <i>Porcentagem</i> |
|------------------|-------------------|--------------------|
| <i>SEXO</i> | | |
| <i>Masculino</i> | 58 | 41,1% |
| <i>Feminino</i> | 83 | 58,9% |
| <i>IDADE</i> | | |
| <i>10-20</i> | 53 | 37,6% |
| <i>21-30</i> | 83 | 58,9% |
| <i>31-40</i> | 5 | 3,5% |
| <i>PERÍODO</i> | | |
| <i>P1</i> | 24 | 17% |
| <i>P2</i> | 8 | 5,7% |
| <i>P3</i> | 23 | 16,3% |
| <i>P5</i> | 13 | 9,2% |
| <i>P8</i> | 20 | 14,2% |
| <i>P9</i> | 17 | 12,1% |
| <i>P10</i> | 36 | 25,5% |
| <i>TOTAL</i> | 141 | 100% |

FONTE: Dados da pesquisa, 2023.

Dos participantes da pesquisa, 83 (58,9%) eram do sexo feminino. A faixa etária entre 21 a 30 anos, foi a mais prevalente (58,9%), seguidos de 10 a 20 anos (37,6%). Dos participantes, 36 (25,5%) estavam no décimo período e no terceiro período 23 (16,3%) (TABELA 1). Assim como no presente trabalho, Martin et al. (2021)¹⁸, Gomes et al. (2011)²³

e Leonardi et al. (2021)²⁴ verificaram também que dentre o total da amostra o sexo feminino foi o mais prevalente, correspondendo respectivamente à 77,89%, 57,1% e 77,4%. A faixa etária mais prevalente dos participantes nos estudos de Junior et al. (2015)²² apresentavam a idade na faixa entre os 22 e 24 anos, assim como verificado também no trabalho de Iwata et al. (2022)²⁵, em que 96,9% da amostra apresentava entre 21 e 24 anos de idade, esses resultados sobre a faixa etária convergem com o presente trabalho. Diferentemente dos resultados desse estudo, Martin et al. (2021)¹⁸ e Junior et al. (2015)²² notaram que a maioria dos participantes estavam matriculados, respectivamente, no quinto (11,81%) e sétimo (26%) período. Porém, tal fato é justificado no presente trabalho pelo número de alunos matriculado em cada período não ser equivalente.

TABELA 2. Resultados relativos ao grau de conhecimento sobre violência infantil, atendimento suspeito e capacidade de notificação

| | Sim | Não |
|---|-------------|-------------|
| Obteve informação sobre abuso infantil no curso de graduação de Odontologia? | 60 (42,6%) | 69 (48,9%) |
| Tem contato com crianças? | 132 (93,6%) | 9 (6,4%) |
| Conhecimento sobre violência contra a criança? | 98 (69,5%) | 38 (27%) |
| Seria capaz de identificar casos de violência na infância e adolescência? | 133 (94,3%) | 8 (5,7%) |
| Sabe como agir frente à um caso de violência infantil? | 98 (69,5%) | 43 (30,5%) |
| Já suspeitou de algum caso de violência infantil? | 40 (28,4%) | 101 (71,6%) |
| Conhece algum órgão de proteção à criança ou a quem possa recorrer nos casos de violência infantil? | 97 (68,8%) | 42 (29,8%) |
| O Cirurgião-Dentista tem responsabilidade de notificar casos suspeitos ou confirmados de violência infantil? | 139 (98,6%) | 2 (1,4%) |
| Sabe documentar tais acontecimentos? | 54 (38,3%) | 87 (61,7%) |
| Acha importante o conhecimento do tema? | 141 (100%) | 0 (0%) |

FONTE: Dados da pesquisa, 2023.

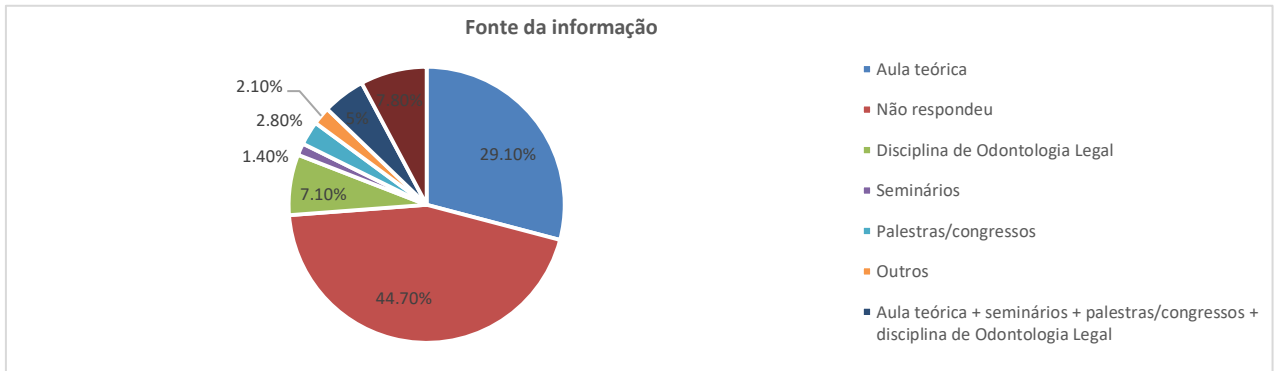
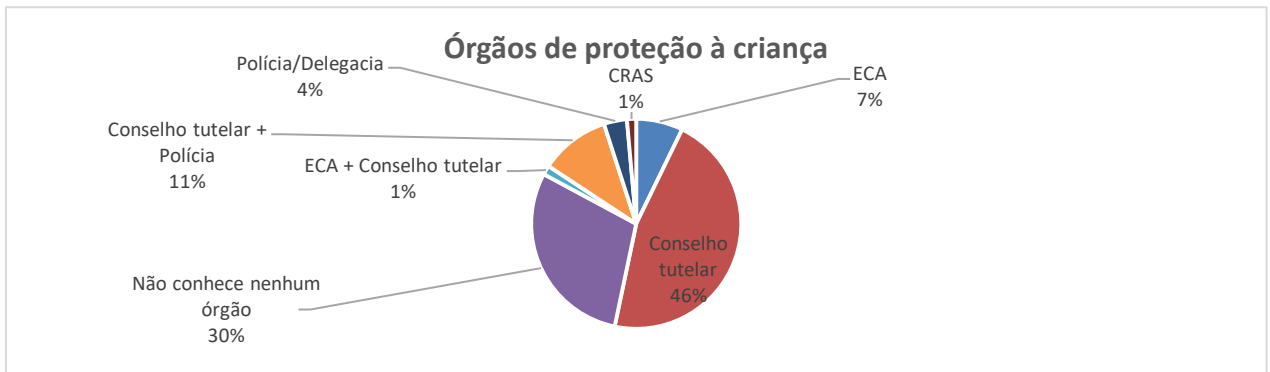


GRÁFICO 1. Local onde o participante recebeu informação sobre violência infantil

FONTE: Dados da pesquisa, 2023.

GRÁFICO 2. Distribuição das respostas sobre órgãos de proteção à criança que os participantes afirmaram



FONTE: Dados da pesquisa, 2023.

De acordo com os dados extraídos dos questionários, a maioria (69 - 48,9%), afirmou que não obteve informações sobre abuso infantil na graduação (TABELA 2). Porém, foi percebido que dos 60 estudantes que responderam de maneira afirmativa para essa pergunta são variáveis as respostas quando observados os períodos que estão matriculados, assim dentre os meios de conhecimento, 29,10% dos alunos citaram as aulas teóricas (não lembram da disciplina) o meio mais comum que receberam esses conhecimentos (GRÁFICO 1). Junior et al. (2015)²² e Gomes et al. (2011)²³ constataram também em seus estudos, respectivamente, que a maior porcentagem dos acadêmicos, 74% e 69,5% dos participantes, não tiveram acesso a informações básicas sobre violência infantil durante o curso de graduação em Odontologia, o que difere dos estudos de Costa e Tinoco (2019)²⁶ em que a maioria (74,5%) dos acadêmicos responderam positivamente quando perguntados se obtiveram informações no curso de graduação em Odontologia.

Em relação ao contato com crianças na rotina diária é quase unânime na amostra, está presente na rotina de 131 participantes, o que equivale a 92,9%. Esse dado pode ser

importante para justificar a alta porcentagem quando perguntados sobre a capacidade de identificar casos de violência na infância e adolescência (133-94,3%), assim como no conhecimento sobre violência infantil (98-69,5%) e a afirmação em saber agir se vier a se deparar com algum caso relacionado ao tema (98-69,5%) (TABELA 2). Contrastando com o estudo de Leonard et al. (2021)²⁴, 98,6% dos participantes afirmaram serem capazes de reconhecer os casos de violência infantil, porém, somente 51% relataram saber agir frente aos casos. Essa porcentagem apresentou mais redução quando nos estudos de Junior et al. (2015)²², foi verificado que nenhum acadêmico entrevistado soube informar a sequência correta de procedimentos necessários frente à uma situação de violência infantil.

Os resultados na tabela 2, ainda demonstram que 68,8% dos participantes conhecem algum órgão de proteção a quem possa recorrer nos casos de violência infantil, sendo o mais citado, de acordo com o gráfico 2, o Conselho Tutelar (46%), seguidos da resposta Polícia e Conselho Tutelar (11%) e Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) com o percentual de 7%. A maioria dos participantes nunca suspeitaram de algum caso de violência infantil (71,6%), porém chama atenção que desse total 28,4% já tiveram suspeitas. Como esperado, todos os participantes sabem da importância de ter conhecimento sobre este tema (141- 100%). Quanto às questões referentes à responsabilidade do Cirurgião dentista de notificar os casos suspeitos ou confirmados a maioria responderam corretamente que sim (138- 97,9%), e em relação ao protocolo para documentar tais acontecimentos 86 (61%) não sabem como proceder.

Da mesma forma, nos estudos de Wacheski et al. (2012)²⁷, 56% dos participantes também responderam o Conselho Tutelar como órgão a ser notificado frente a casos de violência infantil, assim como na pesquisa de Souza et al. (2012)²⁸, em que 80,4% dos acadêmicos informaram o Conselho Tutelar como órgão competente e ainda Iwata et al. (2022)²⁵, com 97% dos participantes da pesquisa apontaram o mesmo órgão. Quanto a notificação sobre os casos de violência, é observado de acordo com Biss et al.²⁹ (2015), Lima e Pieri (2021)¹⁷ e Martin et al. (2021)¹⁸ que essa falta de informação sobre o assunto na graduação, ocasiona a subnotificação dos casos de violência infantil, da mesma forma, nesse presente estudo a maioria afirmou não saber notificar, o que demonstra uma necessidade de na graduação se discutir e detalhar mais ainda a notificação compulsória.

TABELA 3: Região do corpo mais acometida em casos de violência infantil

| | Frequência | Porcentagem (%) |
|--|------------|-----------------|
|--|------------|-----------------|

| Região do corpo mais atingida em caso de maus-tratos em crianças | | |
|--|----|-------|
| Cabeça e pescoço | 6 | 4,3% |
| Membros superiores | 3 | 2,1% |
| Tronco | 10 | 7,1% |
| Membros inferiores | 2 | 1,4% |
| Cabeça e pescoço/tronco | 13 | 9,2% |
| Cabeça e pescoço/membros superiores/tronco/membros inferiores | 28 | 19,9% |
| Membros superiores/membros inferiores | 11 | 7,8% |
| Cabeça e pescoço/membros superiores/membros inferiores | 13 | 9,2% |
| Tronco/membros inferiores | 10 | 7,1% |
| Cabeça e pescoço/membros inferiores | 11 | 7,8% |
| Membros superiores/tronco | 5 | 3,5% |
| Membros superiores/membros inferiores/tronco | 3 | 2,1% |
| Cabeça e pescoço/membros superiores/tronco | 8 | 5,7% |
| Cabeça e pescoço/membros superiores | 11 | 7,8% |
| Cabeça e pescoço/membros inferiores/tronco | 7 | 5% |

FONTE: Dados da pesquisa, 2023.

Em relação aos tipos de violência na infância e adolescência, 93,6% dos participantes foram certos ao responderem que consideram a violência física, a violência psicológica, a negligência, o abandono e o abuso sexual como diferentes formas de violência infantil. Porém, 6,4 % não consideram negligência e abandono como tipos de violência nesse grupo. Ainda sobre a região do corpo mais atingida em casos de violência, as respostas foram muito variadas, 19,9% responderam que a cabeça e pescoço/membros superiores/tronco/membros inferiores são atingidos. Mas, fica bem claro que de modo geral e de maneira assertiva, a região da cabeça e pescoço são as mais citadas pelos participantes da pesquisa (TABELA 3).

Sabe-se ainda que a maioria dos casos de violência infantil são observados na região de cabeça e pescoço. Nos estudos de Leonardi et al. (2021)²⁴, cerca de 55% dos participantes também não identificaram corretamente a região mais prevalente em casos de violência infantil. Assim também aconteceu nos estudos de Neto et al. (2013)³⁰ e Junior et al. (2015)²² em que, respectivamente, somente 20,9% e 30% identificaram corretamente a região de cabeça e pescoço como as regiões do corpo mais atingidas na violência infantil. Sobre os tipos de violência infantil, em comparação com esse estudo, quando os participantes da pesquisa de Abreu Busato, Pereira e Guaré (2018)²¹ foram questionados sobre o que consideravam violência infantil, verificou-se que a maioria (90%) dos acadêmicos também assinalaram as alternativas violência física, psicológica, sexual e abandono. Gomes et al. (2011)²³ apontou que os tipos mais citados, foram os abusos físicos e psicológicos (82,2%), da mesma forma, nos estudos de Lima e Pieri (2021)¹⁷ os tipos de violência infantil mais citados foram o físico (71,11%) e o psicológico (57,78%). Nesse presente trabalho, 93,6% dos participantes responderam que consideram tanto violência física como violência psicológica, sexual, abandono e negligência, tipos de violência infantil.

TABELA 4: Frequência numérica e percentual de respostas dos acadêmicos de Odontologia referentes as lesões suspeitas para violência infantil e indicadores comportamentais e físicos de abuso infantil.

| | RESPOSTA | n (%) |
|--|------------|-------------|
| Lesões que podem levantar suspeitas de violência infantil | | |
| Lesões que não são compatíveis com o desenvolvimento psicomotor da criança ou com a idade | Verdadeiro | 111 (78,7%) |
| Lesões não justificadas pelo acidente que foi relatado | Verdadeiro | 129 (91,5%) |
| Lesões em mais de uma parte do corpo, ou em ambos os lados do corpo | Verdadeiro | 108 (76,6%) |
| Lesões que ocorrem em partes do corpo usualmente cobertas | Verdadeiro | 119 (84,4%) |
| Estágios diferentes de cicatrização ou cura | Verdadeiro | 79 (56%) |
| Atraso entre o “acidente” e a procura de tratamento médico sem justificativa | Verdadeiro | 118 (83,7%) |
| Indicadores comportamentais de abusos a crianças e adolescentes | | |
| Comportamento incomum | Verdadeiro | 123 (87,2%) |
| Demonstra medo ao toque | Verdadeiro | 139 (98,6%) |
| Abstinência ou agressividade | Verdadeiro | 113 (80,1%) |
| Passividade | Verdadeiro | 39 (27,7%) |
| Incompreensão | Verdadeiro | 52 (36,9%) |
| Não faz contato visual | Verdadeiro | 100 (70,9%) |
| Mudanças bruscas de humor | Verdadeiro | 102 (72,3%) |
| Falta de autoestima | Verdadeiro | 102 (72,3%) |
| Timidez | Verdadeiro | 89 (63,1%) |
| Hiperatividade | Verdadeiro | 32 (22,7%) |
| Sonolência | Verdadeiro | 29 (20,6%) |
| Apatia excessiva | Verdadeiro | 74 (52,5%) |
| Avaliar como a criança interage com outras (crianças que sofrem abuso podem reagir de forma agressiva) | Verdadeiro | 117 (83%) |
| Indicadores físicos de abusos a crianças e adolescentes | | |
| Higiene negligenciada | Verdadeiro | 69,5% |
| Sinais externos de nutrição inadequada, roupa e saúde geral | Verdadeiro | 85,1% |
| Perda excessiva de peso ou dificuldade para ganho de peso | Verdadeiro | 64,5% |
| Presença de hematomas ou ferimentos na face ou corpo da criança | Verdadeiro | 95% |
| Contusões e lacerações dos lábios e ou mucosa bucal, mucosa da gengiva, mucosa de palato duro/mole | Verdadeiro | 86,5% |
| Trauma dentário (fraturas, intrusão, avulsão) | Verdadeiro | 66% |
| Falta de dentes (não explicável por cárie ou estado periodontal) | Verdadeiro | 67,4% |
| Traumas na língua | Verdadeiro | 61,7% |
| Lesões de mordedura | Verdadeiro | 60,3% |
| Fraturas ósseas do complexo bucomaxilofacial | Verdadeiro | 73,8% |
| Contusões/lacerações de orofaringe (associada a alimentação forçada, inserção forçada de objetos ou abuso sexual) | Verdadeiro | 83,7% |
| Queimaduras orais e ou intraorais | Verdadeiro | 70,9% |
| Fraturas dos ossos nasais | Verdadeiro | 75,2% |
| Danos oculares | Verdadeiro | 63,8% |
| Lesões em couro cabeludo | Verdadeiro | 83,7% |
| Lesões que aparecem especialmente em volta dos olhos | Verdadeiro | 74,5% |

| | | |
|---|------------|-------|
| Lesões em orelhas ou área retroauricular | Verdadeiro | 65,2% |
| Lesões em laterais de face e boca | Verdadeiro | 86,5% |

FONTE: Dados da pesquisa, 2023.

Em relação a pergunta sobre as possíveis lesões que podem levantar suspeitas de violência infantil nas quais todas as assertivas estavam corretas, apenas 56% dos participantes acreditam que estágios diferentes de cicatrização ou cura pode ter relação. Lesões não justificadas pelo acidente relatado e lesões que estão cobertas em partes do corpo foram as alternativas com maiores taxas de acerto, 129 (91,5%) e 119 (84,4%), respectivamente. E baseando-se nos indicadores comportamentais de violência infantil, sonolência, hiperatividade e passividade foram os menos relatados pelos estudantes. O mais apontado como indicador comportamental foi a demonstração de medo ao toque (139 - 98,6%). Em relação aos indicadores físicos, “lesões em laterais de face e boca” e “contusões e lacerações dos lábios e/ou mucosa bucal, mucosa da gengiva, mucosa de palato duro/mole” foram os indicadores físicos de violência infantil mais apontados, ambos com 86,5%, (TABELA 4).

Sobre os indicadores físicos de violência infantil, o presente estudo tem concordância com os estudos de Abreu Busato, Pereira e Guaré (2018)²¹ em que os alunos citaram alterações nos tecidos moles (65,3%), como hematomas, lacerações principalmente nos lábios e palato, assim também nos estudos de Martin et al. (2021)¹⁸, os acadêmicos responderam o hematoma (96,32%) como principal característica orofacial em casos de violência infantil. Ainda, Costa e Tinoco (2019)²⁶ e Junior et al. (2015)²², citaram também que a maioria dos participantes de suas pesquisas assinalaram o hematoma como indicador físico mais recorrente, o que fica claro que essa resposta é praticamente unânime em vários estudos.

TABELA 5. Como agir diante de uma situação de abuso infantil

| | Sim | Não | Não respondeu |
|---|-------------|-------------|----------------------|
| Como agir diante de uma situação de abuso infantil | | | |
| Conversar com o responsável e explicar a situação | 32 (22,7%) | 108 (76,6%) | 1 (0,7%) |
| Relatar para um professor responsável e realizar a denúncia | 84 (59,6%) | 56 (39,7%) | 1 (0,7%) |
| Fingir que não viu, pois as providências jurídicas podem se tornar contra si, se eventualmente não se comprovem suspeitas. | 1 (0,7%) | 139 (98,6%) | 1 (0,7%) |
| Conversar com o responsável e denunciar imediatamente ao Conselho Tutelar | 56 (39,7%) | 84 (59,6%) | 1 (0,7%) |
| Relatar para um professor responsável, notificar ao Conselho Tutelar, registrar todas as fotos, radiografias e modelos de | 129 (91,5%) | 11 (7,8%) | 1 (0,7%) |

estudo juntamente com o prontuário para se resguardar legalmente

FONTE: Dados da pesquisa, 2023.

Referente a pergunta como agir diante de uma situação de violência infantil, demonstra que 91,5% dos alunos, quase uma unanimidade, responderam que se deve relatar para um professor responsável, notificar ao Conselho Tutelar, registrar todas as fotos, radiografias e modelos de estudo juntamente com o prontuário para se resguardar legalmente, além disso, 98,6% responderam que não se deve fingir que não viu e fazer a denúncia é o necessário. Os resultados dessa tabela são muito satisfatórios (TABELA 5).

Nos estudos de Iwata et al. (2022)²⁵, constatou-se que 63,6% dos participantes fariam a notificação à autoridade competente, enquanto 27,3% conversariam com os pais ou responsáveis. Estes resultados assemelham-se aos de Gomes et al. (2011)²³, onde 59,3% informaram que saberiam como agir diante da detecção da violência infantil e 83,3% denunciariam os casos ao Conselho Tutelar. Diferentemente, nos estudos de Costa et al. (2006)³¹, a maioria dos entrevistados não conseguiram responder corretamente a conduta a ser tomada em casos de suspeita de violência infantil.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, de forma geral, os acadêmicos possuem bom conhecimento sobre como identificar os casos de violência infantil, porém, quanto à notificação e como conduzir de maneira efetiva o caso diante de uma suspeita, os participantes demonstraram conhecimento razoável. Foi revelado que menos de 50% dos participantes sabem que existe o documento para notificação compulsória. Ademais, foi no 10º período em que houve o maior entendimento dos acadêmicos sobre a importância do tema, mas no geral, a maioria reconheceu a necessidade de conhecer melhor o assunto. Além disso, foi quase uma unanimidade o reconhecimento da violência física, a violência psicológica, a negligência, o abandono e o abuso sexual como diferentes formas de violência infantil. Por fim, entende-se a necessidade desse tema continuar sendo abordado de forma detalhada, a fim de que esses futuros profissionais consigam identificar e notificar os casos de violência infantil, contribuindo para a diminuição dos números dessa problemática social.

REFERÊNCIAS

1. Santos LF, Costa MMD, Javae ACRDS, Mutti CF, Pacheco LR. Fatores que interferem no enfrentamento da violência infantil por conselheiros tutelares. *Saúde em debate*. 2019;43:137-149.
2. Medina J. *Constituição Federal Comentada*. São Paulo, SP: Editora Revista dos Tribunais; 2022.
3. Júnior N, Nery R. *Leis civis comentadas e anotadas*. São Paulo, SP: Editora Revista dos Tribunais; 2019.
4. Souza L. *Direito Penal: parte geral*. São Paulo, SP: Editora Revista dos Tribunais; 2021.
5. Organização Mundial da Saúde, Krug EG. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002. p. 380-380.
6. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência & saúde coletiva*. 2016;21:871-880.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. *Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017*. *Boletim Epidemiológico*. 2018;49(27):1-17.
8. Mathews B, Pacella R, Dunne MP, Simunovic M, Marston C. Melhorando a medição do abuso e negligência infantil: Uma revisão sistemática e análise de estudos nacionais de prevalência. *PLoS One*. 2020;15(1):e0227884.
9. Rios EB, Rodrigues GS, Rocha SA, Oliveira LFB. Conhecimento dos trabalhadores cirúrgicos em unidades básicas de saúde - dentistas que trabalham em unidades básicas de saúde. *Rev APS*. 2022;25(1).
10. Andrade EM, Nakamura E, Paula CS, Nascimento RD, Bordin IA, Martin D. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde Soc*. 2011;20:147-155.
11. Conceição MM, Whitaker MCO, Grimaldi MRM, Silva LLP, Silva LS, Oliveira MMC, Camargo CL. Crianças e adolescentes vítimas de violência sexual: aspectos do desenvolvimento físico e emocional. *Rev Bras Enferm*. 2022;75.
12. Demarco GT, da Silva-Júnior I, Azevedo MS. Conhecimentos e atitudes de cirurgiões-dentistas da rede pública de Pelotas-RS frente aos maus-tratos infantis. *Rev ABENO*. 2021;21(1):1077-1077.
13. Martins CB, Jorge MHPDM. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19:246-255.
14. Feitoza SA, Bento MIC, Fernandes LCC, de Figueiredo LS, Gadelha MLNV, Gadelha MNV. Impacto da escolaridade na violência infanto-juvenil na cidade de João Pessoa-PB-Brasil. *Rev Bras Odontol Leg*. 2021;8(1).
15. Menoli AP, Felipetti FA, Golff F, Ludwig D. Manifestações bucais de maus-tratos físicos e sexuais em crianças – conduta do Cirurgião-Dentista. *Varia Scientia*. 2007;8(14):11-22.
16. Massoni ACDLT, Ferreira ÂMB, Aragão AKR, Menezes VAD, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15:403-410.
17. Lima BBS, Pieri A. Avaliação do conhecimento de docentes de odontologia da Universidade do Estado do Amazonas sobre maus-tratos infantis. *Rev Bras Odontol Leg*. 2021;8(1).

18. Martin GB, Marques TA, Abreu Costa LVD, Sarcinelli RB, Santos Pacheco KT. Conhecimento e conduta de graduandos em Odontologia da UFES frente à violência infantil: um estudo transversal. *Rev Bras Odontol Leg.* 2021;8(3).
19. da Hora Nunes TFA, de Melo LSA, Colares V, Kelly A. Diagnóstico e notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes: conhecimento de estudantes de Odontologia. *Rev ABENO.* 2021;21(1):936.
20. Fonseca G, Acevedo NL, Gomez RL. Dentistas e obrigação de denunciar abuso sexual infantil no Chile: oportunidades perdidas. *Rev Int Odontoestomatol.* 2018;12(4).
21. Abreu Busato C, Pereira TCR, Guaré RO. Maus-tratos infantis na perspectiva de acadêmicos de Odontologia. *Rev ABENO.* 2018;18(1):84-92.
22. Junior MFS, Pagel MD, de Souza Campos DMK, de Barros Miotto MHM. Conhecimento de acadêmicos de Odontologia sobre maus-tratos infantis. *Arquivos em Odontologia.* 2015;51(3).
23. Gomes LS, Pinto TCDA, Costa EMMDB, Ferreira JMS, Cavalcanti SD, Granville-Garcia AF. Percepção de acadêmicos de odontologia sobre maus-tratos na infância. *Odontologia Clínico-Científica.* 2011;10(1):73-78.
24. Leonardi LA, da Cruz Novaes AK, Fonseca-Souza G, Feltrin-Souza J. Conhecimento e percepção dos acadêmicos de Odontologia do Paraná sobre maus-tratos infantis. *Rev ABENO.* 2021;21(1):1254-1254.
25. Iwata MEF, Santos ACCD, Terada ASSD, Campioni FLS(2022). Avaliação da conduta do acadêmico de odontologia ante situação de suspeita/confirmação de violência contra a criança e adolescente e identificação de lesões associadas. In *CICURV-Congresso de Iniciação Científica da Universidade de Rio Verde.* 2022; 16(1).
26. Costa AP, Tinoco RLR. Maus-tratos infantis no currículo dos cursos de Odontologia do Rio de Janeiro. *Rev ABENO.* 2019;19(2): 54-62.
27. Wacheski A, Lopes MDGK, de Paola APB, Valença P, Losso EM. O conhecimento do aluno de Odontologia sobre maus tratos na infância antes e após o recebimento de uma cartilha informativa. *Odonto.* 2012;1(1):7-15.
28. Sousa GFP, Carvalho MMP, Granville-Garcia AF, Gomes MDNC, Ferreira JMS. Conhecimento de acadêmicos em odontologia sobre maus-tratos infantis. *Odonto.* 2012;20(40):109-117.
29. Biss SP, Tomazinho PH, Pizzatto E, Losso EM. Maus tratos infantis: avaliação do currículo dos cursos em odontologia. *Rev ABENO.* 2015;15(1):55-62.
30. Neto IM, Matos FZ, Borges ÁH, de Rezende CD, da Silva KL, Pedro FLM, Porto AN. Avaliação do conhecimento dos alunos de graduação em odontologia x cirurgião dentista no diagnóstico de maus-tratos a crianças. *Rev Odontol Bras Central.* 2013;22(63).
31. Costa E, Cavalcanti AL, Santos JF, Nunes KS. Maus-tratos infantis: conhecimento e atitudes de odontopediatras em Uberlândia e Araguari, Minas Gerais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2006;6(3):273-279.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a), você está sendo convidado (a) para participar de do Projeto de pesquisa intitulado **“CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS DE ODONTOLOGIA SOBRE VIOLÊNCIA INFANTIL”**, que está sendo desenvolvida sob a orientação e responsabilidade da professora Me Amanda Lira Rufino de Lucena em conjunto com a aluna Cecília Pacheco Calado, ambas do Curso de Odontologia da Faculdade Nova Esperança - FACENE.

Antes de decidir sobre sua participação é importante que entenda o motivo de a mesma estar sendo realizada e como ela se realizará, portanto, leia atentamente as informações que seguem e se tiver alguma dúvida, consulte a pesquisadora responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa. O Comitê de Ética, de acordo com a Resolução CNS nº466/2012, é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo e educativo, criado para defender os direitos dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. No caso de sentir-se esclarecido (a) sobre as informações que estão neste termo e decida fazer parte do estudo, peço que selecione a opção correspondente no final dele. Saiba que você tem total direito de não querer participar.

O objetivo desta pesquisa é verificar o conhecimento de estudantes de Odontologia da Faculdade Nova Esperança em relação à violência infantil na infância e adolescência. Pode acontecer constrangimento ou desconforto na sua participação neste estudo, entretanto, respeitando-se os preceitos éticos, caso você vier a sentir qualquer incômodo ou dano ocasionado pela coleta de dados desta pesquisa, a mesma será imediatamente interrompida.

Informamos que a sua participação é voluntária e, portanto, você não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as pesquisadoras, nem tampouco receberá nenhuma remuneração por isso. Você tem o direito de decidir não participar do estudo, ou de resolver desistir da participação no mesmo a qualquer momento, sem nenhum dano, prejuízo ou constrangimento. Todas as informações obtidas em relação a esse estudo permanecerão em absoluto sigilo, assegurando proteção de sua imagem, de sua privacidade e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os resultados dessa pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicações científicas, porém sua identidade não será divulgada nestas apresentações, nem serão utilizadas quaisquer imagens ou informações que permitam a sua identificação.

Você poderá solicitar aos pesquisadores do estudo uma versão deste documento a qualquer momento por um dos e-mails registrados no final deste termo. Não é previsto que você tenha nenhuma despesa na participação nesta pesquisa ou em virtude da mesma, todavia, caso você venha a ter qualquer despesa em decorrência de sua contribuição neste estudo, será plenamente ressarcido. Ressaltamos ainda que, no caso de eventuais danos acarretados pela participação no presente estudo, você será indenizado. Declaramos que o desenvolvimento desta pesquisa seguirá rigorosamente todas as exigências preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos ou sobre o desenvolvimento deste estudo você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nova Esperança – CEP/FACENE.

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da “**CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS DE ODONTOLOGIA SOBRE VIOLÊNCIA INFANTIL**”, e após ter lido os esclarecimentos prestados anteriormente no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ estou plenamente de acordo em participar do presente estudo, permitindo que os dados obtidos sejam utilizados para os fins da pesquisa, estando ciente que os resultados serão publicados para difusão e progresso do conhecimento científico e que minha identidade será preservada. Estou ciente também que receberei uma via deste documento. Por ser verdade, firmo o presente.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, concordo em participar voluntariamente do presente estudo como participante voluntário (a). O pesquisador me informou sobre tudo o que acontecerá na pesquisa, minhas atribuições perante o estudo, inclusive sobre os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. O pesquisador ratificou que eu poderei sair da pesquisa a qualquer momento, sem a necessidade de nenhuma explicação, e que esta decisão não me trará nenhum tipo de penalidade ou constrangimento. Fui informado (a) também que posso solicitar uma versão dele via e-mail para os pesquisadores.

ACEITO PARTICIPAR

NÃO ACEITO PARTICIPAR

Contato da pesquisadora responsável:

Prof.^a Me Amanda Lira Rufino de Lucena

Endereço: Coordenação do curso de Odontologia

Endereço: Av. Frei Galvão, 12 - Gramame, João Pessoa - PB, 58067-698

E-mail: amandalira78@hotmail.com

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE:

Endereço: Av. Frei Galvão, 12 - Gramame, João Pessoa - PB, 58067-698

Horário de atendimento (Segunda à Sexta das 08h às 17h).

E-mail: cep@facene.com

Fone: (83) 2106-47

APÊNDICE B – questionário para os acadêmicos de odontologia da FACENE

Sexo? Feminino Masculino

Idade? _____

Período que está cursando? _____

Obteve informação sobre abuso infantil no curso de graduação de Odontologia? Sim. Não.

Fonte da informação (aula teórica, seminários, palestra congressos, Disciplina de Odontologia legal, outros)?

Violência infantil

***Possibilidade de mais de uma alternativa a ser marcada**

1. Tem contato com crianças: Sim Não
2. Conhecimento sobre violência contra a criança? Sim Não
3. O que você considera como violência na infância e adolescência?
 violência física violência psicológica negligência abandono abuso sexual
 outros: _____
4. Seria capaz de identificar casos de violência infantil? Sim Não
5. Sabe como agir frente à um caso de violência infantil? Sim Não
6. Já suspeitou de algum caso de violência infantil? Sim Não
7. Não reportou algum caso de violência infantil por não querer maiores envolvimento?
 Sim Não Nunca suspeitei
8. Conhece algum órgão de proteção à criança ou a quem possa recorrer nos casos de violência infantil
 Sim Não Em caso afirmativo, cite: _____
9. De maneira geral deve-se suspeitar de maus tratos sempre que o menor apresentar*:
 Lesões que não são compatíveis com o desenvolvimento psicomotor da criança ou com a idade;
 Lesões não justificadas pelo acidente que foi relatado;
 Lesões em mais de uma parte do corpo, ou em ambos lados do corpo;
 Lesões que ocorrem em partes do corpo usualmente cobertas;
 Estágios diferentes de cicatrização ou cura;
 Atraso entre o “acidente” e a procura de tratamento médico sem justificativa;
10. Podem ser considerados indicadores comportamentais de abuso na criança: *
 Comportamento incomum Não faz contato visual
 Demonstra medo ao toque Mudanças bruscas de humor
 Abstinência ou agressividade Falta de autoestima
 Passividade Timidez
 Incompreensão Hiperatividade
 Sonolência Apatia excessiva
 Avaliar como a criança interage com outras (crianças que sofrem abuso podem reagir de forma agressiva)
11. Podem ser considerados indicadores físicos de abuso na criança: *
 Higiene negligenciada
 Sinais externos de nutrição inadequada, roupa e saúde geral
 Perda excessiva de peso ou dificuldade para ganho de peso
 Presença de hematomas ou ferimentos na face ou corpo da criança

- Contusões e lacerações dos lábios e ou mucosa bucal, mucosa da gengiva, mucosa de palato duro/mole
- Trauma dentário (fraturas, intrusão, avulsão)
- Falta de dentes (não explicável por cárie ou estado periodontal)
- Traumas na língua
- Lesões de mordedura
- Fraturas ósseas do complexo bucomaxilofacial
- Contusões/lacerações de orofaringe (associada a alimentação forçada, inserção forçada de objetos ou abuso sexual)
- Queimaduras orais e ou intraorais
- Fraturas dos ossos nasais
- Danos oculares
- Lesões em couro cabeludo
- Lesões que aparecem especialmente em volta dos olhos
- Lesões em orelhas ou área retroauricular
- Lesões em laterais de face e boca

12. Qual a região do corpo mais atingida em caso de maus-tratos em crianças? Pode marcar mais do que uma alternativa, se achar necessário.

- Cabeça e pescoço
- Tronco
- Membros superiores
- Membros inferiores

13. O cirurgião-dentista tem responsabilidade de notificar casos suspeitos ou confirmados de violência infantil? Sim Não

14. Você sabe o que deve ser feito, caso suspeite ou confirme algum caso de abuso infantil?*

- Conversar com o responsável e explicar a situação.
- Relatar para um professor responsável e realizar a denúncia.
- Fingir que não viu, pois as providências jurídicas podem se tornar contra si, se eventualmente não se comprovem suspeitas.
- Conversar com o responsável e denunciar imediatamente ao Conselho Tutelar.
- Relatar para um professor responsável, notificar ao Conselho Tutelar, registrar todas as fotos, radiografias e modelos de estudo juntamente com o prontuário para se resguardar legalmente.

15. Sabe documentar tais acontecimentos? Sim Não

16. Acha importante o conhecimento do tema? Sim Não

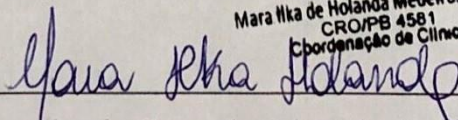
APÊNDICE C: TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

A Clínica Escola de Odontologia da Faculdade Nova Esperança, através da Coordenação do Curso de Odontologia, está de acordo com a execução da pesquisa intitulada “CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS DE ODONTOLOGIA SOBRE VIOLÊNCIA INFANTIL”, orientado pela professora Amanda Lira Rufino de Lucena e desenvolvido pela discente do curso de Odontologia da FACENE, Cecília Pacheco Calado. Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisa com seres humanos. Esta Clínica Escola está ciente de suas corresponsabilidades como coparticipante do presente projeto de pesquisa e do seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nele recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tal.

João Pessoa, 28 de Fevereiro de 2023

Clínica Escola de Odontologia
Nova Esperança
Mara Ilka de Holanda Medeiros Batista
CRO/PB 4581
Coordenação de Clínica



Coordenador do Curso de Odontologia da FACENE

**APÊNDICE D: TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISADORA
RESPONSÁVEL**

TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Declaro que conheço e cumprirei as resoluções éticas brasileiras, em especial a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e suas complementares em todas as fases da pesquisa intitulada "CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS DE ODONTOLOGIA SOBRE VIOLÊNCIA INFANTIL". Comprometo-me submeter o protocolo à PLATBR, devidamente instruído ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e que os resultados desta investigação serão tomados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o relatório final pela PLATBR, via notificação ao CEP. Em caso de alteração do conteúdo do projeto comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLATBR, via emenda. Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação em periódicos nacionais, com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrante do projeto, como também os resultados do estudo serão divulgados, como preconiza a resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional N° 001/2013 MS/CNS. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

João Pessoa, 27 de fevereiro de 2023


Amanda Lira Rufino de Lucena