

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Departamento de Odontologia**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**AMANDA CARVALHO PINHEIRO**

**CONHECIMENTO, PERCEPÇÃO E ATITUDE DE ESTUDANTES DE  
ODONTOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL SOBRE MAUS TRATOS INFANTIS**

Brasília

2025



**AMANDA CARVALHO PINHEIRO**

**CONHECIMENTO, PERCEPÇÃO E ATITUDE DE ESTUDANTES DE  
ODONTOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL SOBRE MAUS TRATOS INFANTIS**

Projeto de Pesquisa submetido ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de cirurgião-dentista.

Professor Orientador: Carla Massignan, doutora em odontologia; Janine Della Valle Araki, doutora em odontologia

Brasília

2025

AMANDA CARVALHO PINHEIRO

**CONHECIMENTO, PERCEPÇÃO E ATITUDE DE ESTUDANTES DE  
ODONTOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL SOBRE MAUS TRATOS INFANTIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Data da defesa: 13/02/2026

Banca examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Janine Della Valle Araki (Orientadora)

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Eliana Mitsue Takeshita Nakagawa (Membro Titular)

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Lais David Amaral (Membro Titular)

Dedico este trabalho a minha falecida  
mãe, que sempre foi um exemplo de  
amor e dedicação para mim, que sempre  
me motivou e inspirou.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha a minha mãe Ivone Carvalho de Lima Pinheiro que sempre foi meu porto seguro e apoio para todos os momentos, que mesmo em situação de saúde precária, sempre me priorizava e se preocupava comigo. Hoje não está mais entre nós, mas se cheguei até aqui, foi pela força que me deu, pelo desejo de me tornar alguém que ela tivesse orgulho.

Agradeço a minha irmã Nathália Carvalho Pinheiro e meu cunhado Erick Costa Santos, que sempre me ajudam e me fornecem apoio em tudo que me proponho a fazer, que topam e me propõe coisas visando o melhor para mim, obrigada por acreditarem no meu potencial e nunca desacreditarem de mim.

Ao meu pai, Jessé Pinheiro da Silva, que tanto se esforçou para conseguir prover os recursos para que eu pudesse estudar, mesmo não ganhando muito em seu trabalho, nunca me deixou faltar nada. Obrigada pelo seu esforço e por acreditar em mim.

Agradeço aos meus tios Simone Carvalho e Francisco de Assis Faria, que sempre me ajudaram nos estudos desde muito antes de entrar na universidade, proporcionando materiais de qualidade quando meus pais não podiam arcar e me apoiando, sempre me fornecendo amor e muito carinho de diversas formas.

Ao meu tio Almir Carvalho, que também investiu seu tempo comigo, me auxiliando ao levar meus materiais na universidade em seu horário de almoço do trabalho para que eu não precisasse carregar todo aquele peso durante a viagem que fazia todos os dias para a universidade.

Sou grata também pelo meu namorado, Anderson Pedrosa Mota Júnior, que é meu melhor amigo e companheiro, que me põe para cima quando estou triste e me anima, nunca me deixando abalar pelos problemas que aparecem.

## RESUMO

**Introdução:** Os casos de maus-tratos infantis ainda são prevalentes no Brasil e o cirurgião dentista apresenta-se como um dos principais agentes de proteção à criança, pois a maioria dos sinais de maus-tratos se concentram na região de cabeça e pescoço, contudo, estudos demonstraram insegurança dos profissionais em relatar tais casos por conta de conhecimento deficiente sobre o assunto adquirido durante o seu período de formação. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi avaliar o nível de conhecimento, a percepção e as atitudes dos estudantes de odontologia do Distrito Federal sobre maus-tratos infantis. **Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo transversal no qual foi feita a aplicação de um questionário contendo 27 perguntas de múltipla escolha e de classificação do nível de concordância, abordando situações clínicas sobre maus-tratos infantis. O questionário foi desenvolvido e validado por profissionais e testado em um estudo piloto com 30 estudantes, 3 de cada semestre, selecionados por conveniência. Após a aplicação do estudo piloto, o questionário foi ajustado e liberado para resposta através de redes sociais. O período de vigência do questionário foi de 1 ano e foram obtidas 401 respostas, sendo excluídos aqueles questionários com respostas incompletas. Foi realizado um teste de regressão linear simples e múltipla para avaliar a influência das variáveis sobre a variável dependente estabelecida, incluindo também os dados demográficos coletados no questionário. O software utilizado foi o SPSS e, para realizar a regressão, alguns dados tiveram que ser dicotomizados. **Resultados:** Os estudantes responsáveis por crianças, os que possuem conhecimento sobre lesões intraorais características de abuso sexual e os que conhecem as responsabilidades legais do cirurgião dentista apresentam maior segurança para lidar com casos de maus-tratos. Além disso, houve uma tendência de apresentar maior conhecimento quanto mais avançado no curso. **Conclusão:** Estudantes de odontologia do Distrito-Federal apresentaram conhecimento insuficiente sobre o tema, gerando insegurança e afetando sua percepção e atitudes em casos de maus-tratos infantis.

**Palavras-chave:** maus tratos, violência infantil, estudantes de odontologia

## **ABSTRACT:**

**Introduction:** Cases of child abuse are still prevalent in Brazil, and dentists are one of the main agents of child protection, as most signs of abuse are concentrated in the head and neck region. However, studies have shown professionals' insecurity in reporting such cases due to deficient knowledge on the subject acquired during their training. **Objective:** The objective of this study was to evaluate the level of knowledge, perception, and attitudes of dental students in the Federal District regarding child abuse. **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted using a questionnaire containing 27 multiple-choice questions and a classification of the level of agreement, addressing clinical situations involving child abuse. The questionnaire was developed and validated by professionals and tested in a pilot study with 30 students, 3 from each semester, selected by convenience. After the pilot study, the questionnaire was adjusted and released for response through social media. The questionnaire was valid for one year, and 401 responses were obtained, excluding those with incomplete answers. A simple and multiple linear regression test was performed to assess the influence of the variables on the established dependent variable, also including the demographic data collected in the questionnaire. The software used was SPSS, and some data had to be dichotomized. **Results:** Students responsible for children, those with knowledge about intraoral lesions characteristic of sexual abuse, and those who know the legal responsibilities of the dental surgeon showed greater confidence in dealing with cases of child abuse. Furthermore, there was a tendency to demonstrate greater knowledge the more advanced the course was. **Conclusion:** Dental students in the Federal District showed insufficient knowledge on the subject, generating insecurity and affecting their perception and attitudes in cases of child abuse.

**Keywords:** child abuse; child violence; dental students

**SUMÁRIO**

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>11</b>
<b>4 RESULTADOS</b>	<b>16</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b>	<b>22</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b>	<b>23</b>
<b>7 REFERÊNCIAS</b>	<b>24</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Maus-tratos infantis (MTI) são definidos como ações praticadas sem o consentimento da criança que resultam em danos físicos ou psicológicos, gerados através de tipos de agressão, como abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual e negligência. (Organização Mundial da Saúde, 2006) Define-se como abuso físico o uso de força física objetivando ferir a criança ou adolescente; a violência psicológica é todo tipo de violência relacionada com rejeição, depreciação e/ou pressão que causa danos psicológicos (Maria Herrera, Lara *et al.* 2015). Abuso sexual é o toque indesejado, sexo coagido ou forçado, neste caso, envolvendo menores (Sumner SA *et al.*, 2015). A negligência é a omissão do responsável em garantir os cuidados básicos para a criança, colocando-a em situação de risco (Friedman E, Billick SB., 2015). Ao passar por isso durante a infância, a criança terá sequelas possivelmente irreversíveis que afetam seu desenvolvimento e influenciam sua forma de pensar, agir e se relacionar (Organização Mundial da Saúde, 2006).

O Código Penal Brasileiro (CPB) define MTI como a exposição a perigo da vida ou da saúde, de pessoa sob autoridade guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de coerção ou disciplina (Brasil, 1990).

O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Lei Nº 8069/90, de 1990, prevê em seu artigo 4º, que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 1990). Entretanto, de acordo com o Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil publicado pela UNICEF, entre os anos de 2016 e 2020, 40% das mortes de crianças de até 9 anos ocorreram dentro de casa, ou seja, o lugar que deveria ser visto como acolhedor e seguro, torna-se um ambiente de terror e trauma (UNICEF, 2021).

A Organização Nacional dos Direitos Humanos (ONDH) vinculada ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos divulgou que 79% das vítimas em denúncias de estupro recebidas nos cinco primeiros meses de 2022 são

crianças e adolescentes, evidenciando que o abuso infantil ainda ocorria frequentemente no Brasil.

Ainda segundo o ECA, a notificação de suspeita de maus tratos infantis pelos profissionais de saúde ao Conselho Tutelar da respectiva localidade é compulsória (Brasil, 1990). Entretanto, muitos cirurgiões-dentistas não realizam a notificação em virtude de algumas razões, como falta de confiança no diagnóstico correto, medo de envolvimento e receio de questionar os pais ou responsável, duvidar da possibilidade de negligência dos pais, medo de perder o paciente, desconhecimento sobre o assunto e falta de treinamento para lidar com estes casos (Massoni et al., 2010). Para lidar com esses casos e exercer um papel de protetor da criança, o cirurgião-dentista encontra-se em posição prioritária, visto que a maioria dos casos de MTI apresentam lesões orofaciais ou na região de cabeça e pescoço (Massoni et al., 2010; Sousa et al., 2012).

Entretanto, estes profissionais apontam falta de conhecimento e de atitude em casos de suspeita de MTI (Tornavoi et al., 2011). Em situações de violência doméstica, um levantamento mostrou que 15% dos dentistas participantes já haviam atendido crianças vítimas de agressão doméstica e 34% já haviam suspeitado de que algum paciente menor de idade fosse vítima de violência doméstica. Dentre as condutas com relação a esta violência, a comunicação às autoridades competentes (45%), seguido pela conversa com os pais ou responsáveis (37%) foram as mais relatadas. É importante ressaltar que neste trabalho a maioria dos entrevistados não recebeu orientação no quesito violência doméstica contra crianças (39%) e que 62% consideraram-se não aptos em diagnosticar casos de agressão contra crianças (Tornavoi et al., 2011). Dessa forma, é imprescindível o bom conhecimento do profissional sobre esse assunto, sabendo reconhecer os sinais clínicos dos maus tratos, como proceder e tomar as medidas cabíveis para garantir a segurança do paciente menor de idade.

A literatura tem mostrado que estudantes de Odontologia possuem um conhecimento parcial e/ou inadequado sobre este tema (Carvalho et al., 2006; Costa e Tinoco, 2019; Serpa et al., 2011; Josgrillberg et al., 2008; Wacheski et al., 2012; Gomes et al., 2011; Sousa et al., 2012; Silva-Júnior et al., 2015; Al-Jundi et al., 2010; Bodrumlu et al., 2018). Assim, o objetivo deste trabalho foi aplicar um questionário para os alunos dos primeiros ao décimo semestres de graduação em Odontologia de

universidades públicas e privadas do Distrito Federal para avaliar o conhecimento, a percepção e as atitudes dos estudantes sobre maus tratos infantis.

## **2. OBJETIVOS:**

O objetivo primário deste estudo é avaliar o conhecimento, percepção e atitudes de estudantes de Odontologia sobre maus tratos infantis. Os objetivos secundários são avaliar o conhecimento dos estudantes de odontologia do Distrito Federal sobre os sinais de violência física e abuso apresentados clinicamente, verificar o conhecimento dos estudantes de como proceder quando existe suspeita e averiguar se, pela percepção dos estudantes, eles estão preparados para lidar com tais situações em sua carreira como dentistas.

## **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

Este estudo transversal, realizado com estudantes de Odontologia dos primeiros aos décimos semestres de universidades públicas e privadas no Distrito Federal, foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade de Brasília (número do parecer 6.762.500 e CAAE: 70297423.20000.0030). Profissionais da Odontologia participaram da validação do questionário.

Estudantes de Odontologia foram convidados, por meio de redes sociais como Whatsapp® e Instagram®, a responder um questionário eletrônico sobre maus tratos infantis. De acordo com o último Censo do Ensino Superior no Brasil, o número total de estudantes de Odontologia no Distrito Federal era de 3.719 (BRASIL, 2019). Para o cálculo do tamanho amostral, foi considerada a proporção de estudantes de Odontologia com intervalo de confiança de 95%, alfa de 5%, para amostra finita e média da porcentagem de conhecimento de 50%, considerando que é desconhecida. O tamanho da amostra foi calculado em 349 estudantes e ajustado em 10%, totalizando uma amostra mínima de 387 participantes.

Foram convidados estudantes de Odontologia do Distrito Federal, de cursos de faculdades públicas ou privadas, de ambos os sexos. Estudantes que não possuíam acesso à internet foram excluídos.

### **Construção e validação do questionário:**

Foi desenvolvido um questionário tendo como base o estudo de Costa e Tinoco publicado em 2019 (Costa e Tinoco, 2019). Posteriormente, foram selecionados especialistas no tema para definir o nível de relevância das perguntas. O critério para a seleção dos avaliadores foi uma busca pela plataforma Scopus dos pesquisadores brasileiros que mais publicaram sobre o tópico “maus tratos infantis”. Primeiramente, empregou-se as palavras-chave ("Child Abuse" OR "Child Mistreatment" OR "Child Maltreatment" OR "Child Neglect") AND ("Pediatric Dentistry" OR "Dentistry") AND (Brazil OR Brazilian). Após isso, aplicou-se um filtro para classificar os autores que mais publicaram, o que gerou uma lista de autores baseada no número de publicações. Os dez primeiros autores da lista foram convidados, via e-mail, para participar do processo de avaliação do questionário. Além destes, professores de Odontologia e Odontopediatras foram selecionados por conveniência, totalizando 34 convidados.

O questionário para validação do conteúdo pelos profissionais e o respectivo termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) ficaram disponíveis dos dias 15 a 22 de abril de 2024 e foram obtidas 9 respostas. O questionário apresentava perguntas sobre características pessoais como sexo, idade, tempo de formado e área de atuação. Os avaliadores deveriam classificar as perguntas sobre maus tratos infantis em “Relevantes” (RV) e “Não Relevantes” (NR) e poderiam acrescentar sugestões em cada pergunta. Foram obtidas nove respostas. Após a resposta dos especialistas, o conteúdo obtido foi submetido ao Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O IVC é um método de calcular o nível de concordância dos especialistas sobre determinado instrumento ou item, o IVC de cada questão é realizado e o resultado é obtido através da seguinte fórmula:  $IVC = (\text{número de juízes que consideram a questão relevante} / \text{número total de juízes}) \times 100$ . As questões que obtiveram IVC maior ou igual a 80% foram aceitas, IVC menor do que 80% e maior ou igual a 70% foram reformuladas e IVC menor do que 70% foram descartadas. Os comentários foram utilizados para reformulação das questões (ALEXANDRE, N., COLUCI M.). Inicialmente havia 43 questões, mas, após a validação, foram obtidas 27 questões. O questionário entregue aos avaliadores pode ser acessado através do link <https://osf.io/ntq74/files/j9qdw>.

### Estudo piloto:

Após a validação do conteúdo, o questionário modificado pelas sugestões dos especialistas foi aplicado para estudantes do primeiro ao décimo semestres de Odontologia selecionados por conveniência. Três alunos de cada semestre foram convidados a participar e foram questionados sobre seu semestre, tipo de universidade em que estuda (pública ou privada) e idade. Os estudantes deveriam ler as perguntas e classificá-las em “Compreensíveis” (C) ou “Não Compreensíveis” (NC) com espaço para sugestões. Ao final, 23 respostas foram obtidas e cada pergunta foi submetida ao IVC seguindo a mesma fórmula aplicada na validação. Ao final do estudo, as 27 questões foram mantidas.

O questionário enviado continha o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e foi constituído por perguntas de conhecimento, percepção e atitudes dos estudantes perante situações de maus-tratos, as perguntas foram submetidas a testes estatísticos para análise. O questionário na íntegra pode ser acessado através do link a seguir <https://osf.io/g7j5p/>.

### Coleta das variáveis:

As variáveis foram coletadas de diversas formas e a forma como cada dado foi coletado foi detalhado na tabela 1. Sobre o que se trata cada pergunta pode ser visto no link já disponibilizado no tópico acima.

**Tabela 1: Coleta das variáveis**

Variável - número da pergunta	Como foi coletado	Classificação
Pergunta 1	anos	contínua
Pergunta 2	primeiro ao décimo	ordinal
Perguntas 3, 6,7,8,10, 11,12,13,14,15	Categorias sem ordem hierárquica, 3 ou mais opções	nominal
Perguntas 4, 5 e 9,	Categorias sem ordem hierárquica, 2 opções	dicotômica
Perguntas 16 a 27	classificação do nível de concordância. 1- Discordo totalmente 10- Concordo totalmente	ordinal

Para que pudesse ser feita a análise de regressão linear, alguns dados precisaram ser dicotomizados e as seguintes perguntas foram alteradas: “3. Em que tipo de universidade estuda?”; “6. Quanta experiência você tem no cuidado de crianças além das suas (por exemplo: filhos, irmãos, primos, enteados, crianças da sua família)?”; “7. Você já recebeu alguma informação sobre violência infantil durante a graduação?”; “10. Tem conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei No 8069/90 de 1990?” e; “12. Você já presenciou ou suspeitou de casos de maus tratos infantis?”. O resultado da alteração pode ser visto detalhadamente na Tabela 2.

**Tabela 2: Questões com itens dicotomizados para realização da regressão linear**

Pergunta	Opção 1	Opção 2
Tipo de universidade	particular/bolsa/fies	pública
Experiência com criança	muita/pouca	nenhuma
Informação sobre violência infantil	sim	não/ não lembra
Conhecimento sobre o ECA	sim	não/não sabe
Presença ou suspeita sobre caso de maus-tratos	sim	não/não lembra

### **Análise estatística:**

O software utilizado para a análise foi o SPSS. Inicialmente, foram realizadas análises de regressão linear simples para explorar a associação entre o escore autorreferido de saber como agir em casos de identificação de maus tratos infantis na prática clínica odontológica (variável dependente, escala de 1 a 10) e um conjunto de 20 variáveis independentes. As variáveis que apresentaram associação com o desfecho ao nível de significância de  $p < 0,05$  nas análises não ajustadas foram selecionadas para compor o modelo multivariável. Adicionalmente, quatro variáveis definidas a priori como potenciais fatores de ajuste como seguem: idade do estudante, semestre cursado, ter filho ou ser responsável por criança e experiência no cuidado de crianças; foram forçadas no modelo ajustado, independentemente de sua significância estatística nas análises univariadas.

Os pressupostos da regressão linear múltipla foram avaliados antes da interpretação do modelo. Não foi observada multicolinearidade entre as variáveis

independentes (tolerância > 0,10; VIF < 10). A independência dos resíduos foi confirmada pelo teste de Durbin–Watson (DW = 1,96). A inspeção dos resíduos padronizados e dos valores preditos padronizados não indicou a presença de outliers extremos ou observações influentes. A normalidade dos resíduos foi avaliada visualmente por meio dos gráficos de normalidade e P–P plot, mostrando distribuição adequada. Assim, o modelo foi considerado estatisticamente apropriado. Toda a análise estatística pode ser visualizada no link <https://osf.io/cqnpe/files/3jhzu>.

#### 4. RESULTADOS

##### Resultado da análise dos avaliadores:

Os dados descritivos coletados dos nove juízes foram organizados na Tabela 3, exibindo idade, sexo, tempo de formado, área de atuação e estado em que reside.

**Tabela 3. Dados descritivos dos juízes que participaram do processo de validação de conteúdo do questionário.**

Quantitativas	Média (Desvio Padrão)	Mínimo-Máximo
Tempo de formado em anos	21,3 (5,74)	14-32
Idade em anos	44,1 (5,53)	36-55
Qualitativas	n	%
Sexo		
Feminino	7	77,80
Masculino	2	22,20
Área de atuação		
odontopediatria	6	66,7
Prótese	3	33,3
Estado em que reside		
Distrito Federal	6	66,6
Santa Catarina	2	22,2
Paraná	1	11,1

As estatísticas das questões aprovadas e reprovadas seguindo o método do IVC anteriormente citado assim como as considerações dos avaliadores sobre cada uma podem ser acessadas através do link a seguir: <https://osf.io/zbce7/files/qs92c>.

### Resultado da análise do estudo piloto:

Os dados descritivos coletados dos estudantes que participaram do estudo piloto foram organizados na tabela 4, foram questionados sobre o semestre, idade, sexo e tipo de universidade em que estudam.

**Tabela 4. Dados descritivos dos alunos que participaram do estudo piloto**

<b>Quantitativas</b>	<b>Média (Desvio Padrão)</b>	<b>Mínimo-Máximo</b>
semestre que cursa	5,26 (2,88)	1-10
Idade em anos	21,1 (2,68)	18-28
<b>Qualitativas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sexo		
Feminino	16	69,6
Masculino	30,4	7
Tipo de universidade		
Pública	19	82,6
Particular	4	17,4

Os estudantes classificaram todas as questões como compreensíveis e sugestões foram incorporadas a fim de melhorar a compreensão das perguntas. O questionário enviado aos alunos e finalizado está disponível para visualização no link a seguir <https://osf.io/g7j5p/>.

### Resultado da aplicação do questionário:

O questionário foi aberto a respostas no dia 12 de agosto de 2024 e foi fechado no dia 05 de junho de 2025, sendo obtidas 401 respostas. Do total de 401 estudantes inicialmente considerados elegíveis, três recusaram-se a participar da pesquisa. Entre os participantes restantes, 17 apresentaram informações incompletas em uma ou mais variáveis relevantes, incluindo idade, semestre cursado, ter filho ou ser responsável por criança, experiência no cuidado de crianças e variáveis relacionadas ao conhecimento e atitudes frente aos maus-tratos infantis. Após a exclusão desses casos, a amostra final consistiu em 381 estudantes. Foi adotado como variável dependente do estudo a questão 20: “Segundo a minha percepção, eu sei como agir em casos de identificação de maus tratos infantis na

prática clínica odontológica.” Nas Tabelas 5 e 6 foram organizados os dados descritivos das variáveis categóricas e contínuas respectivamente.

**Tabela 5. Descritivo variáveis categóricas (n=381)**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Semestre</b>		
1	28	7,3
2	21	5,5
3	31	8,1
4	40	10,5
5	44	11,5
6	46	12,1
7	92	24,1
8	29	7,6
9	26	6,8
10	24	6,3
<b>Universidade</b>		
Particular	118	31
Particular com bolsa	72	18,9
Particular com FIES	23	6
Pública	168	44,1
<b>Irmãos</b>		
Sim	344	90,3
Não	37	9,7
<b>Tem filhos ou é responsável por crianças</b>		
Sim	40	10,5
Não	341	89,5
<b>Experiência com cuidado de crianças</b>		
Muita	142	37,3
Pouca	179	47
Nenhuma	60	14,7
<b>Recebeu informação sobre violência infantil</b>		
Sim	209	54,9
Não	140	36,7
Não lembra	32	8,4
<b>Já atendeu criança na graduação?</b>		
Sim	185	48,6
Não	196	51,4
<b>Conhece o ECA</b>		
Sim	248	65,1
Não	89	23,4
Não sei responder	44	11,5
<b>Presenciou ou suspeitou de caso de maus-tratos</b>		
Sim	135	35,4
Não	233	61,2
Não sabe	13	3,4

**Tabela 6. Descritivo das variáveis contínuas (n=381).**

Variável	Média	Desvio padrão	Mínimo-Máximo
Idade (anos)	22,7	5,0	17-50
A avaliação começa antes do exame físico, iniciando a partir do momento que o paciente entra no consultório, pois suas ações e comportamentos auxiliam a entender o que se passa.	9,7	1,0	1-10
Quando suspeitar de maus tratos é importante questionar o responsável sobre a origem das lesões.	7,2	2,8	1-10
Em uma consulta com paciente pediátrico, confio completamente no que o responsável relata sobre a queixa do paciente.	4,0	2,3	1-10
Se eu suspeitasse da veracidade das informações relatadas pelo responsável da criança, faria algo para afastá-lo e confirmar a história com o paciente.	8,4	2,0	1-10
Segundo a minha percepção, eu sei como agir em casos de identificação de maus tratos infantis na prática clínica odontológica. *	5,3	2,5	1-10
Tenho medo de relatar uma suspeita de maus tratos e estar errado.	6,0	2,8	1-10
Em uma consulta, não me atento em perceber e analisar os sinais de maus tratos, pois isso vai além do que o cirurgião dentista pode fazer.	1,8	1,8	1-10
O cirurgião-dentista está em uma posição de mais facilidade entre as profissões de identificar maus tratos, por conta de que a maioria dos sinais são percebidos na região de cabeça e pescoço.	7,2	2,4	1-10
Em situações de abuso sexual, sei as lesões intraorais características desse tipo de agressão.	6,5	2,8	1-10
Segundo a minha percepção, o cirurgião-dentista tem responsabilidade de notificar casos suspeitos ou confirmados de maus tratos.	9,3	1,4	1-10
Eu tenho conhecimento sobre as implicações legais para o cirurgião-dentista em casos suspeitos ou confirmados de maus tratos infantis no consultório odontológico.	5,5	3,0	1-10
Gostaria de receber mais informações sobre o assunto maus-tratos infantis durante minha graduação em odontologia.	9,4	1,3	1-10

\*Variável dependente do estudo.

Foi feito um teste de regressão linear múltipla que analisou vários fatores ao mesmo tempo para ver quais realmente influenciam o conhecimento dos estudantes. Mesmo considerando simultaneamente idade, semestre, ter filhos e experiência com crianças, somente alguns desses fatores mostraram relação real com o nível de conhecimento. Maior medo de relatar maus-tratos e estar errado esteve associado a menores escores de percepção de como agir em casos de identificação de maus tratos infantis na prática clínica odontológica ( $\beta$  padronizado =  $-0,13$ ; IC95% ( $-0,19$ ;  $-0,04$ );  $p=0,002$ ). Maior conhecimento sobre lesões intraorais características de abuso sexual ( $\beta$  padronizado =  $0,23$ ; IC95% ( $0,11$ ;  $0,29$ );  $p < 0,0001$ ) e maior conhecimento sobre as implicações legais para o cirurgião-dentista em casos suspeitos ou confirmados de maus tratos infantis no consultório odontológico ( $\beta$  padronizado =  $0,28$ ; IC95% ( $0,14$ ;  $0,31$ );  $p < 0,0001$ ) apresentaram associações positivas com o desfecho, sendo esta última a de maior magnitude no modelo. Além disso, não ter filhos ou não ser responsável por criança esteve associado a escores mais baixos de saber como agir em casos de identificação de maus tratos infantis quando comparado a ter filhos ou ser responsável por criança ( $\beta$  padronizado =  $-0,09$ ; IC95% ( $-1,55$ ;  $-0,00$ );  $p = 0,04$ ). (GUJARATI, Damodar N et. al, 2011; WILLIAMS, M. N et. al, 2013). Todos os resultados detalhadamente podem ser observados na Tabela 7.

**Tabela 7: Regressão linear múltipla sobre a percepção de como agir em casos de identificação de maus tratos infantis na prática clínica odontológica e variáveis independentes (n=381).**

Variável	Sei como agir em casos de maus tratos			
	Na prática clínica odontológica			
	$\beta$ CI (95%) Não ajustado	p valor	$\beta$ CI (95%) Ajustado	p valor
Idade (anos)	0,19 (0,04; 0,14)	<0,0001		
Semestre	0,14 (0,04; 2,45)	0,006		
Universidade				
Particular (bolsa/FIES)				
Pública	-0,29 (-1,99; -1,01)	<0,0001		
Filho ou responsável por criança				
Sim				
Não	-0,19 (-2,38; -0,76)	<0,0001	-0,09 (-1,55; -0,00)	0,04
Quanta experiência você tem no cuidado de crianças além das suas				
Muita/Pouca				
Nenhuma	-0,12 (-1,52; -0,14)	0,01		

Já recebeu alguma informação sobre violência infantil durante a graduação				
Sim				
Não/Não lembra				
		-0,21 (-1,57; -0,58)	<0,0001	
Já atendeu criança durante a graduação (até 12 anos)				
Sim				
Não				
		-0,09 (-1,00; 0,00)	0,05	
Tem conhecimento sobre O Estatuto da Criança e do Adolescente				
Sim				
Não/Não sabe				
		-0,18 (-1,51; -0,46)	<0,0001	
Você já presenciou ou suspeitou de casos de maus tratos infantis				
Sim				
Não/Não sabe				
		-0,05 (-0,81; 0,24)	0,29	
A avaliação começa antes do exame físico, iniciando a partir do momento que o paciente entra no consultório, pois suas ações e comportamentos auxiliam a entender o que se passa.				
		-0,05 (-0,36; 1,00)	0,26	
Quando suspeitar de maus tratos é importante questionar o responsável sobre a origem das lesões.				
		0,11 (0,13; 0,19)	0,02	
Em uma consulta com paciente pediátrico, confio completamente no que o responsável relata sobre a queixa do paciente.				
		0,15 (0,06; 0,27)	0,002	
Se eu suspeitasse da veracidade das informações relatadas pelo responsável da criança, faria algo para afastá-lo e confirmar a história com o paciente.				
		0,09 (-0,01; 0,23)	0,07	
Tenho medo de relatar uma suspeita de maus tratos e estar errado.				
		-0,22 (-0,28; -0,11)	<0,0001	-0,13 (-0,19; -0,04) 0,002
Em uma consulta, não me atento em perceber e analisar os sinais de maus tratos, pois isso vai além do que o cirurgião dentista pode fazer.				
		0,15 (0,07; 0,35)	0,002	

O cirurgião-dentista está em uma posição de mais facilidade entre as profissões de identificar maus tratos, por conta de que a maioria dos sinais são percebidos na região de cabeça e pescoço.	0,19 (0,10; 0,31)	<0,0001		
Em situações de abuso sexual, sei as lesões intraorais características desse tipo de agressão.	0,46 (0,33; 0,49)	<0,0001	0,23 (0,11; 0,29)	<0,0001
Segundo a minha percepção, o cirurgião-dentista tem responsabilidade de notificar casos suspeitos ou confirmados de maus tratos.	0,15 (0,09; 0,44)	0,002		
Eu tenho conhecimento sobre as implicações legais para o cirurgião-dentista em casos suspeitos ou confirmados de maus tratos infantis no consultório odontológico.	0,51 (0,35; 0,49)	<0,0001	0,28 (0,14; 0,31)	<0,0001
Gostaria de receber mais informações sobre o assunto maus-tratos infantis durante minha graduação em odontologia.	-0,02 (-,22; 0,13)	0,63		

R2 0,39; R2 ajustado 0,36. Variáveis de ajuste: Idade; Semestre; Filho ou responsável por criança; e Quanta experiência você tem no cuidado de crianças além das suas. Todas as variáveis com  $p < 0,05$  foram consideradas no modelo ajustado.

## 5. DISCUSSÃO

A partir dos dados estatísticos obtidos e baseando-se nas respostas obtidas, pode-se perceber o resultado esperado de que quanto maior o avanço do estudante no curso, maior é seu conhecimento sobre o assunto, o que interfere na conduta do aluno perante as determinadas situações estabelecidas. Contudo, foi possível perceber que a presença de responsabilidade sobre a vida de uma criança faz com que a pessoa tenha um olhar mais crítico na forma em como abordar e avaliar um caso, demonstrando maior importância a inclusão do responsável no processo diagnóstico do que os alunos sem responsabilidade.

Nos anos de 2002 a 2006 foi realizado um programa de treinamento sobre abuso infantil na Turquia para os profissionais de saúde (Ağirtan et al.) e foi possível notar aumento na taxa de denúncias de casos de abuso em cinco vezes comparado a anteriormente ao programa de educação. O estudo da Turquia mostra que o conhecimento adquirido com um treinamento adequado faz o profissional ter mais

segurança em relatar casos de maus-tratos. O presente estudo também corrobora para esta afirmação, pois os profissionais que demonstraram mais segurança em lidar com tais situações, foram os que relataram ter bom conhecimento das lesões intraorais características de abuso sexual e das implicações legais para o cirurgião-dentista em casos de presenciar ou suspeitar de situações de algum tipo de violência contra a criança.

Tais resultados concordam com outros estudos já realizados (Costa e Tinoco, 2019; Silva-Júnior et al., 2015) mostrando que a falta de conhecimento é um problema persistente no ensino da odontologia brasileira, não se limitando apenas ao Distrito Federal. No estudo publicado por Costa e Tinoco, 2019, foi possível notar que os alunos sabiam os sinais de maus-tratos, porém, negligência foi o tipo de maus-tratos não abordado pelos estudantes, resultado preocupante visto que é o tipo de violência mais comumente encontrado (Friedman E, Billick SB., 2015).

O medo de relatar casos de maus-tratos é algo visto em outros estudos publicados, pois acredita-se que um erro de diagnóstico e leitura equivocada das atitudes e comportamentos dos pais e crianças pode prejudicar a carreira do cirurgião-dentista (Tornavoi et al., 2011). Assim, é necessário um treinamento adequado dos estudantes sobre o assunto, pois com o conhecimento consolidado e treinamento adequado as chances de erro diminuem e a confiança quanto ao diagnóstico aumentam. Além disso, é necessário ressaltar que a preocupação em relatar é algo mais louvável do que omitir um caso de maus-tratos, a denúncia pode ser realizada de forma anônima, protegendo a identidade do relator. Relatar uma suspeita de maus-tratos demonstra empatia e preocupação, características necessárias a um profissional da saúde.

Os achados deste estudo sugerem que o preparo percebido dos estudantes para atuar diante de casos de maus-tratos infantis é influenciado por fatores cognitivos, emocionais e experienciais-práticos. Observou-se que o medo de relatar suspeitas e estar errado esteve associado a menor percepção de saber como agir, indicando que barreiras psicológicas e insegurança profissional podem comprometer a tomada de decisão clínica. Em contrapartida, o conhecimento específico mostrou papel central, especialmente o conhecimento das implicações legais, que apresentou a maior magnitude de associação com o desfecho, seguido do conhecimento clínico sobre lesões intraorais relacionadas ao abuso sexual. Esses

resultados reforçam que a segurança jurídica e o domínio técnico são componentes fundamentais para aumentar a confiança e a prontidão dos futuros cirurgiões-dentistas. Além disso, estudantes sem filhos ou sem responsabilidade direta por crianças apresentaram menor percepção de preparo, sugerindo que a vivência cotidiana com o público infantil pode contribuir para maior sensibilidade e autoconfiança no manejo dessas situações. Em conjunto, os resultados apontam para a necessidade de fortalecer a formação acadêmica com ênfase em aspectos legais, clínicos e psicossociais, visando reduzir o medo de notificação e promover maior segurança na atuação profissional frente aos maus-tratos infantis.

## **6. CONCLUSÃO**

Estudantes de odontologia apresentam nível de conhecimento insuficiente sobre maus-tratos infantis, o conhecimento deficiente sobre o assunto reflete em sua percepção e atitudes sobre o assunto, com isso, deve-se investir em programas educacionais dentro da graduação em odontologia no Distrito Federal, acrescentando mais conteúdo sobre o assunto em disciplinas e atividades extracurriculares para formar profissionais com preparo adequado para lidar com tais situações no ambiente clínico e/ou hospital.

## **7. REFERÊNCIAS**

1. AGIRTAN, C. et al. Establishment of interdisciplinary child protection teams in Turkey (2002-2006): identifying the strongest link can make a difference. *Child Abuse & Neglect*, v. 33, n. 4, p. 247-255, 2009.
2. ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
3. AL-JUNDI, S. H.; ZAWAIDEH, F. I.; AL-RAWI, M. H. Jordanian dental students' knowledge and attitudes in regard to child physical abuse. *Journal of Dental Education*, v. 74, n. 10, p. 1159-1165, 2010.
4. BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Brasília, DF: Presidência da República, 1940.

5. BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.
6. BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Crianças e adolescentes são 79% das vítimas em denúncias de estupro registradas no Disque 100. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/junho/criancas-e-adolescentes-sao-79-das-vitimas-em-denuncias-de-estupro-registradas-no-disque-100>>. Acesso em: 6 fev. 2026.
7. COSTA, A. P.; TINOCO, R. L. R. Maus-tratos infantis no currículo dos cursos de Odontologia do Rio de Janeiro. Revista da ABENO, v. 19, n. 2, p. 54-62, 2019.
8. DUMAN, C. et al. Self-reported knowledge, attitudes, and practice of final-year dental students in relation to child abuse: a multicentre study. International Journal of Paediatric Dentistry, v. 31, n. 6, p. 801-809, 2021.
9. FRIEDMAN, E.; BILLICK, S. B. Unintentional child neglect: literature review and observational study. Psychiatric Quarterly, v. 86, n. 2, p. 253-259, 2015.
10. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. Brasília, DF: UNICEF, 2021. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/media/16421/file/panorama-violencia-letal-sexual-contr-a-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2026.
11. GOMES, L. S. et al. Percepção de acadêmicos de Odontologia sobre maus-tratos na infância. Odontologia Clínica Científica, v. 10, n. 1, p. 73-78, 2011.
12. GUJARATI, D. N.; PORTER, D. C. Econometria básica. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, 2011.
13. HAZAR BODRUMLU, E.; AVŞAR, A.; ARSLAN, S. Assessment of knowledge and attitudes of dental students in regard to child abuse in Turkey. European Journal of Dental Education, v. 22, n. 1, p. 40-46, 2018.
14. HAYNES, S. N.; RICHARD, D. C. S.; KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. Psychological Assessment, v. 7, n. 3, p. 238-247, 1995.
15. HERRERA, M. L. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: FOU SP. Cartilha FOU SP. 1. ed. [S. l.: s. n.], 2015.

16. JOSGRILBERG, E. B. et al. Maus-tratos em crianças: a percepção do aluno de Odontologia, Recife. *Odontologia Clínica Científica*, v. 7, n. 1, p. 35-38, 2008.
17. LOBÃO, W. M.; MENEZES, I. G. Construção e validação de conteúdo da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 20, p. 1-9, 2012.
18. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; SOCIEDADE INTERNACIONAL PARA PREVENÇÃO DE ABUSO E NEGLIGÊNCIA INFANTIL. *Prevenção de maus-tratos na infância: um guia para agir e gerar evidências*. Genebra: OMS, 2006.
19. ROSA, A. C. et al. A conduta do cirurgião-dentista frente aos maus-tratos infantis: uma revisão de literatura. *UNINGÁ Journal*, v. 58, 2021.
20. SERPA, E. M.; RAMOS, A. A. S. Percepção dos maus-tratos infantis pelos estudantes de odontologia da UFPB. *International Journal of Dentistry*, v. 10, n. 4, p. 234-241, 2011.
21. SILVA JUNIOR, M. F. et al. Knowledge of dental students about child maltreatment. *Arquivos em Odontologia*, v. 51, n. 3, p. 138-144, 2015.
22. SOUSA, G. F. P. et al. Conhecimento de acadêmicos em Odontologia sobre maus-tratos infantis. *Odonto*, v. 20, n. 40, p. 101-108, 2012.
23. SOUSA AZEVEDO, M. et al. Maus-tratos infantis: uma pesquisa com cirurgiões-dentistas no sul do Brasil. *Brazilian Oral Research*, v. 26, 2012.
24. SUMNER, S. A. et al. Prevalence of sexual violence against children and use of social services — seven countries, 2007-2013. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, v. 64, n. 21, p. 565-569, 2015.
25. WACHESKI, A. et al. O conhecimento do aluno de Odontologia sobre maus-tratos na infância antes e após o recebimento de uma cartilha informativa. *Odonto*, v. 20, n. 39, p. 7-15, 2012.
26. WILLIAMS, M. N.; GRAJALES, C. A. G.; KURKIEWICZ, D. Assumptions of multiple regression: correcting two misconceptions. 2013.