

Formação e competências dos dentistas chilenos para o enfrentamento dos maus-tratos infantis: Estudo qualitativo

Fernando Pérez Cabrera¹ , Valentina Fajreldin Chuaqui^{1,2} , Marcela Farías Vergara¹ .

Resumo: Introdução: Mundialmente, entre 50% e 75% dos casos de maus-tratos infantis apresentam manifestações na região da cabeça e pescoço, indicando que o cirurgião-dentista pode desempenhar um papel crucial na sua identificação e denúncia. No entanto, essa oportunidade parece estar subaproveitada. **Objetivos:** Explorar as experiências de dentistas generalistas e especialistas na identificação e manejo dos maus-tratos infantis, bem como as percepções de assistentes sociais sobre o papel do dentista e a importância do trabalho interdisciplinar nesses casos. **Materiais e Métodos:** Estudo qualitativo e exploratório, com amostragem por conveniência. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade via Zoom com 18 indivíduos distribuídos em três grupos: 1. Dentistas generalistas (n=8), 2. Dentistas especialistas (n=7) e 3. Assistentes sociais com experiência em casos de maus-tratos infantis (n=3). **Resultados:** Os dentistas generalistas (Grupo 1) percebem-se como despreparados para lidar com os maus-tratos infantis, enquanto os especialistas (Grupo 2) adquiriram essa formação em estudos de pós-graduação ou na prática profissional. As principais barreiras para que os dentistas denunciem os maus-tratos infantis incluem o desconhecimento do processo de denúncia, o medo e a falta de inclusão desse tema na formação de graduação. As experiências do Grupo 3 ressaltam a necessidade do trabalho interdisciplinar para um manejo adequado dos maus-tratos infantis. **Conclusões:** Há uma lacuna na formação dos dentistas para lidar com casos de maus-tratos infantis. É essencial que as universidades chilenas revisem seus currículos e avaliem a necessidade de reforçar esse conteúdo, além de promover o trabalho interdisciplinar para garantir uma abordagem mais abrangente.

Palavras-chave: Maus-Tratos Infantis, Educação em Odontología, Competência Profissional.

Formación y competencias del odontólogo chileno para el abordaje del maltrato infantil. Estudio cualitativo.

Resumen: Introducción: Mundialmente, las lesiones de cabeza y cuello están presentes en más del 50% de los casos de maltrato infantil, por lo que el odontólogo podría tener un rol importante en su identificación y manejo. No obstante, tal oportunidad parece no ser aprovechada. **Objetivos:** Explorar las experiencias de odontólogos generales y especialistas en la identificación y manejo del maltrato infantil, así como las percepciones de trabajadoras sociales sobre el rol del odontólogo y la importancia del trabajo interdisciplinario en estos casos. **Material y métodos:** Estudio cualitativo-exploratorio, con muestreo por conveniencia. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas en profundidad vía Zoom, a 18 individuos distribuidos en 3 grupos; 1. Odontólogos generales (n=8), 2. Odontólogos especialistas (n=7) y 3. Trabajadoras sociales con experiencia en casos de maltrato infantil (n=3). **Resultados:** Los odontólogos generales (Grupo 1) autoperceben falta de preparación para abordar el maltrato infantil, mientras que los especialistas (Grupo 2) adquirieron tal preparación en estudios de postgrado o en el ejercicio profesional. El desconocimiento del proceso de denuncia, el miedo, y la falta de incorporación del tópico en la formación de pregrado se reportan como las principales barreras para que un odontólogo denuncie maltrato infantil. Las experiencias del Grupo 3 relevan la necesidad del trabajo interdisciplinario para el abordaje del maltrato infantil. **Conclusiones:** Existe falta de preparación del odontólogo para abordar el maltrato infantil. Es necesario que las universidades chilenas revisen sus programas y establezcan la pertinencia de incorporar con más fuerza este contenido, además de fomentar el trabajo interdisciplinario.

Palabras clave: Maltrato a los niños, Educación en Odontología, Competencia profesional.

¹ Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Chile.

² Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile.

Training and competencies of Chilean dentists in addressing child abuse: A qualitative study.

Abstract: Introduction: Worldwide, head and neck injuries are present in more than 50% of child abuse cases, meaning dentists could play a crucial role in their identification and management. However, this opportunity appears to be underutilized. **Objectives:** To explore the experiences of general and specialist dentists in identifying and managing child abuse, as well as the perceptions of social workers regarding the role of dentists and the importance of interdisciplinary work in these cases. **Materials and methods:** A qualitative-exploratory study using convenience sampling. In-depth, semi-structured interviews were conducted via Zoom with 18 individuals divided into three groups: 1. General dentists (n=8), 2. Specialist dentists (n=7), and 3. Social workers with experience in child abuse cases (n=3). **Results:** General dentists (Group 1) perceived themselves as lacking adequate preparation to address child abuse, whereas specialists (Group 2) acquired this training through postgraduate studies or professional practice. The main barriers preventing dentists from reporting child abuse include a lack of knowledge about the reporting process, fear, and the absence of this topic in undergraduate training. The experiences of Group 3 emphasize the necessity of interdisciplinary collaboration to effectively address child abuse. **Conclusions:** There is a lack of adequate training for dentists to handle child abuse cases. Chilean universities should review their curricula and assess the need to reinforce this content, as well as promote interdisciplinary collaboration to ensure a more comprehensive approach.

Key words: Child abuse, Dental Education, Professional Competence.

Introdução

Os maus-tratos infantis (MI) são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “qualquer forma de maus-tratos físicos ou emocionais, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou de outra natureza que cause dano real ou potencial à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança”. A OMS também destaca que tais maus-tratos ocorrem no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder, e distingue quatro tipos: maus-tratos físicos, abuso sexual, maus-tratos psicológicos/emocionais e negligência ou tratamento negligente¹.

Nos últimos anos, também foi descrita a negligência odontológica, definida pela American Academy of Pediatric Dentistry como a “falha deliberada dos pais ou cuidadores em procurar e seguir o

tratamento necessário para assegurar um nível de saúde bucal que permita função adequada, livre de dor e infecção para a criança”².

As consequências dos MI são diversas e podem manifestar-se em todas as etapas do ciclo de vida. Na primeira infância, as crianças podem desenvolver apego inseguro, prejudicando sua capacidade de comunicação e interação com os outros³; na infância, crianças vítimas de maus-tratos podem apresentar baixo desempenho escolar, atraso no desenvolvimento da linguagem e/ou comportamentos de internalização (introversão, isolamento, depressão) ou de externalização (agressividade, hiperatividade)⁴; em adolescentes vítimas de maus-tratos, observa-se maior risco de ideação suicida, depressão e dependência de substâncias em comparação com seus pares não maltratados⁵.

Quanto à prevalência dos MI, as estimativas variam amplamente entre os países, em razão da heterogeneidade das metodologias de medição, das definições adotadas e do tipo de maus-tratos estudado, entre outras variáveis. Ainda assim, a OMS informa que quase 3 em cada 4 crianças de 2 a 4 anos sofrem regularmente punições físicas e/ou violência psicológica por parte dos pais ou cuidadores, e que 1 em cada 5 mulheres e 1 em cada 13 homens relatam ter sido abusados sexualmente entre 0 e 17 anos⁶.

No Chile, 62,2% das crianças já sofreram violência psicológica; 50,4% violência física leve; 28,2% violência física grave; e 8,7% abuso sexual⁷. Neste país, é obrigação legal do profissional de saúde denunciar ao Ministério Público ou à Polícia qualquer ato que constitua crime no prazo de vinte e quatro horas a partir do momento em que tenha tomado conhecimento do fato, incluindo casos de MI. Além disso, o Ministério da Saúde (MINSAL) dispõe de guias específicas com fluxogramas e protocolos para o manejo dos MI⁸.

Os MI configuram um fenômeno complexo que envolve múltiplas dimensões psicológicas, sociais, legais e clínicas, cuja identificação e manejo requerem a participação de profissionais de diferentes áreas, tornando indispensável o trabalho interdisciplinar (TI)^{8,9}. Lesões em cabeça e pescoço estão presentes em mais de 50% dos casos de MI^{10,11}, o que confere ao cirurgião-dentista um papel importante na sua detecção e manejo. Contudo, no Chile, o tema dos MI não parece estar sistematicamente integrado na formação odontológica de graduação e, ao contrário, surge apenas na experiência profissional concreta, no contexto das instituições de saúde.

O objetivo deste estudo é explorar as experiências de cirurgiões-dentistas generalistas e especialistas na identificação e manejo dos MI, bem como as percepções de assistentes sociais sobre o papel do cirurgião-dentista e a importância do TI nesses casos.

Materiais e métodos

Foi realizado um estudo exploratório, por se tratar de um tema emergente, e qualitativo, com o objetivo de compreender em profundidade as experiências e percepções dos sujeitos sociais envolvidos nessa temática.

Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade, para as quais foi elaborado especificamente um instrumento (guia de entrevista), previamente testado em participantes com o mesmo perfil de cada grupo do estudo (total do pré-teste: 3 participantes). As entrevistas piloto não foram incluídas na análise final dos dados. O pré-teste permitiu ajustar o guia considerando nuances específicas para cada um dos três grupos de participantes, organizando-o em torno de dimensões que continham diferentes itens, servindo como guia temático para o entrevistador (Tabela 1). Como é característico em instrumentos qualitativos, os itens foram aplicados conforme a interação com cada participante, permitindo flexibilidade para a identificação de categorias emergentes.

A amostra foi selecionada por conveniência, segundo critérios de viabilidade e acessibilidade. Os participantes foram recrutados por meio da técnica de amostragem em bola de neve, a partir de um grupo inicial composto por cirurgiões-dentistas recém-formados da mesma turma universitária

do autor principal, bem como docentes universitários ou profissionais conhecidos da equipe de pesquisa.

O estudo considerou três grupos de participantes:

1. Cirurgiões-dentistas generalistas, com no máximo 3 anos de formados, para fornecer informações sobre a integração do tema MI na formação de graduação, sem que essas informações fossem influenciadas por aprendizagens adquiridas em estudos de pós-graduação ou por longa experiência clínica.
2. Cirurgiões-dentistas com título de pós-graduação e/ou mais de 5 anos de experiência clínica, para comparar suas percepções e experiências sobre o tema MI entre graduação e pós-graduação e como estas influenciaram sua prática clínica.
3. Assistentes sociais atuando em casos de crianças vítimas de maus-tratos, para relatar suas experiências quanto à participação de cirurgiões-dentistas na identificação e manejo de vítimas de MI, bem como sua avaliação sobre o trabalho interdisciplinar (TI) como ferramenta de abordagem dos MI.

Tabela 1. Roteiro temático para entrevista, por Grupo (1,2,3) e dimensões propostas (I: encontro e caracterização, II: maus-tratos infantis, III: ferramentas)

GRUPO 1: CIRURGIÕES-DENTISTAS GENERALISTAS	
I	Encontro e caracterização: Apresentação e explicação dos objetivos do estudo; busca conhecer o participante como pessoa e seus processos formativos, identificando suas motivações, trajetória e expectativas profissionais.
II	Maus-tratos infantis: Ênfase no teórico; definições e noções a partir de seu próprio conhecimento, percepção da importância do tema e sua relação com a odontologia; preparo (competências autopercebidas).
III	Ferramentas: A partir de casos hipotéticos, quais ferramentas considera necessárias para abordar os MI, quais recomendações faria a seus pares e quais recomendações proporia às instituições de graduação para o enfrentamento deste tema.
GRUPO 2: CIRURGIÕES-DENTISTAS ESPECIALISTAS	
I	Encontro e caracterização: Apresentação e explicação dos objetivos do estudo; busca conhecer o participante como pessoa e seus processos formativos, identificando suas motivações, trajetória e expectativas profissionais.
II	Maus-tratos infantis: Ênfase no empírico; experiências, manejo dos MI (denúncia, encaminhamentos, protocolos, barreiras), relevância do trabalho interdisciplinar, avaliação da posição das instituições diante do tema.
III	Ferramentas: Com base em sua experiência, quais ferramentas (competências autopercebidas) o ajudaram no manejo dos MI, quais delas adquiriu durante a graduação e quais desenvolveu na prática profissional, quais considera indispensáveis, além de recomendações às instituições de graduação para melhorar o enfrentamento do tema e eliminar barreiras no manejo (se mencionadas na dimensão anterior).
GRUPO 3: ASSISTENTES SOCIAIS	
I	Encontro e caracterização: Apresentação e explicação dos objetivos do estudo; busca conhecer o participante como pessoa, identificando suas motivações, trajetória e expectativas profissionais.
II	Maus-tratos infantis: Ênfase no empírico; experiências, manejo dos MI (com destaque para barreiras percebidas ou não), relevância do trabalho interdisciplinar (experiências com outros profissionais da saúde, incluindo cirurgiões-dentistas), avaliação da posição das instituições envolvidas no processo de denúncia.
III	Ferramentas: Com base em sua experiência, quais ferramentas mais favoreceram seu desempenho em relação ao MI, quais delas deveriam ser transversais a todos os profissionais de saúde, e recomendações para superar barreiras no manejo (se mencionadas na dimensão anterior).

As entrevistas foram conduzidas por um membro da equipe de pesquisa (FP), previamente treinado em metodologia qualitativa. Foram realizadas via Zoom durante o primeiro semestre de 2022, após o recebimento do consentimento informado assinado e aceito por cada participante. O Termo de Consentimento Informado e a pertinência ética da pesquisa foram assegurados pelos procedimentos estabelecidos pelo Comitê de Ética Científica (CEC) da Faculdade de Odontologia da Universidade do Chile e pela Direção de Extensão da mesma Faculdade, que integrou esta pesquisa no âmbito do Projeto PRI-ODO 2020-05.

A duração de cada entrevista foi de aproximadamente uma hora. Embora tenha sido inicialmente previsto um total de 10 entrevistas por grupo, a saturação da informação determinou que o número final fosse de 18 (16 com participantes da Região Metropolitana de Santiago, 1 da Região de Aysén e 1 da Região de Los Lagos, estas últimas localizadas no sul do Chile).

As gravações do Zoom foram utilizadas exclusivamente para a transcrição integral dos áudios, uma vez que a linguagem não verbal não representou interesse para os pesquisadores. As transcrições foram codificadas de forma indutiva, categorizadas de acordo com as dimensões originais e emergentes do guia temático e, posteriormente, submetidas a uma análise de conteúdo. Todo o processo de sistematização e análise dos dados foi realizado manualmente, sem uso de software, por decisão expressa da equipe de pesquisa.

Resultados

A amostra final foi composta por 18 participantes: 8 do Grupo 1, 7 do Grupo

2 e 3 do Grupo 3, cuja caracterização está apresentada na Tabela 2. Após a análise de conteúdo, apresentam-se, por grupo, os principais achados, considerando dimensões propostas e emergentes no discurso.

Cirurgiões-dentistas generalistas

No grupo de cirurgiões-dentistas generalistas (Grupo 1), as experiências com casos de MI foram praticamente inexistentes (tanto na prática profissional quanto na formação de graduação). Os participantes relataram não se sentirem preparados para identificar e/ou denunciar casos de MI. Nenhum entrevistado demonstrou segurança ao falar sobre as definições que conheciam, e o conceito de MI foi associado apenas a lesões físicas evidentes, minimizando outras formas de maus-tratos, como a negligência.

Todos os entrevistados (provenientes de cinco universidades chilenas diferentes — quatro privadas e uma pública) coincidiram em afirmar que o tema não foi abordado adequadamente durante a graduação:

“Então, se você me perguntar o que aprendi na graduação... a verdade é que não saberia responder muito a esse respeito, já que não me lembro de terem tratado isso de forma tão direta; acabei aprendendo por fora [...]” (Homem, 1 ano de formado em universidade pública).

Também foi criticado o fato de que, nessa formação, a possibilidade de trabalhar de maneira interdisciplinar é praticamente nula, já que as equipes acadêmicas eram compostas exclusivamente por cirurgiões-dentistas (generalistas ou especialistas). Não ficou claro se existiam protocolos ou fluxos regulares para o manejo de MI durante a graduação. Em relação aos recursos disponibilizados pelo MINSAL, assim como ao marco legal relacionado ao MI, o desconhecimento foi total.

Tabela 2. Características da amostra segundo Grupo (1,2,3) e indivíduo (i).

GRUPO 1: CIRURGIÕES-DENTISTAS GENERALISTAS				
i	Sexo	Universidade	Tempo de exercício	Área de exercício experimentada
1	Homem	Privada	12 meses	Privada (clínica†)
2	Mulher	Privada	12 meses	Privada (clínica) e pública (APS‡)
3	Mulher	Privada	6 meses	Privada (clínica e consultório§)
4	Homem	Privada	2 meses	Privada (clínica)
5	Homem	Pública	15 meses	Privada (clínica, consultório) e pública (APS)
6	Homem	Pública	11 meses	Privada (consultório) e público (APS)
7	Homem	Pública	18 meses	Privada (clínica) e público (APS)
8	Homem	Pública	14 meses	Privada (clínica) e público (APS)
GRUPO 2: CIRURGIÕES-DENTISTAS ESPECIALISTAS*				
i	Sexo	Estudos de pós-graduação	Área de exercício experimentada	
1	Mulher	Odontologia legal e forense	Privada (clínica e consultório), pública (APS), docência (graduação e pós-graduação)	
2	Mulher	Saúde pública	Privada (consultório), pública (APS) e docência (graduação e pós-graduação)	
3	Homem	Implantologia	Privada (consulta)	
4	Mulher	Odontologia legal e forense, Patologia e medicina oral	Privada (consultório), pública (APS) e docência (graduação e pós-graduação)	
5	Mulher	Cuidados especiais em odontologia	Privada (consultório), pública (APS) e docência (graduação e pós-graduação)	
6	Mulher	Odontologia legal e forense, Patologia e medicina oral	Privada (consultório), pública (APS) e docência (graduação e pós-graduação)	
7	Homem	Radiologia, Saúde pública	Privada (consultório), pública (APS) e docência (graduação e pós-graduação)	
GRUPO 3: ASSISTENTES SOCIAIS**				
i	Sexo	Profissão	Área de exercício experimentada	
1	Mulher	Assistente social	Pública (APS)	
2	Mulher	Psicóloga	Pública (APS, ¶ SENAME)	
3	Mulher	Assistente social	Privada (docência) e pública (SENAME)	

† Atendimento privado em clínica particular.

‡ Atenção Primária à Saúde.

§ Atendimento privado em consultório próprio, independente.

¶ Serviço Nacional de Menores.

* Todos os indivíduos do grupo 2 tinham mais de 10 anos de experiência clínica.

** Todos os indivíduos do grupo 3 tinham mais de 5 anos de experiência trabalhando com menores vítimas de maus-tratos.

Uma dimensão emergente neste grupo foi a diferença entre os setores público e privado. No setor privado, não existem protocolos para o manejo de MI e o TI é escasso, enquanto no setor público existem tais protocolos e mais instâncias de trabalho interdisciplinar.

Diante dessas críticas, os entrevistados consideraram importante incluir o tema MI na

graduação, sensibilizando futuros cirurgiões-dentistas e a comunidade em geral sobre a importância de possuir competências para identificar e denunciar esses casos. Também recomendaram integrar profissionais de diferentes áreas às equipes acadêmicas, favorecendo o TI como estratégia para um manejo adequado do MI. A Tabela 3 apresenta uma síntese dos resultados obtidos neste grupo.

Tabela 3. Síntese dos achados obtidos no Grupo 1 (Cirurgiões-Dentistas generalistas).

DIMENSÃO	SUB-DIMENSÃO	IDEIAS-CHAVE
Maus-tratos infantis (MI)	Conhecimentos	<ul style="list-style-type: none"> Falta de preparação para o manejo do MI.
	Experiências com crianças maltratadas	<ul style="list-style-type: none"> As experiências na prática com casos de MI são pouco frequentes As experiências durante a graduação são escassas
Ferramentas	Competências auto-percebidas	<ul style="list-style-type: none"> Os cirurgiões-dentistas gerais não se sentem preparados para o manejo do MI.
	Recursos do MINSAL	<ul style="list-style-type: none"> Desconhecimento dos recursos relacionados ao MI emanados do Ministério.
	Marco legal	<ul style="list-style-type: none"> Desconhecimento absoluto.
Formação na graduação	Valorização	<ul style="list-style-type: none"> Em geral, a formação na graduação em relação ao MI é considerada insuficiente.
	Trabalho interdisciplinar (TI)	<ul style="list-style-type: none"> Não existem instâncias para o trabalho interdisciplinar (TI).
	Manejo do MI	<ul style="list-style-type: none"> Não está claro se existem ou não protocolos para o manejo do MI na graduação. O docente assume toda a responsabilidade diante de um caso de MI, deixando o estudante de lado
	Recomendações para a abordagem do MI	<ul style="list-style-type: none"> Incorporar profissionais de diversas áreas na equipa docente para favorecer o TI. Sensibilizar a comunidade odontológica sobre o tema.
	Trabalho interdisciplinar (TI)	<ul style="list-style-type: none"> No setor privado de saúde não existem instâncias de TI, enquanto no setor público elas existem.
Areas of practice	Protocolos para o manejo do MI	<ul style="list-style-type: none"> Existen en el área pública del ejercicio, más no en el área privada.

Cirurgiões-dentistas especialistas

O grupo de cirurgiões-dentistas especialistas (Grupo 2) apresentou uma visão mais ampla do que abrange o MI, destacando a importância da anamnese na identificação da criança vítima de maus-tratos, em comparação com os achados do exame físico, e reconhecendo a negligência também como uma forma de maus-tratos.

Sobre os protocolos existentes nos locais de trabalho, foi relatado que não existem

protocolos no setor privado, enquanto no setor público eles estão presentes.

Quando questionados sobre barreiras no processo de identificação e denúncia, os especialistas mencionaram: falta de formação em MI durante a graduação; medo de errar no diagnóstico; receio de represálias da família da vítima; falta de comunicação entre as instituições envolvidas no processo (tribunais, polícia); e o tempo necessário para realizar o procedimento.

Quanto ao marco legal da denúncia, os

especialistas conheciam suas obrigações como profissionais de saúde, mas não sabiam quais eram as garantias legais que os protegiam diante de, por exemplo, ameaças contra eles ou suspeitas equivocadas.

A maioria dos participantes deste grupo possuía longa experiência em docência na graduação e pós-graduação, sendo veementes em apontar a pouca valorização do tema como conteúdo curricular:

“Eu acho que o que se tem feito é insuficiente. Ou seja, não abordamos isso no currículo dos cursos de odontologia [...] Acredito que a formação oferecida na graduação é insuficiente, assim como a orientação dada nos serviços de saúde frente a esses temas.” (Mulher, especialista em saúde pública e docente de graduação e pós-graduação).

Entre as recomendações surgidas, destacaram-se: incorporar o enfoque biopsicossocial como modelo de atenção; utilizar casos clínicos como recurso didático; dar maior relevância ao tema por meio de sua integração transversal ao currículo; e promover comunicação constante entre diferentes departamentos acadêmicos. A Tabela 4 apresenta uma síntese dos resultados deste grupo.

Assistentes sociais

O grupo de assistentes sociais, com ampla experiência no trabalho com crianças vítimas de maus-tratos, foi consultado sobre o processo de denúncia dos casos de MI. Em geral, mencionaram a existência de

Tabela 4. Síntese dos achados obtidos no Grupo 2 (Cirurgiões-Dentistas Especialistas).

DIMENSÃO	SUB-DIMENSÃO	IDEIAS-CHAVE
Maus-tratos infantis (MI)	Experiências com crianças maltratadas	<ul style="list-style-type: none"> • Deve-se dar mais atenção à negligência no cuidado como forma de MI.
	Barreiras no processo de denúncia	<ul style="list-style-type: none"> • Aparente falta de protocolos para a denúncia. • Outras entidades envolvidas (polícia, Ministério Público). • Tempo necessário para realizar a denúncia. • O medo do profissional é uma das principais barreiras. • Falta de incorporação do tema na graduação.
	Marco legal	<ul style="list-style-type: none"> • É obrigação legal do profissional denunciar casos de MI, mas não estão claras as proteções legais que o resguardam.
Ferramentas	Identificação da criança maltratada	<ul style="list-style-type: none"> • Sociografia, entrevista em profundidade e anamnese como ferramentas indispensáveis para a identificação do MI.
	Trabalho interdisciplinar (TI)	<ul style="list-style-type: none"> • O TI é indispensável para identificar e gerir o MI.
	Protocolos no local de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Existem no setor público, mas não no setor privado.
Formação na graduação	Integração do tema	<ul style="list-style-type: none"> • A integração do MI na formação de graduação é percebida como insuficiente.
	Barreiras no ensino	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção de baixa importância do tema.
	Recomendações para a abordagem do tema	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar casos clínicos como ferramenta. • Disponibilizar ferramentas para abordar casos com enfoque biopsicossocial. • Comunicação fluida entre diferentes departamentos acadêmicos.

protocolos, mas relataram que estes não são bem difundidos e não está claro se há capacitação específica para sua aplicação nos serviços de saúde.

Quanto à colaboração com outros profissionais de saúde, incluindo cirurgiões-dentistas, afirmaram que, frequentemente, quando estes suspeitam de um caso de MI, notificam informalmente as assistentes sociais e lhes delegam todo o manejo do caso, o que pode atrasar a resposta:

“[...] os profissionais de saúde estão se afastando da responsabilidade de denunciar – seja violência contra crianças, entre casais ou contra idosos – e às vezes esquecemos que, como funcionários públicos, somos garantes de direitos.” (Assistente social, 7 anos de experiência com crianças maltratadas).

Também observaram que a participação de outros profissionais de saúde depende da disposição individual e da formação específica em casos desse tipo (por exemplo, saúde mental):

“[...] Isso depende muito do profissional. Já recebemos casos de médicos ou dentistas que entregam o caso e depois somem, como se bastasse darmos o retorno e pronto, não há mais acompanhamento [...] Mas também acontece o contrário: há profissionais que acompanham, perguntam, fornecem informações constantemente. Muitas vezes, dizem algo para nós e outra coisa para enfermeiras ou parteiras, e precisamos

cruzar essas informações. Também fazemos a coordenação, buscamos os profissionais para dar retorno ou acrescentar informações relevantes. Tenho bastante contato com médicos da saúde mental.” (Psicóloga, 5 anos de experiência com crianças maltratadas).

No discurso, emergiram como barreiras: ameaças sofridas pelos profissionais e a falta de proteção contra elas; percepção de pouca capacitação de funcionários de algumas instituições que recebem as denúncias; longas listas de espera; sobrecarga administrativa; e a normalização da violência.

Sobre as ferramentas necessárias para a identificação da criança vítima de maus-tratos, foi destacada a importância do TI, aliado a uma anamnese detalhada, incorporando recursos como desenho, conversas em profundidade e o uso de faltas registradas no prontuário como sinal de alerta precoce. A Tabela 5 apresenta uma síntese dos resultados deste grupo.

“[...] o trabalho interdisciplinar é muito importante porque precisamos estar em constante comunicação com os demais profissionais. Recebemos os casos, precisamos dar retorno sobre a visita de avaliação, identificar o que observaram os outros profissionais, o que a enfermeira identificou, o que o cirurgião-dentista identificou [...]” (Psicóloga, 5 anos de experiência com crianças maltratadas).

Tabela 5. Síntese dos resultados obtidos no Grupo 3 (Assistentes Sociais).

DIMENSÃO	SUB-DIMENSÃO	IDEIAS-CHAVE
Maus-tratos infantis (MI)	Experiências com outros profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Notificações informais dificultam a resposta • A participação na denúncia depende da vontade e da formação do profissional de saúde.
	Processo de denúncia	<ul style="list-style-type: none"> • Existem protocolos para a gestão do MI, mas estes não são utilizados; toda a responsabilidade é relegada ao assistente social.
	Barreiras no processo de denúncia	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de comunicação entre as entidades participantes no processo de denúncia. • Falta de capacitação dos funcionários que recebem a denúncia. • Ameaças aos profissionais que denunciam. • Pouco interesse por parte dos profissionais de saúde.
Ferramentas	Trabalho interdisciplinar (TI)	<ul style="list-style-type: none"> • O TI é indispensável para a identificação e a gestão do MI. • Existem instâncias para o TI, nem sempre bem utilizadas.
	Identificación del niño maltratado	<ul style="list-style-type: none"> • Além do TI, é importante uma anamnese completa, incorporando elementos como desenhos e conversas aprofundadas, bem como as faltas às consultas de saúde.
	Protocolos en el lugar de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Existem protocolos, mas não são amplamente utilizados pelos profissionais de saúde.

Discussão

Os cirurgiões-dentistas, como parte da equipe de saúde, podem contribuir para a identificação e denúncia dos maus-tratos infantis (MI), mas essa oportunidade parece estar sendo pouco aproveitada. Para compreender as razões disso, este estudo buscou analisar a realidade a partir da visão de cirurgiões-dentistas generalistas e especialistas, bem como de assistentes sociais que trabalham com crianças vítimas de maus-tratos.

Os resultados indicam que os cirurgiões-dentistas não se sentem preparados para identificar e denunciar casos de MI, o que está em consonância com a literatura internacional¹²⁻¹⁶. Além disso, diversas barreiras emergiram no processo de denúncia, algumas já descritas em outros estudos, como o medo de errar no diagnóstico¹⁷⁻¹⁹ e o desconhecimento dos procedimentos de denúncia^{12,13,16,20,21}.

Outras barreiras também apareceram, como a ausência do tema MI na formação de graduação e a falta de capacitação dos agentes policiais que recebem as denúncias.

No Chile, a denúncia de MI é uma obrigação legal dos profissionais de saúde, havendo diretrizes específicas emitidas pelo Ministério da Saúde (MINSAL). No entanto, os achados deste estudo mostram que tais diretrizes não são conhecidas pelos cirurgiões-dentistas.

Neste estudo, tanto generalistas quanto especialistas relataram não ter recebido formação sobre o manejo do MI na graduação. Isso é consistente com estudos internacionais, como os de da Silva²², Kural¹⁵ e Markovic¹², que reportaram, respectivamente, que 94,7%, 89,4% e 92,4% de suas amostras de cirurgiões-dentistas não haviam recebido formação sobre MI na graduação. Pesquisas chilenas também confirmam essa lacuna: Fierro-

Monti²³ relatou que 50,9% de sua amostra declarou ter recebido informações sobre MI, mas que essas informações não provinham da graduação. Em 2018, outro estudo confirmou o vazio curricular, citando uma Comissão da Associação Chilena de Ensino em Odontologia (ACHEO), que, após analisar os programas de 11 universidades que ofereciam a disciplina “Odontologia Legal”, concluiu que o tema “Abuso e Maus-Tratos Infantis” era abordado em apenas uma faculdade de odontologia em todo o país²⁴.

Outro aspecto destacado refere-se ao trabalho interdisciplinar (TI), considerado uma ferramenta indispensável para a identificação e manejo do MI^{8,9}. Contudo, o TI não parece ser amplamente praticado pelos cirurgiões-dentistas. Isso ocorre porque, na graduação, o TI é geralmente abordado apenas em nível teórico, já que as equipes acadêmico-clínicas costumam ser compostas exclusivamente por odontólogos. Essa falta de experiências interdisciplinares leva à normalização de um trabalho profissional individualizado, fazendo com que o egresso permaneça indiferente quanto à existência (ou não) de instâncias de TI na prática e limitando sua participação efetiva em equipes de saúde. Essa percepção também foi compartilhada pelo grupo de assistentes sociais entrevistado.

Um estudo relevante²⁵ aplicou um questionário validado para avaliar o preparo de estudantes de Medicina, Enfermagem e Odontologia para o TI. Os estudantes de odontologia obtiveram resultados significativamente inferiores aos de seus pares, e grupos focais realizados apontaram como explicação o fato de que

“os estudantes de odontologia raramente sentiram a necessidade de trabalhar de forma interdisciplinar”.

Este estudo apresentou algumas limitações, como o tamanho reduzido da amostra, que não permitiu explorar de forma mais profunda diferenças relacionadas ao tipo de universidade de formação (pública ou privada) – variável que, no Chile, pode ser particularmente relevante. Além disso, devido às dificuldades de mobilidade e conectividade no período pós-pandemia, a variabilidade regional também foi limitada.

No Grupo 2, quase metade dos participantes eram especialistas em Odontologia Legal e Forense, o que pode ter introduzido viés, pois esses profissionais possuem maior formação e experiência em MI em comparação com outras especialidades. Pesquisas futuras poderiam considerar essas variáveis (tipo de universidade, diversidade regional, proporção e diferenças entre especialidades) em seus desenhos amostrais, bem como realizar uma análise mais detalhada dos currículos universitários, a fim de compreender melhor como os futuros cirurgiões-dentistas estão sendo formados no país.

Ainda assim, por ser um estudo exploratório, os dados aqui apresentados oferecem subsídios para a continuidade de pesquisas nesse campo, aprofundando dimensões específicas e diferentes populações. Além disso, o uso de metodologia qualitativa permitiu explorar de forma experiencial fenômenos do campo social da odontologia, o que por si só representa uma contribuição original e valiosa, ao resgatar de maneira fidedigna o discurso dos participantes e analisá-lo de forma sistemática.

Conclusões

Os resultados deste estudo evidenciam lacunas na formação de graduação dos cirurgiões-dentistas no que se refere à identificação e ao manejo dos maus-tratos infantis (MI), assim como na integração de uma abordagem interdisciplinar que possibilite uma resposta coordenada no sistema de saúde. Essas lacunas dificultam o desenvolvimento de competências para a identificação e o manejo do MI e perpetuam a desconexão dos cirurgiões-dentistas em relação a outros profissionais diante desses casos.

É necessário que as universidades chilenas revisem seus currículos e avaliem a pertinência de incorporar esse conteúdo de forma mais consistente, além de favorecer o trabalho interdisciplinar (TI), promovendo uma preparação mais sólida para o enfrentamento do MI a partir de uma perspectiva integral.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflitos de interesse quanto à publicação deste artigo.

Referências:

1. Butchart A, Harvey AP. Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2006; 9–10.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of dental neglect. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. 2020; p.18.
3. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. Shonkoff JP, Phillips DA, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000; 230–234.
4. Lamont A, Bromfield L. Effects of child abuse and neglect for children and adolescents. National Child Protection Clearinghouse, Australian Institute of Family Studies; 2010; 1–7.
5. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Negl.* 2008;32(6):607–19.
6. World Health Organization (WHO). Child maltreatment [Internet]. 2022 [citado 2022 feb 28]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
7. UNICEF. 4º estudio de maltrato infantil en Chile. Análisis comparativo 1994-2000-2006-2012. UNICEF. 2012; 22–43.
8. Cifuentes-Harris C, Contreras-Reyes C, Torres MA, Gonzales-Alegría S. Maltrato Infantil: Conocimiento y actitud del cirujano dentista. Marco legal y revisión de la literatura. *Int J Odontostomatol.* 2020;14(2):160–6.
9. Herbert JL, Bromfield L. Multi-disciplinary teams responding to child abuse: Common features and assumptions. *Child Youth Serv Rev.* 2019;106:104472. .
10. Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents: A retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dent Traumatol.* 2010;26(2):149–53.
11. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Clinical Guidelines, Reference Manual.* 2010;32(6):137–40.
12. Markovic N, Muratbegovic AA, Kobaslija S, Bajric E, Selimovic-Dragas M, Huseinbegovic A, et al. Knowledge and attitudes regarding child abuse and neglect. *Mater Sociomed.* 2015; 27(6): 372–5.
13. Mogaddam M, Kamal I, Merdad L, Alamoudi N. Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. *Child Abuse and Negl.* 2016;54:43–56.
14. Hussein AS, Ahmad R, Ibrahim N, Yusoff A, Ahmad D. Dental health care providers' views on child physical abuse in Malaysia. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2016;17(5):387–95.

15. Kural D, Abbasoglu Z, Tanboga İ. Awareness and experience regarding child abuse and neglect among dentists in Turkey. *J Clin Pediatr Dent.* 2020;44(2):100–6.
16. Özgür N, Ballıkaya E, Güngör HC, Ataç AS. Turkish paediatric dentists' knowledge, experiences and attitudes regarding child physical abuse. *Int Dent J.* 2020;70(2):145–51.
17. Dalledone M, de Paola APB, Correr GM, Pizzatto E, de Souza JF, Losso EM. Child abuse: Perception and knowledge by public health dentistry teams in Brazil. *Braz J Oral Sci.* 2015;14(3):224–9.
18. Jahanimoghadam F, Kalantari M, Horri A, Ahmadipour H, Pourmorteza E. A Survey of knowledge, attitude and practice of iranian dentists and pedodontists in relation to child abuse. *J Dent (Shiraz).* 2017;18(4):282–8.
19. Clarke L, Chana P, Nazzal H, Barry S. Experience of and barriers to reporting child safeguarding concerns among general dental practitioners across Greater Manchester. *Br Dent J.* 2019;227(5):387–91.
20. Kaur H, Chaudhary S, Choudhary N, Manuja N, Chaitra TR, Amit SA. Child abuse: Cross-sectional survey of general dentists. *J Oral Biol Craniofac Res.* 2016;6(2):118–23.
21. Al Hajeri H, Al Halabi M, Kowash M, Khamis AH, Welbury R, Hussein I. Assessment of the knowledge of United Arab Emirates dentists of child maltreatment, protection and safeguarding. *Eur J Paediatr Dent.* 2018;19(2):105–18.
22. Da Silva RA, Goncalves LM, Rodrigues ACA, Da Cruz MCFN. The dentist's role in identifying child abuse: An evaluation about experiences, attitudes, and knowledge. *Gen Dent.* 2014;62(1):62–6.
23. Fierro Monti C, Salazar Salazar E, Ruiz Salazar L, Luengo Machuca L, Pérez Flores A. Maltrato infantil: Actitud y conocimiento de odontólogos en Concepción, Chile. *Int J Odontostomatol.* 2012;6(1):105–10.
24. Fonseca GM, Letelier-Acevedo N, Lozano-Gómez R. Odontólogos y obligación de denuncia del abuso sexual infantil en Chile: Oportunidades perdidas. *Int J Odontostomatol.* 2018;12(4):431–6.
25. Numasawa M, Nawa N, Funakoshi Y, Noritake K, Tsuruta J, Kawakami C, et al. A mixed methods study on the readiness of dental, medical, and nursing students for interprofessional learning. *PLoS ONE.* 2021;16(7).

Recibido 08/10/24

Aceptado 20/07/25

Correspondencia: Valentina Fajreldin, correo: vfajreldin@odontologia.uchile.cl