

Maltrato infantil: conocimientos y conductas de los cirujanos dentistas de la Estrategia Salud de la Familia de Guarabira-PB, Brasil**Maus-tratos infantis: conhecimentos e condutas dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família de Guarabira-PB, Brasil****Child Abuse: Knowledge and Actions Undertaken by Dentists of the Family Health Strategy in Guarabira- PB, Brazil****Recibido: 29/03/2016****Aprobado: 02/09/2016****Publicado: 15/02/2017****Karla Bezerra Guilherme da Silva¹****Alidianne Fábila Cabral Cavalcanti²****Alessandro Leite Cavalcanti³**

El objetivo de este estudio fue identificar el conocimiento y la conducta de los cirujanos dentistas de Guarabira-PB, Brasil frente a situaciones de maltrato infantil. Se realizó un estudio transversal en el cual fueron entrevistados 18 profesionales y los resultados fueron presentados por medio de la estadística descriptiva. A lo largo de la actividad laboral, doce cirujanos dentistas relataron haber atendido pacientes víctimas de violencia, con 91,7% de los casos originados en el propio núcleo familiar. El sexo femenino (50,0%) fue el más afectado y la cabeza (27,3%) la región más envuelta. Delante de los casos de maltrato, la principal conducta adoptada fue la conversación con los padres/responsables (83,3%). A pesar de reconocer la obligatoriedad de la denuncia de los casos, la principal conducta adoptada fue solo el diálogo con los padres o responsables.

Descriptor: Maltrato a los niños; Conocimientos, actitudes y práctica en Salud; Odontólogos.

O objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento e a conduta dos cirurgiões-dentistas de Guarabira-PB frente a situações de maus-tratos infantis. Realizou-se um estudo transversal, no qual foram entrevistados 18 profissionais e os resultados foram apresentados por meio da estatística descritiva. Ao longo da atividade laboral, doze cirurgiões-dentistas relataram ter atendido pacientes vítimas de violência, com 91,7% dos casos originados no próprio núcleo familiar. O sexo feminino (50,0%) foi o mais acometido e a cabeça (27,3%) a região mais envolvida. Diante dos casos de maus-tratos, a principal conduta adotada foi a conversa com os pais/responsáveis (83,3%). Apesar de reconhecer a obrigatoriedade da denúncia dos casos, a principal conduta adotada foi apenas o diálogo com os pais ou responsáveis.

Descritores: Maus-tratos infantis; Conhecimentos, atitudes e prática em saúde; Odontólogos.

The aim of this study was to identify the knowledge and the course of action undertaken by dental surgeons in Guarabira-PB, Brazil, regarding cases of child abuse. A cross-sectional study was conducted, in which 18 professionals were interviewed, and the results were presented through descriptive statistics. 12 dental surgeons related to have attended patients who were victims of violence, being that in 91.7% of cases the aggressor was a member of the family of the victim. Most victims were female (50.0%) and the head (27.3%) was the most affected region. Considering the cases of abuse, the main course of action taken by the participants was the dialog with parents/guardians (83.3%). Although they recognize that denouncing such cases is mandatory, most of them did nothing apart from such a conversation.

Keywords: Child abuse; Health knowledge, attitudes, practice; Dentists.

1. Cirujana Dentista. Universidad Estadual da Paraíba (UEPB), PB, Brasil. ORCID - 0000-0002-0964-4369 E-mail: karlab@gmail.com. Brasil.

2. Cirujana Dentista. Especialista en Educación en Salud. Especialista en Salud de la Familia. Magister en Odontología. Doctoranda en Odontología por la UEPB, PB, Brasil. Profesora de la Carrera de Odontología de la UEPB. ORCID - 0000-0002-7779-2478 E-mail: alidianne.fabia@gmail.com. Brasil.

3. Cirujano Dentista. Magister en Odontología. Doctor en Odontología. Pos-Doctor en Odontopediatría. Profesor de los Programas de Pos Graduación en Salud Pública y Odontología de la UEPB. Becario de Productividad en Investigación del CNPq - Nivel 2, Brasil. ORCID - 0000-0003-3572-3332 E-mail: dralessandro@ibest.com.br. Brasil.

INTRODUCCIÓN

Maltrato al niño, a veces referido como abuso infantil y negligencia, incluye todas las formas de maltratos físico y emocional, abuso sexual, negligencia y explotación que resultan en daño real o potencial para la salud, desarrollo o dignidad del niño¹.

En Brasil, el maltrato contra niños y adolescentes constituye un grave problema de salud pública^{2,3}, siendo así un asunto bastante relevante en razón de las negativas consecuencias en la calidad de vida de las víctimas, como también por el expresivo impacto en los índices de morbimortalidad⁴.

Los episodios de maltrato han sido retirados del contexto de invisibilidad y silenciamiento desde la promulgación del Estatuto del Niño y del Adolescente – ECA (1990) del Brasil, el cual en su artículo 13, afirma que los casos sospechosos o confirmados deben ser obligatoriamente comunicados al Consejo Tutelar de la localidad donde vive la víctima⁵.

En este sentido, se subraya la importancia de la red de servicios del Sistema Único de Salud (SUS), ya que estos espacios son propicios para el enfrentamiento de la problemática de la violencia contra niños, por medio de la identificación, recepción, atención, notificación, orientación a las familias, acompañamiento y protección de las víctimas que se encuentran en situación de violencia. Para esto, los profesionales deben estar informados en cuanto a las vulnerabilidades y posibilidades de prevención y protección⁶.

Los profesionales actuantes en la Estrategia Salud de la Familia (ESF), por el contacto directo y vínculo con las familias, emergen como elementos-clave en la prevención, detección, intervención y derivación a los órganos competentes⁷, especialmente, el Cirujano Dentista (CD), pues las estadísticas han mostrado que más de 50% de los casos de abuso infantil incluyen trauma en la región de boca, rostro y cabeza^{8,9}.

Frente a lo expuesto, el objetivo de este estudio fue identificar los conocimientos y conductas de los cirujanos-dentistas de la

ciudad de Guarabira/PB, Brasil sobre maltrato infantil.

MÉTODO

Se realizó un estudio de corte transversal en las Unidades Básicas de Salud de la Familia (UBSF) del municipio de Guarabira, Paraíba, situado a 98 kilómetros de la capital João Pessoa. La población estimada para el año de 2015 fue de 58.162 habitantes, tornándola una de las más pobladas del estado¹⁰. En relación a los servicios de salud de la red de atención básica, hay en el municipio 21 establecimientos con atención odontológica, siendo 17 de estos localizados en la zona urbana y cuatro situados en la zona rural¹¹.

La población del estudio fue compuesta, por tanto, por 21 cirujanos-dentistas actuantes en los servicios de atención primaria a la salud, sin embargo, concordaron en participar y compusieron la muestra 18 profesionales (85,7%).

La colecta de los datos fue realizada por una única investigadora, en cada una de las UBSF, en el período de julio a agosto de 2015. El instrumento de colecta fue representado por un formulario semiestructurado adaptado de investigaciones previas^{12,13}. Fue realizado un estudio piloto con cinco profesionales vinculados a la ESF de Campina Grande-PB, para testear y adecuar el instrumento de colecta de datos, siendo que estos sujetos no fueron incluidos en el estudio.

Fueron analizadas las siguientes variables: sexo, grupo etario y formación de los cirujanos-dentistas, área de actuación (servicio público y privado) y tiempo de inserción en la ESF (en años). Se investigó además si hubo adquisición de informaciones sobre maltrato infantil durante la graduación; conocimiento de los profesionales sobre los tipos de maltrato, legislación asociada a este tema y denuncia/notificación de los casos; conducta de los investigados frente a la ocurrencia de maltrato y caracterización de estos episodios en lo que se refiere a la región del cuerpo afectada y repercusión en el complejo maxilo-mandibular.

Los datos fueron colocados en un banco de datos en el software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 18.0, analizados por estadística descriptiva, por medio de frecuencias absolutas y porcentajes.

El estudio fue registrado en la Plataforma Brasil y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estadual da Paraíba - UEPB (number 44267715.8.0000.5187). Siguiendo los preceptos establecidos por la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud, todos los participantes firmaron y recibieron una copia del Término de Consentimiento Libre y Aclarado (TCLA).

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica y profesional de los cirujanos-dentistas actuantes en la Atención Básica. Guarabira, Paraíba, Brasil, 2015.

Variable	Frecuencia	
	N	%
Sexo		
Masculino	03	16,7
Femenino	15	83,3
Grupoetario (en años)		
27 a 37	11	61,1
38 a 47	04	22,2
48 a 57	03	16,7
IES formadora		
Pública	16	88,9
Privada	02	11,1
Tiempo de conclusión de la graduación (en años)		
3 a 10	09	50,0
11 a 20	06	33,3
21 a 34	03	16,7
Especialista		
Sí	16	88,9
No	02	11,1
Áreas de Actuación		
Servicio público	11	61,1
Servicio público y privado	07	38,9
Tiempo de Actuación en la ESF (en años)		
1 a 5	05	27,8
6 a 13	13	72,2

En el tema maltrato infantil, 66,7% informaron que este contenido no fue presentado durante su graduación. Sobre los tipos de abuso, las categorías más citadas fueron el maltrato físico (94,4%) y la negligencia (89,9%). Para 83,3% de los profesionales, la aparición de maltrato infantil y la baja condición socioeconómica de las víctimas están directamente relacionadas. La mayoría de los respondientes (72,2%) afirmó ser de carácter obligatorio la

RESULTADOS

Entre los dieciocho entrevistados, la mayoría era del sexo femenino (83,3%) con edad variando de 27 a 57 años (37,78±9,95), siendo que 61,1% de los profesionales tenían entre 27 y 37 años. La formación académica ocurrió mayoritariamente en una universidad pública (88,9%), con mitad de los cirujanos-dentistas teniendo hasta 10 años de graduado y solo 11,1% no tenían el título de especialista. El ejercicio profesional exclusivamente en el sector público fue reportado por 61,1% de los respondientes y 72,2% actuaban hace seis años o más en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) (Tabla 1)

notificación de los casos de maltrato infantil por un profesional de odontología, siendo que 23,1% no supieron afirmar cuál legislación brasileira menciona tal obligatoriedad. La mayor parte de los entrevistados desconoce la ficha de notificación de casos de maltrato (83,3%) y 33,3% mencionaron que el tema maltrato infantil es discutido en la unidad de salud en que actúan (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los cirujanos-dentistas de acuerdo al conocimiento sobre maltrato infantil. Guarabira, Paraíba, Brasil, 2015.

Variable	Frecuencia	
	N	%
Tema abordado en la graduación		
Sí	06	33,3
No	12	66,7
Tipos de maltrato*		
Físico	17	94,4
Negligencia	16	89,9
Sexual	14	77,8
Psicológico	13	72,2
Relación Maltrato infantil x Condición Socioeconómica		
Sí	15	83,3
No	03	16,7
Obligatoriedad de denuncia por parte del cirujano-dentista		
Sí	13	72,2
No	01	5,6
No sabe	04	22,2
Legislación que hace mención a la obligatoriedad		
Estatuto del Niño y del Adolescente	08	61,5
Estatuto del Niño y del Adolescente + Constitución Brasileira + Código Penal	01	7,7
Código de Ética Odontológica	01	7,7
No sabe	03	23,1
Conocimiento de la ficha de notificación de maltrato infantil		
Sí	03	16,7
No	15	83,3
Tema discutido en la Unidad de Salud		
Sí	06	33,3
No	12	66,7

* Más de una opción fue elegida.

A lo largo de su actividad laboral, doce cirujanos-dentistas (66,6%) relataron haber atendido niños/adolescentes víctimas de violencia, con 91,7% de los casos originados del propio núcleo familiar. Dentro de los nueve casos, cuyo sexo fue identificado, 66,6% eran víctimas del sexo femenino y la región de la cabeza fue el área más afectada (27,3%), con involucramiento de lesiones intraorales y repercusión en tejido dental en 16,7% a 66,7%, respectivamente. Delante de los casos de maltrato infantil la principal conducta adoptada por los cirujanos fue la conversación con los padres o responsables por el niño/adolescente (83,3%) (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Los equipos multiprofesionales actuantes en la red de atención primaria, considerada como la puerta de entrada para el sistema de salud, tienen gran relevancia en el proceso de identificación, diagnóstico, notificación y

derivación de los casos de maltrato contra niños y adolescentes¹⁴. En este contexto, el cirujano-dentista posee una importancia incuestionable, puesto que gran parte de las lesiones ocurre en la región de cabeza y rostro⁹.

Se verificó que los profesionales eran predominantemente mujeres. Esta evidencia de feminización se asemeja a otros estudios conducidos en el Noreste brasileño^{13,15}. Morita, Haddady Araújo¹⁶ constataron que específicamente en el estado de Paraíba existe el mayor porcentaje de mujeres en la profesión.

En referencia a la edad, se observó que la mayoría de los cirujanos-dentistas tenían entre 27 y 37 años, corroborando los hallazgos de Luna et al.¹³ y Lima et al.¹⁷, los cuales observaron un mayor cuantitativo de profesionales jóvenes en la ESF.

Tabla 3. Distribución de los eventos de maltrato infantil de acuerdo con el origen de los casos, sexo de la víctima, región del cuerpo afectada, presencia de lesiones intraorales, estructuras bucales envueltas y conducta adoptada. Guarabira, Paraíba, Brasil, 2015.

Variable	Frecuencia	
	N	%
Origen del caso		
Intrafamiliar	11	91,7
Intra y Extrafamiliar	01	8,3
Sexo		
Masculino	03	25,0
Femenino	06	50,0
No identificado	03	25,0
Región del cuerpo afectada*		
Cabeza	05	27,3
Rostro	03	16,7
Tronco	02	11,1
Miembros superiores	04	22,2
Miembros inferiores	02	11,1
Presencia de lesiones intraorales		
Sí	03	16,7
No	09	83,3
Estructuras bucales envueltas		
Tejido duro	02	66,7
Tejido duro y blando	01	33,3
Conducta adoptada*		
Conversó con los padres o responsables	10	83,3
Procuró saber qué sucedió con el niño	04	33,3
Discutió el caso con el equipo	05	41,7

* Más de una opción fue elegida.

En cuanto al perfil de los profesionales, se verificó que la graduación fue concluida entre 3 y 10 años, en universidades públicas y que casi todos los entrevistados poseían el título de especialista. Estas informaciones ratifican los datos de Rolim et al.¹⁸, ya que los cirujanos-dentistas interrogados tenían cinco o más años de graduados (57,7%) y 73,9% también cursaron pos-graduación *latu sensu*.

En términos generales, la proporción de cirujanos-dentistas especialistas es más elevada en Brasil que en países como los Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Alemania y Francia¹⁹. Es importante destacar que a pesar del perfeccionamiento de la competencia profesional sea un paso de gran valor, para actuación en la ESF el cirujano dentista debe reunir habilidades de un profesional generalista.

Se verificó en la presente investigación que la mayoría de los profesionales actúa hace más de cinco años en la ESF, por otro lado, en la investigación

conducida por Moreira et al.²⁰ el tiempo de trabajo en la ESF de la mayor parte de los dentistas, médicos y enfermeros fue de hasta 10 años. Se supone que tales constataciones evidencian una mayor fijación de los profesionales en sus puestos de trabajo, lo que es esencial para la longitudinalidad del cuidado e identificación de casos de maltrato contra niños y adolescentes.

El profesional de odontología debe saber evaluar señales y síntomas que indiquen un caso de maltrato, sin embargo, existe un abordaje insuficiente de este asunto en las Instituciones de Enseñanza Superior²¹. En el presente trabajo, dos tercios de los investigados mencionó que este tema no fue abordado en el período de su formación, corroborando los hallazgos de Al-Buhairan et al.²² y Al-Dabaan et al.²³.

Sobre la tipología de maltrato, algunos autores²⁴, apuntan que hay una variación de acuerdo con la edad de la víctima, de forma que la negligencia y agresión física están más asociadas a niños menores de un año,

mientras que entre aquellos con edad entre un año y nueve años, las otras formas de violencia se destacan, en especial la física, la psicológica y la sexual. En este contexto, en la presente investigación hubo mención a todas estas modalidades de maltrato, destacándose la violencia física y negligencia.

Es importante destacar además que factores sociológicos, psicológicos y económicos pueden contribuir a la producción de la problemática^{25,26}. Gran parte de los profesionales afirmó existir una relación directa entre las variables maltrato y condición socioeconómica. De la misma manera, según Andrade et al.²⁷ la aparición de la violencia doméstica es favorecida por la escasez de recursos básicos y por las condiciones sociales de la comunidad, generando además del maltrato, un desequilibrio intrafamiliar. Sin embargo, es de considerable importancia la diferenciación de negligencia y pobreza, en la medida en que, en la práctica, en un país como Brasil, las dos situaciones muchas veces se confunden²⁸.

Delante de un caso de abuso contra niños y adolescentes es indispensable por parte de los profesionales de salud, incluyendo el cirujano dentista, la denuncia, ya que son situaciones que cuando se tornan públicas, providencias razonables deberán ser tomadas. Así, cuando los dentistas actuantes en el municipio de Guarabira fueron indagados sobre la obligatoriedad de la denuncia, una considerable parte admite su deber de relatar sospechas de maltrato infantil.

De acuerdo a Pereira et al.¹⁴ la notificación de los casos es una iniciativa eficaz que debe ser utilizada por todos los profesionales de salud, en la medida en que ayuda a diagnosticar la violencia intrafamiliar y recaudar inversiones para los núcleos de vigilancia y asistencia. En Estados Unidos, todos los profesionales de salud tienen el deber de revelar abuso y negligencia de niños en los 50 estados²⁹.

En el ámbito nacional el principal instrumento que muestra la necesidad de la denuncia es el ECA, el cual fue mencionado por la mayor parte de los profesionales. Esta ley, explícita en su artículo 13 que casos de

sospecha o confirmación de castigo físico, de tratamiento cruel o degradante y de maltrato contra niño o adolescente deberán ser obligatoriamente comunicados al Consejo Tutelar de la respectiva localidad, sin pérdida de otras providencias legales³⁰. En la investigación conducida por Barbosa et al.¹⁵ la mayoría de los profesionales entrevistados también se mostraron concededores del ECA.

En el conocimiento de la ficha de notificación, el dato obtenido es preocupante, puesto que más de 80% de los cirujanos dentistas desconocían la ficha de notificación, que va en contra de los hallazgos de Barbosa et al.¹⁵, pues 57,1% de los profesionales de la salud del municipio de Pacajus - CE afirmaron conocer la ficha de notificación. Notificar implica en dividir y compartir con los diversos sectores de la sociedad la responsabilidad de proteger niños y adolescentes. El desconocimiento del instrumento de notificación, por tanto, posiblemente comprometerá la garantía de derechos y de protección social de estos individuos³¹.

En los resultados descriptos por Rolim et al.¹⁸ y Assis et al.²⁴, la identificación y notificación de maltrato no asumen una práctica rutinaria en la ESF, debido al desconocimiento y la falta de la ficha en las unidades de salud, duplicando la chance de subregistro; por este motivo la discusión sobre este tema en las unidades, enfatizando la necesidad de tenerla y de la aclaración del uso, minimizaba esta fragilidad aún existente en el ámbito de la atención primaria a la salud.

Además de esto, los trabajadores de estos servicios no están acostumbrados a llevar el tema para discusiones de equipo⁴, constatación también observada en el presente estudio.

Queda claro, por tanto, que hay un distanciamiento entre el procedimiento de sospecha/identificación de los casos de maltrato contra niños y adolescentes y la consecuente notificación de los casos. De este modo, estos datos llaman la atención, pues una notable parte de los profesionales posee conocimiento sobre la obligación de la delación de ocurrencias de maltrato, sin

embargo, no están conscientes de todos los dispositivos legales que pueden ser utilizados eficazmente en estos casos.

La mayor parte de los entrevistados relató que en su práctica profesional ya se deparó con situaciones en que posiblemente ocurrió violencia contra niños y adolescentes. Siendo verificado aún que prevaleció la figura de los familiares como agresores. Este hallazgo es ratificado por Lima et al.¹⁷, los cuales constataron que la violencia contra niños y adolescentes aconteció en ambiente domiciliar y fue proporcionado por un miembro de la familia. Rangel et al.³² advirtieron que el agresor es usualmente un pariente cercano, teniendo también posible tolerancia y complicidad de familiares.

No obstante, se observó una mayor victimización de niños y adolescentes del sexo femenino, concordando con los resultados de Lima et al.¹⁷ y Apostólico et al.³³ que verificaron que el sexo femenino aparece, específicamente, como el que más sufrió violencia sexual. Este acontecimiento puede ser elucidado en los estudios de Fajman e Wright³⁴ y Stoltenborgh et al.³⁵, los cuales verificaron que de forma general, los chicos tuvieron mayor hesitación y no relataron los hechos con tanta facilidad, así subestimaron el problema por mecanismos de negación, por eso la sociedad no siempre considera la ocurrencia de maltrato en chicos creyendo que ellos sean menos afectados.

Las injurias hechas en las víctimas de maltrato sucedieron con predominio en la cabeza, rostro y cuello^{23,36-38}. En este estudio, varias regiones fueron citadas, no obstante, la cabeza, los miembros superiores y el rostro sobresalieron entre las demás localizaciones. Debiéndose puntuar que usualmente los cirujanos dentistas priorizan las atenciones para lesiones en la región de su competencia, otra consideración pertinente es la estatura del niño en relación al adulto, siendo esta área una localización más propicia para las agresiones.

La presencia de heridas orofaciales no accidentales remite a casos de abuso contra niños y adolescentes, de modo que estas lesiones pueden envolver tejidos duros y blandos en la región del rostro,

especialmente las estructuras bucales^{12,39}. En este estudio, de los 12 eventos relatados, en solo 16,7% hubo lesiones intraorales, con mayor afección de tejidos duros. En la investigación hecha por Cavalcanti⁹, las lesiones oro-faciales fueron diagnosticadas en el 56,3% de los casos, de estas lesiones la mayoría envolvía maxilar y mandíbula; siendo que del total de las heridas intraorales, las laceraciones en tejidos blandos fueron más prevalentes en relación a las lesiones dentales. Las divergencias en los resultados pueden ser explicadas en función del tipo de estudio realizado, puesto que Cavalcanti⁹ analizó los informes periciales del Instituto de Medicina Legal.

En lo referido a la conducta en los casos de maltrato, se verificó la ocurrencia de diálogo con los padres o responsables. Francon et al.⁴⁰, también constataron que esa fue la conducta adoptada por buena parte de los cirujanos-dentistas incluidos en su estudio. Contraponiéndose a los hallazgos, Silva et al.⁴¹ evidenciaron que 63,2% de los entrevistados citaron no saber cómo proceder en tales situaciones y 44,2% desconocían las autoridades competentes de protección.

Los participantes de esta investigación pueden haber optado por una conducta errónea tanto por miedo, como también por no querer involucrarse con tales situaciones, esquivándose de proceder de la forma correcta, por medio de la debida notificación. De esta forma, se percibe que en la práctica los servicios que deberían ser ofrecidos por el equipo de la ESF, como por ejemplo, identificación, notificación y protección de las víctimas que se encuentran en situación de violencia no son concretizados.

Frente a lo expuesto, quedó en evidencia que el cirujano dentista puede ser visto como uno de los profesionales de salud que tendría mayor posibilidad de diagnosticar, por causa de las regiones comúnmente envueltas. Luego, se debe dar énfasis al abordaje del tema maltrato infantil durante la graduación e incentivos gubernamentales deben ser fortalecidos para calificaciones de los profesionales actuantes en los servicios de atención primaria a la

salud, de forma a tornar el diagnóstico y denuncia cada vez más efectivos y constantes.

Siendo así, inclusive con las limitaciones inherentes a un estudio transversal, especialmente en lo que se refiere al hecho de que la mayor parte de las respuestas dadas estuvieron condicionadas a la memoria del entrevistado, otras investigaciones deberán ser conducidas, pues el maltrato contra niños y adolescentes es una realidad en el país y un problema de salud pública, necesitando así de medidas preventivas y solucionadoras para que de esta forma ocurra una mejora en el diagnóstico y en la conducta de los profesionales, con consecuente avance en los servicios ofrecidos por el sector público.

CONCLUSIÓN

Los cirujanos dentistas, de la red de atención básica de la ciudad de Guarabira – PB, identificaron en gran parte de los casos de maltrato situaciones de origen intrafamiliar, cuyas principales víctimas fueron del sexo femenino, siendo las señales físicas de violencia observadas, especialmente en la región de la cabeza, no obstante, con pocas lesiones intraorales.

A pesar de que la mayor parte de los interrogados no tenía en la graduación un abordaje sobre el tema y aún desconocía la ficha de notificación, la mayoría reconoció la obligatoriedad de la denuncia de los casos sospechosos, pero la principal conducta adoptada fue solo el diálogo con los padres o responsables.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [citado en 22 Mar 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf.
2. Azevedo MS, Goettems ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF, et al. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res.* 2012; 26(1): 5-11.

3. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MH, Silva CM, Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet.* 2011; 377(9781):1962-75.
4. Moreira GAR, Vasconcelos AA, Marques LA, Vieira LJS. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família, sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. *Rev Paul Pediatr.* 2013; 31(2):223-30.
5. Presidência da República (Brasil). Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 16 jul 990 [citado en 22 mar 2016]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm.
6. Ministério da Saúde (Br). Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. 104p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
7. Zanelatto PF, Medeiros M, Santos WS, Munari DB. Violência contra crianças e adolescentes: significados e atitudes por equipes da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Enferm.* 2012; 18(2):41-9.
8. Cairns AM, Mok JY, Welbury RR. The dental practitioner and child protection in Scotland. *Br Dent J.* 2005; 199(8):517-20.
9. 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.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [2011] [citado en 11 abr 2016]. Disponible en: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250630>.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Serviços de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2009 [citado en 11 abr 2016]. Disponible en: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?l>

ang=&codmun=250630&idtema=5&search=paraiba|guarabira|servicos-de-saude-2009.

12. Cavalcanti AL. Abuso infantil: protocolo de atendimento odontológico. *Rev Bras Odontol.* 2001; 58(6):378-80.

13. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(2):481-91.

14. Pereira AS, Dias MWT, Luna GLM, Moreira DP, Marques LA, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *BIS Bol Inst Saúde.* 2013; 14(3):289-95.

15. Barbosa IL, Pereira AS, Moreira DP, Luna GLM, Oliveira AKA, Ferreira RC, et al. Conhecimento da equipe básica de Saúde da Família sobre notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes no município de Pacajus – CE. *Cad Esc Saúde Pública.* 2009; 3(1): 24-32.

16. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME, organizadores. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. 21ed. Maringá: Dental Press; 2010. 96p.

17. Lima MCCS, Costa MCO, Bigras M, Santana MAO, Alves TDB, Nascimento OC, et al. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2011; 35(1):118-37.

18. Rolim ACA, Moreira GAR, Corrêa CRS, Vieira LJES. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. *Saúde Debate.* 2014; 38(103):794-804.

19. Schleyer T, Eaton KA, Mock D, Barach V. Comparasion of dental licensure, specialization and continuing education in five countries. *Eur J Dent Educ.* 2002; 6(4): 153-61.

20. Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IS, Brilhante AVM. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19(10): 4267-76.

21. Matos FZ, Borges AH, Mamede Neto I, Rezende CD, Silva KL, Pedro FLM, et al.

Avaliação do conhecimento dos alunos de graduação em odontologia x cirurgião dentista no diagnóstico de maus-tratos a crianças. *ROBRAC.* 2013; 22(63):153-57.

22. Al-Buhairan FS, Inam SS, Aleissa MA, Noor IK, Almuneef MA. Self-reported awareness of child maltreatment among school professionals in Saudi Arabia: impact of CRC ratification. *Child Abuse Negl.* 2011; 35(1): 1032-6.

23. Al-Dabaan R, Newton JT, **Asimakopoulou** K. Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect. *Saudi Dent J.* 2014; 26(3): 79-87.

24. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(9):2305-17.

25. Mcsherry D. Understanding and addressing the “neglect of neglect”: why are we making a mole-hill out of a mountain? *Child Abuse Negl.* 2007; 31(6):607-14.

26. Dubowitz H. Understanding and addressing the “neglect of neglect”: digging in to the mole hill. *Child Abuse Negl.* 2007; 31(6):603-6.

27. Andrade EM, Nakamura E, Paula CS, Nascimento R, 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(1):147-55.

28. Pasian MS, Faleiros JM, Bazon MR, La charité C. Negligência infantil: a modalidade mais recorrente de maus-tratos. *Pensando fam.* 2013; 17(2):61-70.

29. Katner DR, Brown CE. Mandatory reporting of oral injuries indicating possible child abuse. *J Am Dent Assoc.* 2012; 143(10): 1087-92.

30. Presidência da República. (Brasil). Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de

1996. D.O.U., Brasília, DF, 27 jun 2014. Seção I, p. 2.

31. Lima JS, Deslandes SF. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos brasileiros. *Interface Comum Saúde Educ.* 2011; 15(38):819-32.

32. Rangel AG, Preciado RM, Vivar AIO, Rodríguez SR, Guillén AP. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *J Clin Exp Dent.* 2015; 7(3):428-34.

33. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. *Rev Latinoam Enferm.* 2012; 20(2): 266-73.

34. Fajman N, Wright R. Use of antiretroviral HIV post-exposure prophylaxis in sexually abused children and adolescents treated in an inner-city pediatric emergency department. *Child Abuse Negl.* 2006; 30(8): 919-27.

35. Stoltenborgh M, Van Ijzendoorn MH, Euser E, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011; 16(2):79-101.

36. Halpern LR. Orofacial injuries as markers for intimate partner violence. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2010; 22(2):239-46.

37. Granville-Garcia AF, Vaz TMT, Martins VM, Massoni ACLT, Cavalcanti AL, Menezes

VA. Maus-tratos em crianças e adolescentes de Solânea, Paraíba, Brasil: ocorrência e conduta profissional. *Rev Bras Pesqui Saúde.* 2010; 12(4):26-33.

38. Wacheski A, Lopes MGK, 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; 20(39): 7-15.

39. Cavalcanti AL. Manifestações físicas do abuso infantil: aspectos de interesse odontológico. *Rev Paul Odontol.* 2003; 25(5): 16-9.

40. Francon ET, Silva RHA, Bregagnolo JC. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP). *RSBO.* 2011; 8(2):153-9.

41. Silva RA, Gonçalves LM, Rodrigues AC, Cruz MC. The dentist's role in identifying child abuse: an evaluation about experiences, attitudes, and knowledge. *Gen Dent.* 2014; 62(1):62-6.

CONTRIBUCIONES

Alidianne Fábila Cabral Cavalcanti contribuyó en el análisis de los datos, redacción y revisión final del artículo. **Karla Bezerra Guilherme da Silva** realizó la colecta de datos y participó de la redacción. **Alessandro Leite Cavalcanti** participó de la delimitación metodológica y revisión final.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Silva, KBG, Cavalcanti, AFC, Cavalcanti, AL. Maltrato infantil: conocimientos y conductas de los cirujanos dentistas de la Estrategia Salud de la Familia de Guarabira-PB, Brasil. *REFACS* [Internet]. 2017 [citado en: *agregar día, mes y año de acceso*]; 5(Supl. 1):108-117. Disponible en: *link de acceso*. DOI: <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v5i0.1977>

Cómo citar este artículo (ABNT)

SILVA, K. B. G.; CAVALCANTI, A. F. C.; CAVALCANTI, A. L. Maltrato infantil: conocimientos y conductas de los cirujanos dentistas de la Estrategia Salud de la Familia de Guarabira-PB, Brasil. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 5, p. 108-117, 2017. Supl. 1. Disponible en: *link de acceso*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI: <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v5i0.1977>

Cómo citar este artículo: (APA)

Silva K. B. G, Cavalcanti A. F. C & Cavalcanti A. L. (2017). Maltrato infantil: conocimientos y conductas de los cirujanos dentistas de la Estrategia Salud de la Familia de Guarabira-PB, Brasil. *REFACS*, 5(Supl. 1), 108-117. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso*. *Agregar link de acceso*. DOI: <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v5i0.1977>