

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

Reconhecimento de abuso infantil por profissionais de saúde oral na prática clínica

Trabalho submetido por

Tomás António Geraldes Cardoso

para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro 2025

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

Reconhecimento de abuso infantil por profissionais de saúde oral na prática clínica

Trabalho submetido por

Tomás António Geraldês Cardoso

para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por

Prof. Doutor Tiago João Ferro

e coorientado por

Prof^ª. Doutora Elisa Kern de Castro

setembro 2025

Para a Francisca, o António, a Júlia, e a Catarina,

Com o amor incondicional do primo Tomás

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Tiago João Ferro, pela sua disponibilidade constante e pelo apoio ao longo deste projeto essencial da minha formação.

À minha coorientadora, Professora Doutora Elisa Kern de Castro pela generosidade do seu tempo, pela sua sensibilidade e valioso conhecimento partilhado.

À Academia, por me dotar das ferramentas necessárias ao meu crescimento e por me oferecer um porto seguro a onde regressar.

Ao Professor Doutor Eduardo Guerreiro, pelos seus conselhos e pela permanente disponibilidade em esclarecer as minhas dúvidas.

Aos meus pais, pelo esforço e investimento contínuo e por me proporcionarem as condições indispensáveis para que eu pudesse alcançar esta meta. Todas as minhas conquistas serão sempre também vossas.

RESUMO

Introdução: Os profissionais de saúde oral ocupam uma posição privilegiada na deteção de situações de abuso e negligência infantil, dado o contacto regular com crianças e jovens e a facilidade em observar sinais orofaciais e comportamentais. Contudo, apesar desse papel estratégico, estes casos permanecem frequentemente subnotificados, limitando a proteção efetiva das vítimas e a atuação das entidades competentes.

Objetivos: Avaliar o grau de conhecimento dos profissionais de saúde oral em Portugal em relação à temática do abuso e negligência infantil.

Materiais e métodos: Através da aplicação de um questionário online realizou-se um estudo transversal, descritivo e correlacional, com recurso à metodologia de investigação mista. Entre fevereiro e maio de 2025, foram recolhidas 167 respostas de médicos dentistas, estomatologistas e higienistas orais provenientes de diferentes regiões do país. A análise centrou-se na caracterização do nível de conhecimento, perceções e práticas clínicas relacionadas com a deteção e denúncia de casos de abuso infantil.

Resultados: O estudo contou com a participação de 167 profissionais, e os resultados evidenciaram uma baixa taxa de deteção de sinais de abuso e negligência infantil, bem como uma taxa reduzida de denúncia após a suspeita entre os mesmos. A maioria dos participantes referiu ainda sentir necessidade de maior formação sobre o tema.

Conclusões: O estudo confirma a existência de lacunas referentes aos conhecimentos de abuso infantil dos profissionais de saúde oral em Portugal. Torna-se, assim, essencial investir no reforço da formação dos mesmos, bem como na implementação de protocolos padronizados, de modo a aumentar a confiança dos profissionais e a assegurar a proteção e o bem-estar das crianças e jovens.

Palavras-chave: Abuso e negligência infantil, Medicina Dentária, Denúncia, Protocolos.

ABSTRACT

Introduction: Oral health professionals hold a privileged role in the early detection of child abuse and neglect due to their regular contact with children and the frequent visibility of orofacial and behavioral signs. However, despite this strategic position, such cases remain largely underreported, which limits effective child protection and the intervention of competent authorities.

Objectives: Assess the knowledge of oral health professionals in Portugal regarding the topic of child abuse and neglect.

Materials and methods: Through the application of an online questionnaire, a cross-sectional, descriptive, and correlational study was conducted using a mixed-methods research approach. Between February and May 2025, 167 responses were collected from dentists, stomatologists, and dental hygienists across different regions of the country. The analysis focused on characterizing the level of knowledge, perceptions, and clinical practices related to the detection and reporting of child abuse cases.

Results: The study involved 167 professionals, and findings revealed a low detection rate of suspected child abuse and neglect, with an even lower reporting rate following suspicion. Most participants expressed a need for further training on the subject.

Conclusions: This study confirms the presence of significant gaps in knowledge among oral health professionals in Portugal regarding child abuse. It is therefore essential to reinforce education programs and to implement standardized protocols in order to strengthen professional confidence and ensure the protection and well-being of children.

Key-words: Child abuse and neglect, Dentistry, Reporting, Protocols.

ÍNDICE

I.	Introdução	15
1.	Impactos da Violência Infantil na saúde da criança.	15
2.	Fatores de risco associados à Violência Infantil	16
3.	Violência Infantil como fenómeno global.....	18
4.	Violência Infantil como fenómeno nacional.....	19
5.	A questão da subnotificação (ou “ <i>undereport</i> ”).....	20
6.	Papel do médico dentista na deteção e denuncia da Violência Infantil.....	21
7.	Barreiras à denúncia pelo médico dentista	22
8.	Manifestações clínicas da Violência Infantil.....	24
9.	Abordagem clínica perante a suspeita de Violência Infantil em Portugal	25
	9.1. Enquadramento Legal e Dever de Denúncia	25
	9.2. Procedimento clínico perante a suspeita	26
10.	O questionário de Ferraz (2024)	27
II.	Objetivos.....	29
III.	Materiais e métodos.....	31
1.	Considerações éticas.....	31
2.	Desenho do estudo	31
3.	Amostra	32
	3.1. Unidade de análise.....	32
	3.2. Recrutamento dos participantes	32
	3.3. Critérios de inclusão e exclusão.....	32
4.	Recolha de dados	33
5.	Questionário.....	34
	5.1. Questões sociodemográficas	35
	5.2. Questões referentes aos conhecimentos dos profissionais de saúde oral sobre o abuso e negligência infantil.....	35
	5.3. Questões referentes as atitudes e abordagens dos profissionais de saúde oral perante a suspeita de abuso e negligência infantil.	36
6.	Análise estatística	37
IV.	Resultados	39
1.	Dados sociodemográficos para caracterização da amostra	39
	1.1. Género	39
	1.2. Idade	40
	1.3. Ano de finalização de curso	40
	1.4. Anos de experiência profissional.....	41

1.5.	Profissão	42
1.6.	Especialidade médica dos médicos dentistas	42
1.7.	Média de pacientes atendidos por semana	43
1.7.1.	Pacientes	43
1.7.2.	Pacientes pediátricos	44
1.8.	Local de trabalho	44
1.9.	Área geográfica	45
2.	Dados referentes aos conhecimentos dos profissionais de saúde oral	48
2.1.	Formação pré-graduada	48
2.2.	Formação pós-graduada	49
2.3.	Autopercepção da necessidade de formação adicional	49
2.4.	Autopercepção da capacidade de reconhecer abuso e negligência infantil	50
2.5.	Suspeita e denúncia de casos de abuso e negligência infantil	51
2.6.	Frequência da suspeita de casos de abuso e negligência infantil	54
2.7.	Manifestações clínicas indicadoras de abuso e negligência infantil	55
2.8.	Manifestações comportamentais do paciente indicadoras de abuso e negligência infantil	55
2.9.	Manifestações comportamentais dos cuidadores indicadoras de abuso e negligência infantil	56
3.	Dados referentes as atitudes e abordagens dos profissionais de saúde oral	57
3.1.	Medidas a tomar perante casos suspeitos	57
3.2.	Existência de protocolo clínico no local de trabalho	58
3.3.	Barreiras à denúncia de casos suspeitos	59
3.4.	Instituição mais adequada para denunciar casos suspeitos	60
3.5.	Protocolo transversal de denúncia de casos suspeitos de abuso e negligência infantil	61
4.	Dados relacionais	62
V.	Discussão	69
1.	Dados referentes ao conhecimento dos profissionais de saúde	70
1.1.	Formação pré-graduada	70
1.2.	Formação pós-graduada	71
1.3.	Necessidade de formação adicional	72
1.4.	Suspeita e denúncia de abuso e negligência infantil	72
1.5.	Manifestações de abuso infantil	73
2.	Dados deontológicos	74
2.1.	Medidas a tomar perante a suspeita de abuso e negligência infantil	74
2.2.	Protocolos para suspeita de abuso e negligência infantil	75

2.3.	Barreiras à denúncia	75
2.4.	Instituição mais adequada à denúncia de casos	76
2.5.	Necessidade de um protocolo transversal.....	76
3.	Dados sociodemográficos.....	77
3.1.	Gênero	77
3.2.	Idade e experiência profissional.....	78
3.3.	Especialidade e média de pacientes pediátricos atendidos semanalmente	78
3.4.	Local de trabalho.....	79
3.5.	Área geográfica.....	80
4.	Considerações Finais.....	82
VI.	Conclusões	83
VII.	Referências bibliográficas	85
VIII.	Anexos	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Número de processos acompanhados pela CPCJ entre 2020 e 2024. Dados adaptados do Relatório Anual de Atividade das CPCJ 2024.	20
Figura 2 - fluxograma amostral do presente estudo	34
Figura 3 - Distribuição dos participantes de acordo com o seu género, expresso em percentagem.	39
Figura 4 - Distribuição dos participantes de acordo com a sua idade, expresso em percentagem.	40
Figura 5 - Distribuição dos participantes de acordo com o seu ano de conclusão de curso, expresso em percentagem.	41
Figura 6 - Distribuição dos participantes de acordo com os seus anos de experiência profissional, expresso em percentagem.....	41
Figura 7 - Distribuição dos participantes de acordo com a sua profissão, expresso em percentagem.	42
Figura 8 - Distribuição dos participantes médicos dentistas de acordo com a sua especialidade médica, expresso em percentagem.	43
Figura 9 - Distribuição dos participantes de acordo com a sua média de pacientes atendidos semanalmente, expresso em percentagem.....	43
Figura 10 - Distribuição dos participantes de acordo com a sua média de pacientes pediátricos atendidos semanalmente, expresso em percentagem.	44
Figura 11 - Distribuição dos participantes de acordo com o seu local de trabalho, expresso em percentagem.	45
Figura 12 - Distribuição dos participantes de acordo com os distritos onde exercem a sua profissão, expresso em percentagem.	46
Figura 13 - Mapa de calor de Portugal continental de acordo com a distribuição dos participantes por distrito	46
Figura 14 - Distribuição dos participantes de acordo com a divisão horizontal dos distritos onde exercem a sua profissão, expresso em percentagem.	47
Figura 15 - Distribuição dos participantes de acordo com a divisão vertical dos distritos onde exercem a sua profissão, expresso em percentagem.	48
Figura 16 - Distribuição dos participantes de acordo com a sua participação em unidades curriculares pré-graduadas que abordassem o abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.	48

Figura 17- Distribuição dos participantes de acordo com a sua participação em unidades curriculares pós-graduated que abordassem o abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.	49
Figura 18- Distribuição dos participantes de acordo com a autopercepção da sua necessidade de formação adicional referente a abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.	50
Figura 19- Distribuição dos participantes de acordo com a autopercepção da sua capacidade de reconhecer casos de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.	51
Figura 20- Distribuição dos participantes de acordo com suspeita e denúncia de casos de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.	51
Figura 21- Distribuição dos participantes de acordo com o agente ou instituição a quem denunciaram as suas suspeitas de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.	52
Figura 22- Distribuição dos participantes de acordo com os motivos que os levaram a suspeitar de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.	53
Figura 23- Distribuição dos participantes de acordo com os motivos que os levaram a não denunciar um caso suspeito de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.	54
Figura 24- Distribuição dos participantes de acordo com frequência com que se depararam com casos suspeitos de abuso e negligência infantil durante o seu percurso profissional, expresso em percentagem.	54
Figura 25- Distribuição dos participantes de acordo com manifestações clínicas que os mesmos consideram indicadoras de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.	55
Figura 26- Distribuição dos participantes de acordo com os comportamentos da criança que os mesmos consideram suspeitos em contexto de consulta, expresso em percentagem.	56
Figura 27- Distribuição dos participantes de acordo com os comportamentos dos tutores/pais que os mesmos consideram suspeitos em contexto de consulta, expresso em percentagem.	57
Figura 28- Distribuição dos participantes de acordo com as ações que os mesmos tomaram ou tomariam face a suspeita de um caso de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.	58
Figura 29- Distribuição dos participantes de acordo com a existência de um protocolo clínico referente as ações a tomar em caso de suspeita de abuso e negligência infantil no seu local de trabalho, expresso em percentagem.	58
Figura 30- Distribuição dos participantes que referem a incerteza no diagnóstico como barreira à denúncia, expresso em percentagem.	59
Figura 31- Distribuição dos participantes que referem o desconhecimento quanto ao procedimento adequado como barreira à denúncia, expresso em percentagem.	60

Figura 32- Distribuição dos participantes de acordo com a instituição que os mesmos consideram mais adequada para denunciar casos suspeitos de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.	61
Figura 33- Distribuição dos participantes de acordo com a sua percepção da necessidade de criação de um protocolo transversal de denúncia de casos suspeitos de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.	62
Figura 34- Autopercepção da capacidade de reconhecer casos de abuso e negligência infantil em função da percentagem de pacientes pediátricos atendidos semanalmente pelos profissionais. .	64
Figura 35- Autopercepção da capacidade de reconhecer abuso e negligência infantil em função da formação pré-graduada dos profissionais de saúde oral.	66
Figura 36 - Representação gráfica da autopercepção da capacidade de reconhecer abuso e negligência infantil em função da formação pré-graduada dos profissionais de saúde oral.	66
Figura 37 - Autopercepção da capacidade de reconhecer abuso e negligência infantil em função da formação pós-graduada dos profissionais de saúde oral.....	66
Figura 38- Representação gráfica da autopercepção da capacidade de reconhecer abuso e negligência infantil em função da formação pós-graduada dos profissionais de saúde oral.	67

LISTA DE SIGLAS

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CNPDPJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e proteção das Crianças e Jovens

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção Geral de Saúde

GNR – Guarda Nacional Republicana

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSP – Polícia de Segurança Pública

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

URL – *Uniform Resource Locator*

I. Introdução

De acordo com a definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1999, o abuso infantil engloba “todas as formas de maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou de outro tipo, que resultem em dano real ou potencial para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder” (OMS, 1999). Esta definição é particularmente relevante porque sublinha a complexidade e abrangência do fenómeno, salientando que qualquer comportamento que comprometa o bem-estar da criança, independentemente do seu tipo e mesmo que de forma potencial, se classifica como um quadro de abuso ou negligência infantil (Kaur et al., 2016).

O termo “Abuso e Negligência Infantil” (do inglês *Child Abuse and Neglect*) refere-se, assim, a um conjunto de comportamentos que comprometem um desenvolvimento infantil saudável. Engloba diversas formas de violência, incluindo: o abuso físico, o abuso emocional, o abuso sexual, a negligência e ainda a exploração comercial ou laboral. Estas diferentes manifestações podem ocorrer isoladamente ou em simultâneo, e têm frequentemente consequências graves e duradouras na vida da criança (Brattabø et al., 2016).

1. Impactos da Violência Infantil na saúde da criança.

As consequências do abuso e negligência infantil são profundas e multidimensionais, afetando o desenvolvimento físico, emocional e social da criança, podendo em casos mais extremos, resultar na sua morte. Num plano mais imediato, para além de lesões físicas, a violência infantil pode resultar em atrasos de crescimento, distúrbios de sono, alimentação, e em alterações comportamentais (Almutairi et al., 2023). É a nível psicológico e emocional, no entanto, que se verifica frequentemente o impacto mais grave: ansiedade, depressão, baixa autoestima e problemas de confiança estão entre as consequências mais comuns que afetam de forma duradoura o percurso académico e social da criança (Kongerslev et al., 2019). Num plano a longo prazo o abuso de substâncias psicoativas, o aumento da probabilidade de tentativas de suicídio, a maior possibilidade de incidência de distúrbios alimentares e a maior exposição a

comportamentos sexuais de risco, com consequente risco de contração de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), encontram-se entre as complicações mais frequentemente relatadas nestas vítimas. Assim, a violência infantil compromete a vida da criança não apenas no presente, mas também no futuro (Almutairi et al., 2023; Tsang & Sweet, 1999).

A alteração ou atraso do desenvolvimento cognitivo normal das vítimas de violência infantil representa também uma preocupação de saúde pública, já que estas crianças apresentam maior propensão, em idade adulta, para comportamentos agressivos, dificuldades na criação de vínculos afetivos e problemas de integração social (Kongerslev et al., 2019). Na ausência de intervenções terapêuticas adequadas, revelam uma tendência acrescida para reproduzir o ciclo de violência onde cresceram, acabando muitas vezes por se tornarem agressores (Brattabø et al., 2016; OMS, 2024).

Os médicos dentistas ocupam uma posição privilegiada na identificação de situações de abuso infantil, uma vez que muitos dos sinais de violência se manifestam na região orofacial — área à qual estes profissionais têm acesso direto e para a qual detêm formação clínica especializada. Esta proximidade anatómica, aliada à frequência dos contactos com os pacientes, confere-lhes um papel potencialmente determinante na deteção precoce de maus-tratos (Cairns et al., 2005).

É, por isso, imperativo reforçar o papel dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos dentistas, na atuação precoce e denúncia no contexto do abuso infantil. A sua intervenção ativa e informada pode contribuir significativamente para interromper ciclos de violência intergeracionais, garantir a proteção e o bem-estar das vítimas e construir uma sociedade mais segura e justa para todas as crianças (Kaur et al., 2016).

2. Fatores de risco associados à Violência Infantil

A violência infantil resulta de uma complexa interação entre características da criança, dos cuidadores e do ambiente envolvente. Embora possa afetar crianças de todas as idades, etnias e contextos socioeconómicos, determinados fatores aumentam significativamente a vulnerabilidade da criança. Os dados disponíveis mostram que

múltiplos elementos de risco tendem a coexistir, reforçando-se mutuamente e agravando a probabilidade de ocorrência de maus-tratos (Al-Dabaan et al., 2014).

Do ponto de vista socioeconómico, a pobreza e o desemprego dos cuidadores surgem como determinantes relevantes. Crianças provenientes de famílias com baixo rendimento ou pais desempregados apresentam maior propensão para sofrer abusos físicos e negligência. Apesar disso, é importante salientar que os maus-tratos não são exclusivos das classes sociais desfavorecidas — também ocorrem em contextos de rendimento médio e elevado, o que exige vigilância em todos os estratos sociais. Do ponto de vista da bibliografia atual (Luo et al., 2025) é, no entanto, possível afirmar que famílias com maiores níveis de rendimento, melhor educação parental, emprego estável e pais em idade mais avançada tendem a apresentar menor risco de incorrer em práticas abusivas. Por outro lado, agregados familiares mais numerosos, com histórico de maus-tratos, perturbações de saúde mental ou consumo de substâncias psicoativas, revelam maior probabilidade de maltratar as suas crianças. Além disso, pais com baixa autoestima, dificuldades comunicativas ou em situações de violência doméstica têm maior probabilidade de recorrer à violência na relação com as suas crianças (Van Dam et al., 2015). A juventude parental, a baixa escolaridade, as expectativas irrealistas em relação à criança e a ausência de competências parentais adequadas são também condições frequentemente associadas ao risco de maus-tratos (Kaur et al., 2016; Luo et al., 2025). É ainda importante mencionar que pais que foram vítimas de abuso infantil apresentam um risco superior de repetir este padrão com os seus descendentes. A ausência de redes de apoio social e a violência entre parceiros ou cônjuges constituem também fatores agravantes (Al-Dabaan et al., 2014; Brattabø et al., 2016; Kaur et al., 2016; Schilling & Christian, 2014).

As características da própria criança podem, em determinados contextos, aumentar a sua vulnerabilidade à violência (Schilling & Christian, 2014). Crianças com necessidades especiais, doenças crónicas, prematuridade, deficiências físicas ou de desenvolvimento cognitivo exigem cuidados mais complexos e prolongados, o que pode gerar frustração nos cuidadores. Comportamentos considerados desafiantes, como agressividade, resistência à autoridade ou atitudes antissociais, são também mais comuns em vítimas de maus-tratos, podendo simultaneamente resultar do trauma e contribuir para a sua perpetuação. Crianças com dificuldades na regulação emocional, distração acentuada ou expressão afetiva negativa são mais suscetíveis de desencadear reações abusivas em

cuidadores pouco capacitados ou sobrecarregados (Kaur et al., 2016; Luo et al., 2025; Schilling & Christian, 2014). Importa ainda referir que, apesar dos dados não serem conclusivos, alguns estudos sugerem que os rapazes estão mais expostos a situações de abuso físico (Luo et al., 2025), enquanto outros estudos apontam para uma maior incidência de violência sexual em raparigas (OMS, 2024).

Em resumo, a compreensão dos fatores de risco associados à violência infantil exige uma abordagem multifatorial, que considere as vulnerabilidades da criança, as limitações dos cuidadores e o contexto familiar. Mesmo quando nenhum fator isolado seria, por si só, suficiente para originar maus-tratos, a conjugação de múltiplos elementos pode precipitar uma situação abusiva. Esta complexidade reforça a importância da prevenção multidisciplinar e da vigilância ativa por parte das entidades competentes (Luo et al., 2025; Schilling & Christian, 2014).

3. Violência Infantil como fenómeno global

A violência infantil é amplamente reconhecida como um fenómeno global e transversal a diferentes culturas, classes sociais e sistemas políticos. Uma revisão de meta-análises (Stoltenborgh et al., 2014) concluiu que o abuso infantil é um fenómeno global, afetando milhões de crianças independentemente do contexto geográfico. As taxas de prevalência variam de forma significativa consoante o método de recolha de dados, oscilando entre os 0,3% em estudos baseados em registos profissionais e os 36,6% em estudos baseados em relatos pessoais (Almutairi et al., 2023; Stoltenborgh et al., 2014).

Corroborando esta visão, a Organização Mundial da Saúde estima que três em cada cinco crianças sejam vítimas de alguma forma de violência ou negligência, e que uma em cada cinco mulheres e um em cada sete homens tenham sofrido abuso sexual durante a infância.

Dada a magnitude do problema, têm sido realizados esforços em vários pontos do globo para minimizar a sua incidência. Algumas das intervenções incluem a sensibilização de profissionais de saúde para o seu papel na deteção e denúncia destes casos. O médico dentista, pela natureza do seu contacto direto com a cavidade oral e com os cuidadores, tem sido reconhecido como um agente privilegiado na identificação

precoce de sinais de abuso. Por essa razão, estudos que exploram esta relação entre o médico dentista e a denúncia de casos de abuso e negligência infantil têm sido conduzidos em inúmeros países como a Escócia (Cairns et al., 2005a; Cairns et al., 2005b; Harris et al., 2013), Índia (Gupta et al., 2023; Kaur et al., 2016; Nagarajan, 2018), Arábia Saudita (Al-Dabaan et al., 2014; Almutairi et al., 2023), Brasil (Cavalcanti, 2010; Losso et al., 2012; Marengo et al., 2013; Sousa Azevedo et al., 2012), Noruega (Bjørknes et al., 2018; Brattabø et al., 2016), Austrália (John et al., 1999; Sarkar et al., 2019), Canadá (Tsang & Sweet, 1999), África do Sul (Naidoo, 2000), Grécia (Laud et al., 2012), entre vários outros (Bsoul et al., 2003; Harris et al., 2009; Jakobsen et al., 2019; Lazenbatt & Freeman, 2006; Manea et al., 2007; Owais et al., 2009; Russell et al., 2004; Sharratt & colleagues, 2022; Sonbol et al., 2011; Uldum et al., 2017; Uldum et al., 2010). Esta diversidade geográfica demonstra o reconhecimento crescente da importância da classe médico-dentária na proteção das populações pediátricas.

4. Violência Infantil como fenómeno nacional

Também em Portugal se tem vindo a reconhecer e a violência infantil como um fenómeno social relevante e persistente. De acordo com dados da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJCJ), a realidade portuguesa acompanha a tendência internacional, evidenciando um número crescente de processos a serem acompanhados pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

Os relatórios anuais das CPCJ indicam um aumento progressivo do número de processos instaurados nos últimos anos, o que poderá refletir tanto um agravamento real da problemática como uma maior capacidade de identificação e sinalização por parte de profissionais competentes. Em 2020, foram registados 69 622 processos, número que subiu para 73 241 em 2021, 78 173 em 2022 e 84 196 em 2023. Em 2024, o total de processos acompanhados atingiu os 89 008, correspondendo a um acréscimo de mais de 19 mil processos em apenas quatro anos (Figura 1) (CPCJ, 2024). Esta evolução acentua a necessidade de reforçar os mecanismos de prevenção, identificação e intervenção junto das populações mais vulneráveis.

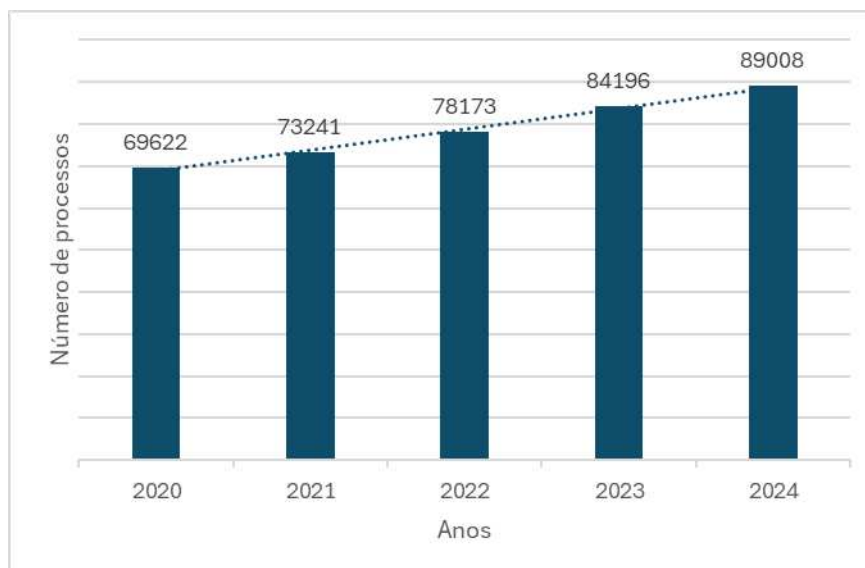


Figura 1 - Número de processos acompanhados pela CPCJ entre 2020 e 2024. Dados adaptados do Relatório Anual de Atividade das CPCJ 2024.

5. A questão da subnotificação (ou “*undereport*”)

O fenómeno da subnotificação (*underreporting*) tem sido amplamente documentado na literatura internacional, revelando-se transversal a múltiplos contextos geográficos, sociais e profissionais (Harris et al., 2013; Kaur et al., 2016; Marengo et al., 2013). A análise comparativa entre os níveis estimados de prevalência e os números de casos oficialmente reportados mostra um desfasamento expressivo (Almutairi et al., 2023; Stoltenborgh et al., 2014), que denuncia a atual incapacidade das estruturas competentes em garantir uma resposta eficaz à proteção de crianças em risco (Almutairi et al., 2023; Gupta et al., 2023; Harris et al., 2013). Diversos estudos apontam que, mesmo quando confrontados com sinais clínicos compatíveis com maus-tratos, muitos profissionais de saúde, falham frequentemente em comunicar as suas suspeitas às entidades competentes (Bsoul et al., 2003; Cairns et al., 2005b; Russell et al., 2004).

Em países como a Noruega, a título de exemplo, apesar do contacto direto com a população pediátrica, apenas 7% das 58 254 sinalizações de suspeita de maus-tratos recebidas por serviços de proteção de crianças e jovens em 2016 tiveram origem em serviços de saúde, incluindo cuidados prestados por médicos dentistas (Brattabø et al., 2016). Esta discrepância tem sido também identificada noutros contextos europeus e

mundiais, reforçando a ideia de que a subnotificação representa uma falha sistêmica e global de todas as práticas clínicas (Gupta et al., 2023; Uldum et al., 2017).

A maioria dos estudos aponta que esta subnotificação se deve à incapacidade em reconhecer, documentar e comunicar formalmente este tipo de casos (Bsoul et al., 2003; Cairns et al., 2005b; John et al., 1999; Lazenbatt & Freeman, 2006; Russell et al., 2004). Assim, a persistência do *underreport* levanta questões fundamentais sobre o grau de mobilização da classe médica em torno da proteção infantil. A diferença entre a frequência com que os profissionais de saúde têm acesso a sinais suspeitos e a frequência com que esses sinais são denunciados demonstram um vazio crítico no sistema de resposta à violência infantil. Desta forma, devem ser implementadas medidas ou mecanismos que permitam colmatar esta situação, de forma a garantir a proteção devida a crianças e jovens em eventuais situações de perigo (Azevedo et al., 2012; Manea et al., 2007; Owais et al., 2009; Uldum et al., 2010).

6. Papel do médico dentista na detecção e denuncia da Violência Infantil

Os médicos dentistas ocupam uma posição particularmente estratégica na identificação de casos de violência infantil. Isto deve-se, em grande parte, ao facto de a maioria dos sinais clínicos de maus-tratos se manifestar na região orofacial — uma área à qual estes profissionais têm acesso direto e formação especializada para observar e avaliar (Cairns et al., 2005b). A sua prática clínica implica uma interação próxima e regular com crianças e adolescentes, o que lhes permite não só observar sinais físicos evidentes, como também interpretar indicadores emocionais e comportamentais associados ao abuso (Almutairi et al., 2023; Kaur et al., 2016).

A literatura científica aponta de forma consistente para a elevada prevalência de lesões craniofaciais nos casos de maus-tratos a menores. Estima-se que entre 50% a 77% das situações de abuso infantil envolvam lesões na cabeça, face, pescoço ou cavidade oral (Gupta et al., 2023; Kaur et al., 2016; Marengo et al., 2013). Esta distribuição anatómica torna os profissionais de medicina dentária elementos-chave na detecção de indicadores clínicos de agressão. Estudos demonstram que os lábios são a zona mais frequentemente afetada, seguida pela mucosa oral, dentes, gengivas e língua (Cairns et al., 2005a;

Cavalcanti, 2010; Marengo et al., 2013; Naidoo, 2000). Estes dados reforçam a responsabilidade do médico dentista na observação, documentação e eventual denúncia de sinais suspeitos de violência.

Para além da violência, os dentistas estão também em posição privilegiada para identificar situações de negligência, incluindo a negligência oral — quer como manifestação isolada, quer como parte de um quadro mais abrangente de negligência infantil (Harris et al., 2013). Crianças vítimas de maus-tratos tendem a apresentar uma incidência superior de cáries e outras patologias orais não tratadas, sinalizando possíveis falhas por parte dos seus cuidadores (Harris et al., 2013). O contacto continuado dos profissionais de saúde oral com os seus pacientes infantis pode, portanto, revelar padrões de ausência de cuidados, adiamentos de tratamento ou desinteresse dos ditos cuidadores, todos eles indicadores relevantes de risco e de negligência.

Apesar desta posição privilegiada de acesso à região mais frequentemente afetada em casos de violência infantil há, no entanto, uma quantidade surpreendentemente elevada de estudos que relatam uma relutância dos médicos dentistas em denunciar situações suspeitas (Bjørknes et al., 2018; Cairns et al., 2005b; Harris et al., 2013; Kaur et al., 2016). Esta discrepância, entre a capacidade de atuação e a intervenção efetiva, levanta questões quanto à formação, confiança e preparação destes profissionais. Reconhecer e compreender esta distância torna-se, por tanto, um passo essencial na construção de estratégias de prevenção mais eficazes e na promoção de uma resposta clínica mais ativa e comprometida com a defesa dos direitos das crianças e jovens (Bjørknes et al., 2018; Cairns et al., 2005b).

7. Barreiras à denúncia pelo médico dentista

Segundo a literatura atualmente disponível, as principais barreiras que impedem os médicos dentistas de reportar casos suspeitos de violência infantil agrupam-se, maioritariamente, em duas categorias: a falta de formação e conhecimento, e o medo de consequências adversas ou represálias (Bjørknes et al., 2018; Cairns et al., 2005b; Kaur et al., 2016; Uldum et al., 2017).

Vários estudos demonstram que uma proporção significativa destes profissionais desconhece os procedimentos formais de denúncia e não sabe a quem devem reportar as suas suspeitas (Almutairi et al., 2023; Bjørknes et al., 2018; Kaur et al., 2016). Nos mesmos estudos, mais de metade dos inquiridos afirmaram não ter recebido formação adequada sobre o seu papel no reconhecimento e notificação destes casos durante o seu percurso académico e profissional. Esta ausência de formação reflete-se numa elevada insegurança quanto à interpretação dos sinais clínicos, sendo a incerteza do diagnóstico uma das razões mais frequentemente apontadas para a não denúncia, ultrapassando os 90% nalguns estudos (Bjørknes et al., 2018; Uldum et al., 2017). Além disso, muitos dentistas não confiam plenamente nas instituições responsáveis pela proteção da criança, devido à falta de articulação interinstitucional e ao desconhecimento das estruturas existentes, agravado pelo reduzido acesso a protocolos claros ou orientações oficiais (Cairns et al., 2005b; Harris et al., 2013).

A segunda categoria diz respeito ao medo das possíveis repercussões da denúncia. Entre os receios mais comuns estão a retaliação por parte das famílias, o impacto negativo na vida da criança e do seu agregado familiar, potenciais conflitos legais, e eventuais consequências económicas para a clínica (Bjørknes et al., 2018; Cairns et al., 2005b; Harris et al., 2013; Uldum et al., 2017). Este clima de hesitação, ainda que compreensível, compromete a capacidade de resposta dos profissionais de saúde e contribui para a perpetuação de ciclos de violência infantil.

Paralelamente, os dados revelam uma falta preocupante de disseminação das orientações oficiais sobre proteção infantil. Em alguns estudos, apenas 10 a 15% dos médicos dentistas referiram ter tido acesso às diretrizes locais de proteção de menores (Cairns et al., 2005b; Harris et al., 2013). Esta ausência de contacto com normas claras e recursos institucionais agrava ainda mais a sensação de incerteza no momento da denúncia.

Importa ainda destacar que a formação contínua e a educação adequada têm um impacto direto e positivo na confiança, na capacidade de avaliação e na frequência de denúncia. Médicos dentistas que receberam formação específica, quer durante o percurso académico quer através de programas pós-graduados, sentem-se significativamente mais aptos a reconhecer e sinalizar situações de risco (Almutairi et al., 2023; Gupta et al., 2023;

Harris et al., 2013). A relação entre conhecimento, segurança e ação é clara, apontando para a formação como ferramenta central de mudança.

Em suma, a relutância em denunciar não decorre da falta de contacto com crianças em risco, mas antes da combinação entre desconhecimento, insegurança e medo. Ultrapassar barreiras como a incerteza de diagnóstico, o receio de consequências legais e a percepção de que a denúncia poderá não resultar em proteção eficaz da criança parece, à luz da evidência disponível, representar uma via promissora para aumentar a capacidade de resposta destes profissionais. O investimento continuado na formação, o reforço da confiança nas redes de proteção e a disponibilização de protocolos claros de atuação poderão, em conjunto, contribuir significativamente para transformar a posição estratégica dos médicos dentistas numa oportunidade real de intervenção precoce (Bjørknes et al., 2018; Cairns et al., 2005b; Harris et al., 2013).

8. Manifestações clínicas da Violência Infantil

A violência infantil pode dividir-se em quatro categorias básicas: a negligência, a violência física, o abuso sexual e a violência psicológica. Estas categorias, embora frequentemente utilizadas para fins classificativos, tendem a sobrepor-se na prática clínica, já que todas as formas de maus-tratos apresentam, de algum modo, potencial para repercussões psicológicas (Marengo et al., 2013). A prevalência de cada tipo de violência varia consideravelmente entre estudos. Num levantamento realizado na Arábia Saudita, por exemplo, a violência psicológica foi reportada como a mais frequente (74,9%), seguida da violência física (57,5%), da negligência (50,2%) e do abuso sexual (14%) (Almutairi et al., 2023). Já em dados divulgados pela Rede de Proteção de Crianças e Adolescentes em Risco de Violência, no Brasil, a negligência apresentou-se como a forma de violência mais comum (66%), seguida dos maus-tratos físicos (15%), abuso sexual (10%) e violência psicológica (6,9%) (Marengo et al., 2013). Estas variações apontam para a complexidade da deteção e do registo destes casos, e para a necessidade de considerar diferentes contextos sociais e culturais na leitura dos dados.

Em termos clínicos, as manifestações físicas dos maus-tratos podem variar entre lesões ligeiras (como hematomas ou escoriações) e situações de maior gravidade, como

fraturas, queimaduras extensas ou traumatismos cranioencefálicos (Kaur et al., 2016). Uma história clínica fornecida pelos pais ou cuidadores que seja inconsistente com o tipo ou gravidade das lesões identificáveis deve levantar suspeitas de agressão. As áreas mais frequentemente afetadas são aquelas de fácil acesso para o agressor, nomeadamente as proeminências ósseas, a face, o pescoço e a região orofacial. Num dos estudos analisados, os hematomas nas bochechas e pescoço (81%), na testa (68%) e em zonas sobre proeminências ósseas (79,2%) foram os sinais mais notificados (Kaur et al., 2016). Marcas de mordida constituem também um indicador importante, frequentemente associado a contextos de abuso sexual ou agressão física. A literatura sugere que 43% destas marcas ocorrem na cabeça e pescoço e que cerca de 65% são visíveis mesmo quando a criança está vestida, tornando a sua deteção particularmente relevante durante o exame clínico (Gupta et al., 2023).

Para além das manifestações físicas, é frequente que a criança maltratada revele alterações comportamentais que se podem tornar evidentes no ambiente clínico. Entre os comportamentos mais frequentemente descritos encontram-se a apatia, a timidez excessiva, a recusa em colaborar durante o atendimento ou, inversamente, uma postura excessivamente submissa ou vigilante. Estes sinais não são diagnósticos por si só, mas devem ser considerados num quadro clínico mais amplo. É importante, por isso, que os médicos dentistas façam uma avaliação objetiva e rigorosa tanto dos sinais físicos como das alterações de comportamento, uma vez que as manifestações clínicas de abuso e negligência infantil são diversas e podem apresentar-se de forma isolada ou em conjunto (Bsoul et al., 2003; Cavalcanti et al., 2009; Kaur et al., 2016; Losso et al., 2012).

9. Abordagem clínica perante a suspeita de Violência Infantil em Portugal

9.1. Enquadramento Legal e Dever de Denúncia

No contexto português a função de vigilância do médico dentista não é apenas ética, mas também uma obrigação legal. O artigo 242.º do Código de Processo Penal impõe a qualquer profissional de saúde o dever de comunicar às autoridades competentes a suspeita de crimes contra menores, incluindo maus-tratos, negligência ou abuso sexual (Diário da República, 1999). A Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, que estabelece a Lei de

Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, reforça esta obrigação, determinando que a omissão da denúncia pode implicar responsabilidade criminal, civil e deontológica (Diário da República, 1987).

Para além da denúncia formal, o papel do médico dentista integra-se numa rede mais ampla de proteção, que envolve outros profissionais de saúde, psicólogos, assistentes sociais, forças policiais e a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). A cooperação entre estas entidades é essencial para assegurar uma resposta célere e eficaz, capaz de proteger a criança e prevenir a reincidência destes incidentes (DGS, 2020; OMS, 2014).

9.2. Procedimento clínico perante a suspeita

Perante uma suspeita de violência infantil, o primeiro passo deve ser a avaliação clínica minuciosa do paciente. Lesões orofaciais, fraturas dentárias, hematomas ou lacerações devem ser cuidadosamente avaliados, pois poderão constituir indicadores relevantes de abuso (OMS, 2016; Simeão et al., 2023). O exame físico deve incidir sobre as lesões visíveis e potenciais, com especial atenção para a região orofacial, registando características como localização, extensão e padrão. Paralelamente, é importante recolher um histórico médico e social detalhado, obtendo sempre que possível a versão da criança separadamente da dos cuidadores, de modo a identificar eventuais discrepâncias nos relatos (DGS, 2020; Simeão et al., 2023).

A documentação do caso constitui uma etapa fundamental no processo de denúncia. Fotografias de alta qualidade, devidamente datadas e acompanhadas de descrições objetivas, devem ser incluídas no processo clínico, juntamente com os exames radiográficos pertinentes. O registo escrito deve manter um tom factual, evitando juízos de valor, e incluir citações diretas que reforcem a precisão do relato (Soares & Pereira, 2023).

Se persistirem dúvidas relativamente à natureza das lesões ou à conduta mais adequada, é aconselhável recorrer à opinião de outro médico dentista, de um odontopediatra ou de um especialista em medicina dentária forense. Esta colaboração reforça a fundamentação da decisão clínica e sustenta, quando necessário, a eventual

notificação às autoridades (Soares & Pereira, 2023). Se a suspeita persistir, o profissional deve avançar então para a notificação obrigatória. Esta pode ser dirigida à CPCJ da área de residência da criança ou, em situações de perigo iminente, à PSP, GNR ou ao Ministério Público (Lei n.º 147/99) (Diário da República, 1999). Uma vez realizada a denúncia, o médico dentista deve manter-se disponível para prestar esclarecimentos adicionais e colaborar com as investigações subsequentes (Diário da República, 1987; Diário da República, 1999).

Por fim, a responsabilidade do médico dentista deve ir para além da denúncia. A intervenção preventiva e educativa é igualmente crucial, seja ao sensibilizar os cuidadores para os impactos dos maus-tratos, seja ao participar em programas de formação contínua que reforcem a capacidade de identificar, prevenir e responder à violência infantil. Estas práticas fortalecem a capacidade de deteção precoce e consolidam a função protetora que o médico dentista deve desempenhar dentro da comunidade onde está inserido (DGS, 2020; Soares & Pereira, 2023).

10. O questionário de Ferraz (2024)

Também em Portugal se tem vindo a estudar o papel do médico dentista na deteção e sinalização de incidentes de violência infantil. Um exemplo relevante desta abordagem é o trabalho desenvolvido por Ferraz em 2024 (Ferraz, 2024) no âmbito da sua dissertação de mestrado, que se baseou na construção de um questionário destinado a avaliar a perceção e o conhecimento dos médicos dentistas portugueses sobre esta problemática, bem como a abordagem adotada por estes profissionais perante a suspeita de abuso e negligência infantil. Este questionário é composto por 18 itens e contempla os seguintes tópicos:

- (i) Formação do médico dentista referente ao tópico do abuso infantil (4 questões).
- (ii) Deteção de casos suspeitos por parte do médico dentista (8 questões).
- (iii) Comportamento do médico dentista perante suspeita de abuso infantil (6 questões).

O presente trabalho baseia-se nesse instrumento, procurando reaplicá-lo a uma população mais abrangente. É objetivo deste trabalho contribuir para o reforço da literacia e da capacidade de atuação dos profissionais da medicina dentária em Portugal nesta área crítica da saúde pública e da proteção dos direitos das crianças e jovens.

II. Objetivos

Os principais objetivos do presente estudo são:

- (i) Avaliar o grau de conhecimento dos profissionais de saúde oral em Portugal em relação à temática do abuso e negligência infantil.
- (ii) Aplicar o questionário desenvolvido por Ferraz (2024) a uma população mais abrangente de médicos dentistas, estomatologistas e higienistas orais com o intuito de comparar e validar os resultados obtidos por Ferraz (2024), proporcionando assim uma compreensão mais aprofundada e aplicada ao contexto nacional.

III. Materiais e métodos

1. Considerações éticas

O projeto de investigação “Reconhecimento de abuso infantil por profissionais de saúde oral na prática clínica” foi previamente submetido à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz School of Health and Science, tendo recebido um parecer favorável para a sua realização (Anexo 1).

A participação dos profissionais no estudo foi voluntária e formalizada através de um consentimento informado eletrónico, disponibilizado antes do preenchimento do questionário. Neste documento, os participantes foram devidamente esclarecidos acerca da natureza do estudo, dos seus objetivos científicos e dos potenciais benefícios decorrentes da sua colaboração (Anexo 2).

Foi garantido que todas as respostas recolhidas seriam tratadas de forma estritamente confidencial, preservando-se o anonimato dos participantes e assegurando que os dados seriam utilizados unicamente para fins de investigação e análise estatística. Para reforçar a proteção da informação, as respostas foram armazenadas numa base de dados segura, acessível apenas à equipa de investigação responsável pelo presente projeto.

2. Desenho do estudo

O presente trabalho foi desenvolvido segundo um desenho de estudo transversal, dado que a recolha de dados decorreu num único momento temporal, permitindo obter uma caracterização instantânea da população em análise. Trata-se, igualmente, de um estudo descritivo e correlacional, uma vez que, para além de se proceder à descrição das variáveis em análise, se procurou explorar possíveis associações entre estas. A metodologia de investigação adotada foi de carácter misto, conjugando componentes quantitativas e qualitativas, de forma a garantir uma compreensão mais ampla e aprofundada do fenómeno em estudo.

3. Amostra

3.1. Unidade de análise

Em investigação científica, a unidade de análise corresponde ao elemento fundamental sobre o qual incide a recolha e interpretação de dados. Nos estudos em saúde, o indivíduo constitui a unidade mais frequentemente analisada.

Desta forma, a unidade de análise do presente estudo foi definida como o profissional de saúde oral em exercício clínico nacional, incluindo médicos dentistas, médicos estomatologistas e higienistas orais.

3.2. Recrutamento dos participantes

O recrutamento dos participantes foi realizado por conveniência, através da aplicação de um questionário online divulgado por meio de redes sociais e de contacto. Este método de recrutamento permitiu um acesso mais rápido e eficaz à população-alvo, possibilitando a inclusão de profissionais com diferentes perfis clínicos, níveis de experiência e localizações geográficas. Procurou-se, deste modo, assegurar a diversidade da amostra e captar a heterogeneidade existente entre os profissionais de saúde oral em Portugal.

Foram convidados a participar médicos dentistas, médicos estomatologistas e higienistas orais, que aceitaram de forma informada e voluntária responder ao questionário adaptado de Ferraz (2024). Antes da inclusão definitiva no estudo, foi efetuada uma triagem para confirmar o cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

A recolha de dados decorreu entre 18 de fevereiro de 2025 e 21 de maio de 2025, resultando numa amostra final de 167 participantes, com idades compreendidas entre os 21 e os 70 anos.

3.3. Critérios de inclusão e exclusão

Para definir a amostra estudada, foi necessário estabelecer previamente critérios de inclusão e de exclusão. A aplicação destes critérios constitui uma prática metodológica

fundamental em protocolos de investigação, uma vez que permite delimitar com rigor a população estudada e assegurar a adequação dos participantes aos objetivos do estudo. A descrição explícita destes parâmetros garante que as conclusões obtidas são pertinentes e representativas do objeto em análise.

Assim, foram definidos como critérios de inclusão os seguintes:

- (i) Ser médico dentista, médico estomatologista ou higienista oral com inscrição ativa na respetiva ordem ou associação profissional;
- (ii) Exercer atividade clínica em Portugal;
- (iv) Compreender e comunicar em língua portuguesa;
- (v) Possuir acesso a um dispositivo eletrónico (telemóvel, tablet ou computador);
- (vi) Aceitar participar no estudo mediante consentimento informado.

Paralelamente, foram definidos critérios de exclusão. Assim, todos os participantes que não cumpriram os requisitos foram automaticamente excluídos do estudo. Os critérios de exclusão estabelecidos foram:

- (i) Não possuir inscrição ativa na ordem ou associação profissional correspondente;
- (ii) Não ter aceitado o consentimento informado;
- (iii) Não ter aceitado participar no estudo.

4. Recolha de dados

A recolha de dados foi realizada em formato digital, através da aplicação de um questionário online (Anexo 3). A opção por este formato justificou-se pela sua eficiência na economização de tempo e de recursos, pela sua praticidade logística, bem como pela sustentabilidade ambiental de evitar a utilização de suportes em papel.

O questionário foi disponibilizado na plataforma Google Forms, escolhida pela sua facilidade de utilização, acessibilidade a partir de diferentes dispositivos eletrónicos e, ainda, por se tratar de uma ferramenta gratuita. No total, foram obtidas 167 respostas válidas. Do conjunto de respostas recolhidas, 148 questionários foram respondidos integralmente e 19 foram preenchidos de forma parcial.

O recrutamento dos participantes foi efetuado através da divulgação do questionário em plataformas online, nomeadamente em redes sociais, e por intermédio de redes de contacto profissional. Para assegurar a unicidade de cada resposta, o questionário foi configurado de forma a aceitar apenas uma submissão por dispositivo, limitando o acesso a um URL único por participante.

A distribuição das respostas encontra-se esquematizada no fluxograma seguinte:

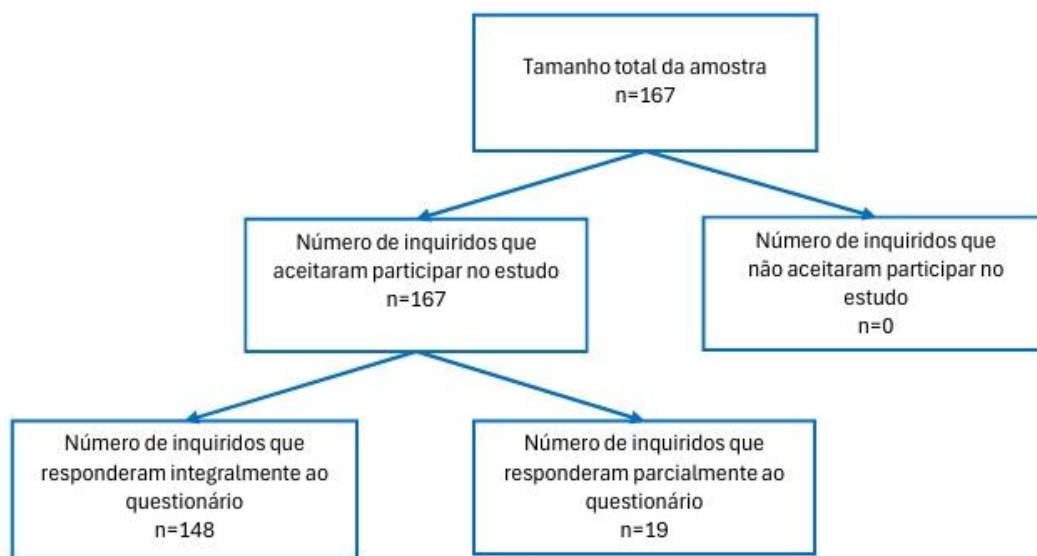


Figura 2 - fluxograma amostral do presente estudo

5. Questionário

O questionário online adaptado de Ferraz (2024) utilizado neste estudo foi implementado entre fevereiro e maio de 2025 e encontra-se integralmente disponível em anexo (Anexo 3).

No seu conjunto, o questionário é constituído por 30 perguntas, distribuídas em três grandes áreas, com o propósito de reunir dados quantificáveis. A primeira área corresponde a 10 questões de carácter sociodemográfico, destinadas a caracterizar os participantes segundo variáveis pessoais e profissionais. A segunda inclui 14 questões relacionadas com os conhecimentos dos profissionais de saúde oral acerca do abuso e da negligência infantil, permitindo avaliar o grau de literacia e a capacidade de identificação

destes fenómenos. Por fim, a terceira área é composta por 6 questões centradas nas atitudes dos profissionais perante situações de abuso e negligência infantil, de modo a compreender as respostas, perceções e disposições face a estes tópicos.

5.1. Questões sociodemográficas

As questões sociodemográficas incluídas no questionário têm como objetivo principal caracterizar o perfil dos participantes. Esta caracterização é essencial para compreender os fatores socioculturais que influenciam a prática clínica, bem como para contextualizar os resultados obtidos.

Assim, foi recolhida informação dos participantes relativamente: ao seu género, de forma a possibilitar a análise de eventuais diferenças de perceção entre profissionais do género feminino e masculino; à profissão, uma vez que cada grupo profissional poderá ter tido trajetórias formativas distintas; à idade, anos de experiência profissional e ano de término do curso, já que todos estes fatores influenciam o estágio da carreira, a proximidade recente com a formação académica, o nível de experiência acumulada e até as perceções distintas perante situações clínicas complexas, como a identificação de sinais de abuso e negligência infantil; ao local onde exercem a sua prática clínica, pois este parâmetro permite analisar eventuais disparidades regionais; ao tipo de prática clínica que realizam, dado que a natureza pública, privada, académica ou mista das unidades de saúde influencia a tipologia de pacientes atendidos, a frequência do contacto médico-paciente e os recursos disponíveis; e, por fim, ao número médio de pacientes pediátricos atendidos semanalmente, de forma a possibilitar a correlação entre o grau de contacto com crianças e adolescentes e a sensibilidade do profissional para identificar potenciais sinais de abuso e negligência infantil.

5.2. Questões referentes aos conhecimentos dos profissionais de saúde oral sobre o abuso e negligência infantil

Este conjunto de questões foi concebido para avaliar os conhecimentos e a experiência dos profissionais de saúde relativamente ao abuso e negligência infantil, bem como a forma como estes se percebem na sua prática clínica face a situações desta natureza.

As perguntas incluídas abordam, em primeiro lugar, a formação recebida, tanto a nível pré-graduado como pós-graduado, procurando identificar em que medida os profissionais foram expostos a conteúdos sobre abuso e negligência infantil ao longo do seu percurso académico e profissional. Adicionalmente, o questionário contempla itens de autoavaliação do grau de conhecimento e da capacidade de reconhecer sinais de abuso e negligência, permitindo explorar não apenas o conhecimento objetivo, mas também a confiança subjetiva dos profissionais nas suas competências. Esta dimensão revela-se particularmente relevante, uma vez que a perceção individual pode influenciar de forma significativa a tomada de decisão clínica.

Foram ainda incluídas questões relacionadas com a experiência prática, nomeadamente se o profissional já suspeitou de casos de abuso, quais os motivos que sustentaram essa suspeita, se procedeu à denúncia, a quem a dirigiu, e, em caso de ausência de denúncia, quais os fatores que a condicionaram. Esta informação fornece dados fundamentais para compreender as barreiras e dificuldades que se colocam à sinalização destes casos.

Por último, o questionário aborda a perceção dos profissionais relativamente às manifestações clínicas de abuso e negligência, permitindo aferir em que medida estes reconhecem os sinais mais comuns e qual a sua autoconfiança nesse processo de identificação

5.3. Questões referentes as atitudes e abordagens dos profissionais de saúde oral perante a suspeita de abuso e negligência infantil.

Este último grupo de questões centra-se nas atitudes e práticas adotadas pelos profissionais de saúde oral quando confrontados com situações de suspeita de abuso ou negligência infantil. Pretende-se compreender, em primeiro lugar, quais as medidas efetivamente tomadas pelos inquiridos perante uma situação de suspeita, analisando de que forma procederam à denúncia e se esta foi realizada com base em protocolos previamente estabelecidos. É também relevante perceber se, no contexto laboral dos profissionais, existia um protocolo estruturado para a denúncia destes casos, ou se as decisões foram tomadas de forma isolada e assentes no julgamento individual de cada clínico.

Além disso, estas questões exploram os fatores que condicionaram a decisão de denunciar ou não denunciar, permitindo identificar barreiras como a falta de confiança no diagnóstico, o desconhecimento dos procedimentos legais, ou a incerteza quanto à entidade adequada para encaminhar a denúncia. Este ponto revela-se de particular importância, dado que dificuldades deste tipo podem comprometer a eficácia da proteção da criança e perpetuar situações de risco. Por fim, procura-se ainda averiguar a perceção dos profissionais relativamente à necessidade de criar um protocolo transversal, uniforme e acessível, que oriente a atuação de todos os profissionais de saúde oral em casos de suspeita de abuso e negligência infantil. A análise destas respostas permitirá compreender em que medida a ausência ou insuficiência de diretrizes claras influência a resposta dos profissionais e, simultaneamente, avaliar a pertinência de propor estratégias que contribuam para uma maior uniformização e segurança na prática clínica.

6. Análise estatística

Os dados obtidos através do questionário foram submetidos a uma análise estatística de carácter quantitativo e descritivo. A informação recolhida foi inserida e processada no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 29.0. Os resultados da análise foram expressos em percentagens, de forma a caracterizar a amostra e a sintetizar os respostas obtidas. Esta abordagem permitiu identificar tendências gerais nas respostas dos profissionais de saúde oral e facilitar a interpretação dos dados, assegurando uma apresentação clara e objetiva.

IV. Resultados

Os resultados apresentados nesta secção dizem respeito a uma amostra total de 167 participantes. Para efeitos de análise, todas as percentagens foram calculadas considerando o universo global da amostra, independentemente de nem todos os inquiridos terem respondido a cada questão. Assim, o valor de 100% corresponde sempre a 167 participantes, salvo uma exceção: a questão referente à especialidade dos médicos dentistas. Neste caso específico, apenas os participantes pertencentes a esta categoria profissional foram incluídos na análise, o que corresponde a uma amostra de 161 profissionais.

Importa ainda salientar que todas as percentagens, incluindo a proporção de não respondentes, indicada na forma de N/A, se encontram devidamente discriminadas nas tabelas constantes no Anexo 4, que complementam e detalham a informação aqui apresentada.

1. Dados sociodemográficos para caracterização da amostra

1.1. Género

Em relação ao género dos participantes 30,5% (n=51) identifica-se com o género masculino e 69,5% (n=116) identifica-se com o género feminino (Figura 3).

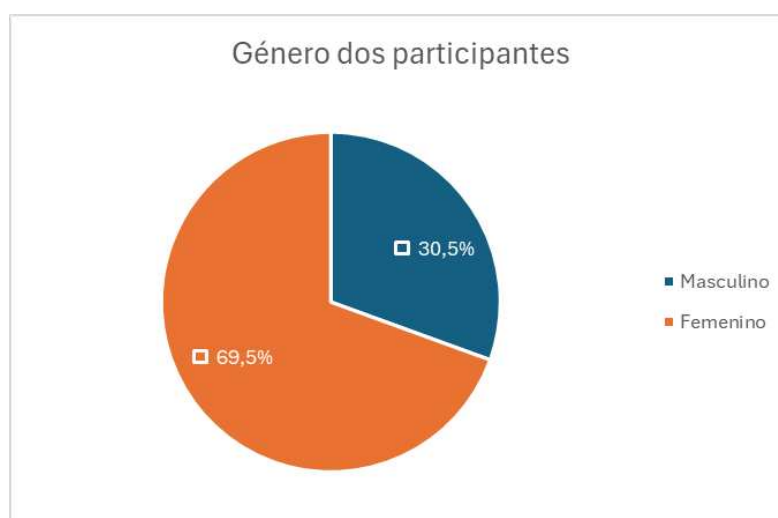


Figura 3 - Distribuição dos participantes de acordo com o seu género, expresso em percentagem.

1.2. Idade

No que diz respeito à idade, 10,8% (n=18) têm entre 21 e 24 anos, 23,4% (n=39) têm entre 25 e 30 anos, 18% (n=30) têm entre 31 e 35 anos, 12,6% (n=21) têm entre 36 e 40 anos, 9,6% (n=16) têm entre 41 e 45 anos, 9% (n=15) têm entre 46 e 50 anos, 10,8% (n=18) têm entre 51 e 55 anos, 3% (n=5) têm entre 56 e 60 anos, 1,8% (n=3) têm entre 61 e 65 anos e, por fim, 1,2% (n=2) têm entre 66 e 70 anos (Figura 4).

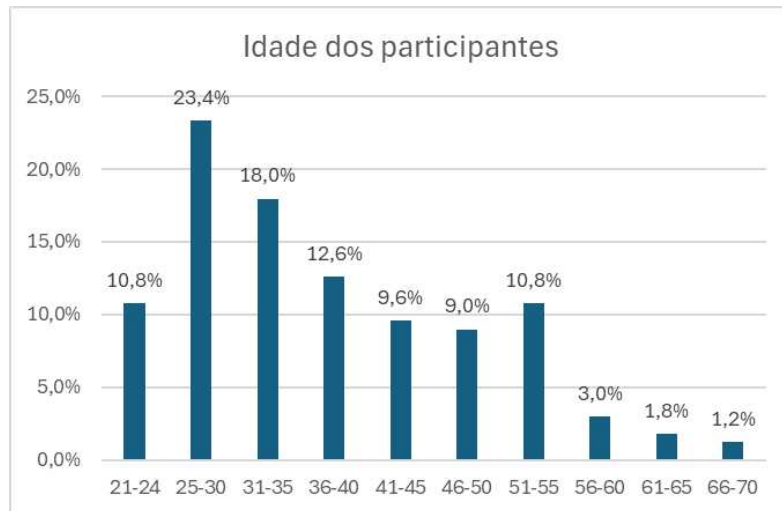


Figura 4 - Distribuição dos participantes de acordo com a sua idade, expresso em percentagem.

1.3. Ano de finalização de curso

Relativamente ao ano de finalização de curso dos participantes, 3,6% (n=6) concluíram os seus estudos entre 1985 e 1992, 17,4% (n=29) entre 1993 e 2000, 13,8% (n=23) entre 2001 e 2008, 24,6% (n=41) entre 2009 e 2016 e 40,7% (n=68) entre 2017 e 2024 (Figura 5).

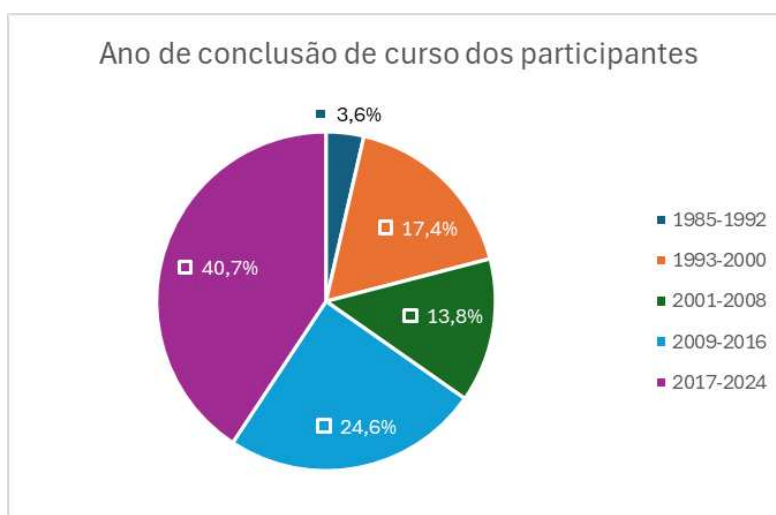


Figura 5 - Distribuição dos participantes de acordo com o seu ano de conclusão de curso, expresso em percentagem.

1.4. Anos de experiência profissional

Profissionais com menos de 5 anos de experiência corresponderam a 27,5% (n=46) da amostra, profissionais com uma experiência entre 5 e 10 anos corresponderam a 22,8% (n=38), profissionais com uma experiência compreendida entre 11 e 20 anos corresponderam a 24,0% (n=40) e, por último, participantes com mais de 20 anos de experiência profissional corresponderam a 25,7% (n=43) da amostra do estudo (Figura 6).



Figura 6 - Distribuição dos participantes de acordo com os seus anos de experiência profissional, expresso em percentagem.

1.5. Profissão

Em relação à profissão exercida pelos profissionais de saúde oral, 96,4% (n=161) são médicos dentistas, 1,8% (n=3) são médicos estomatologistas e 1,8% (n=3) são higienistas orais (Figura 7).



Figura 7 - Distribuição dos participantes de acordo com a sua profissão, expresso em percentagem.

1.6. Especialidade médica dos médicos dentistas

No presente estudo, consideraram-se todas as especialidades reconhecidas pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). Dos participantes que afirmaram ser médicos dentistas, 2,5% (n=4) eram especialistas em Odontopediatria, 5,6% (n=9) eram especialistas em Ortodontia, 6,8% (n=11) eram especialistas em Cirurgia Oral, 1,2% (n=2) eram especialistas em Periodontologia. No entanto, a grande maioria dos inquiridos, correspondendo a uma percentagem de 83,9% (n=135), não apresentava nenhuma das especialidades referidas (Figura 8).

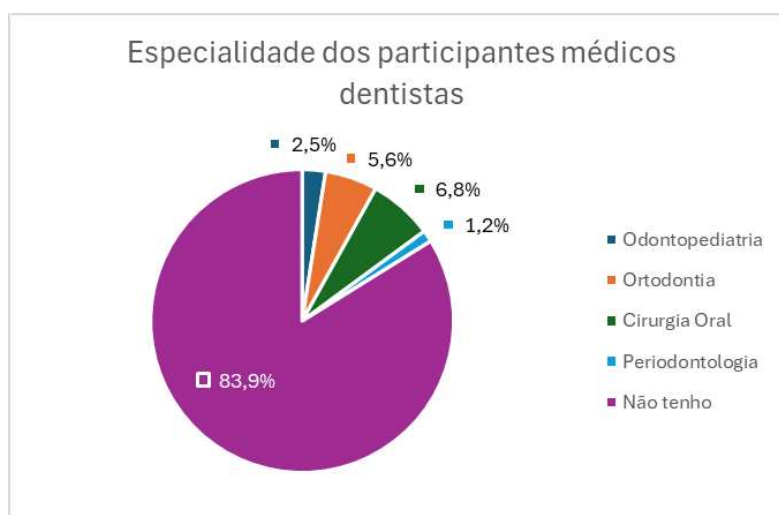


Figura 8 - Distribuição dos participantes médicos dentistas de acordo com a sua especialidade médica, expresso em percentagem.

1.7. Média de pacientes atendidos por semana

1.7.1. Pacientes

No que diz respeito ao aporte de pacientes atendidos por semana 31,1% (n=52) dos profissionais referiu atender entre 1 a 35 pacientes, 38,9% (n=65) referiu atender entre 36 e 59 pacientes, e 28,7% (n=48) referiu atender mais de 60 pacientes semanais (Figura 9).

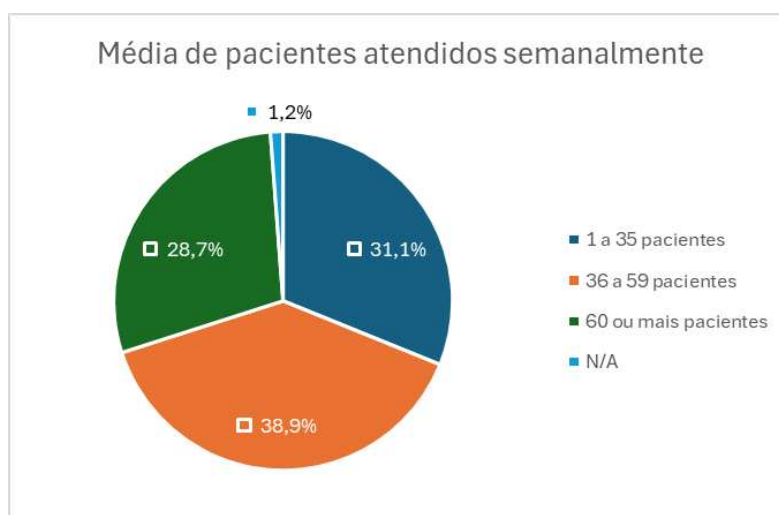


Figura 9 - Distribuição dos participantes de acordo com a sua média de pacientes atendidos semanalmente, expresso em percentagem.

1.7.2. Pacientes pediátricos

Quando inquiridos sobre o número médio de pacientes pediátricos que recorriam semanalmente as suas consultas, 7,8% (n=13) dos profissionais respondeu que não atendia pacientes pediátricos, 47,3% (n=79) respondeu que atendia entre 1 e 9 pacientes, 29,9% (n=50) respondeu entre 10 e 29 pacientes e 15% (n=25) dos profissionais referiu atender 30 ou mais pacientes (Figura 10).

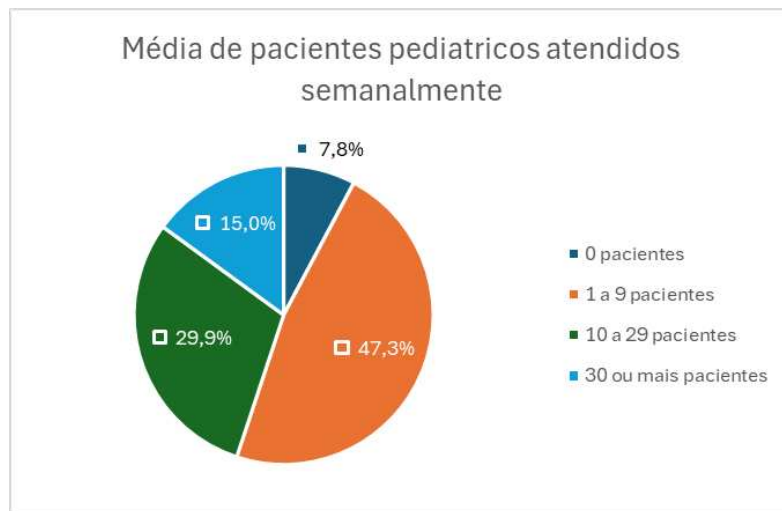


Figura 10 - Distribuição dos participantes de acordo com a sua média de pacientes pediátricos atendidos semanalmente, expresso em percentagem.

1.8. Local de trabalho

Relativamente ao local de trabalho, 76,2% (n=151) dos participantes do estudo afirmaram trabalhar em contexto de clínica privada, 15,7% (n=31) referiu trabalhar em clínica universitária, 5,1% (n=10) referiu exercer a sua atividade profissional em meio hospitalar e 3,0% (n=6) afirmou trabalhar em cuidados de saúde primários, nomeadamente em centros de saúde.

Nesta questão, os participantes puderam selecionar múltiplas respostas, no caso de exercerem atividade profissional em mais de um tipo de estabelecimento (Figura 11).

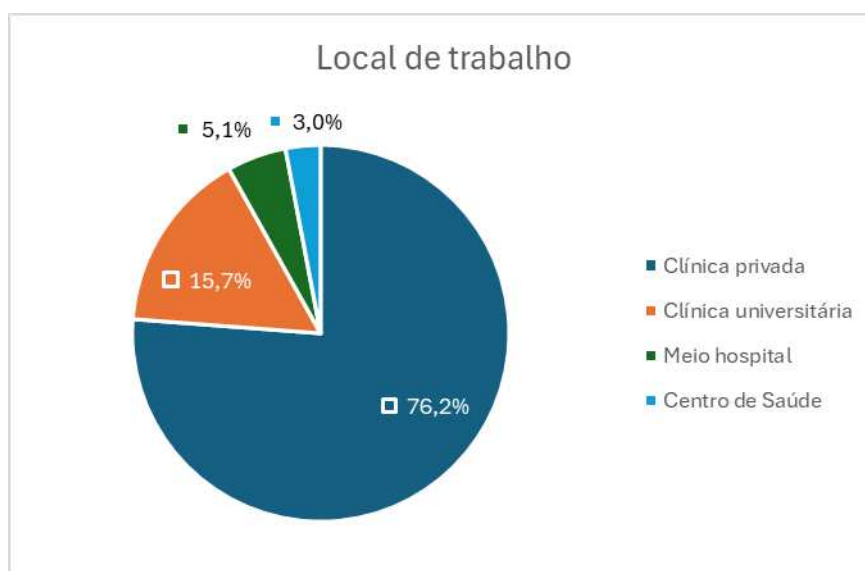


Figura 11 - Distribuição dos participantes de acordo com o seu local de trabalho, expresso em percentagem.

1.9. Área geográfica

Em relação à área geográfica de exercício profissional, verificou-se que 3,5% (n=7) dos participantes trabalham nos Açores, 12,5% (n=25) no distrito de Aveiro, 2,5% (n=5) em Beja, 8,5% (n=17) em Braga, 1,5% (n=3) em Bragança, 4,5% (n=9) em Castelo Branco, 1,5% (n=3) em Coimbra, 1,0% (n=2) em Évora e 4,0% (n=8) em Faro. Na Guarda, reportaram exercer atividade 1,5% (n=3) dos profissionais, em Leiria 2,0% (n=4), em Lisboa 26,0% (n=52), na Madeira 1,0% (n=2), em Portalegre 0,5% (n=1) e no Porto 10,0% (n=20). Em Santarém registou-se 1,5% (n=3), em Setúbal 14,0% (n=28), em Viana do Castelo 1,0% (n=2), em Vila Real 0,5% (n=1) e em Viseu 1,0% (n=2). Refira-se ainda que 1,5% (n=3) dos inquiridos não especificou a área geográfica onde exerce a sua atividade profissional.

Também nesta questão foi permitido aos participantes selecionar respostas múltiplas, de modo a contemplar profissionais que desenvolvem atividade em mais do que uma região (Figura 12). A Figura 13 ilustra a distribuição dos locais de trabalho dos profissionais de saúde oral em Portugal continental.

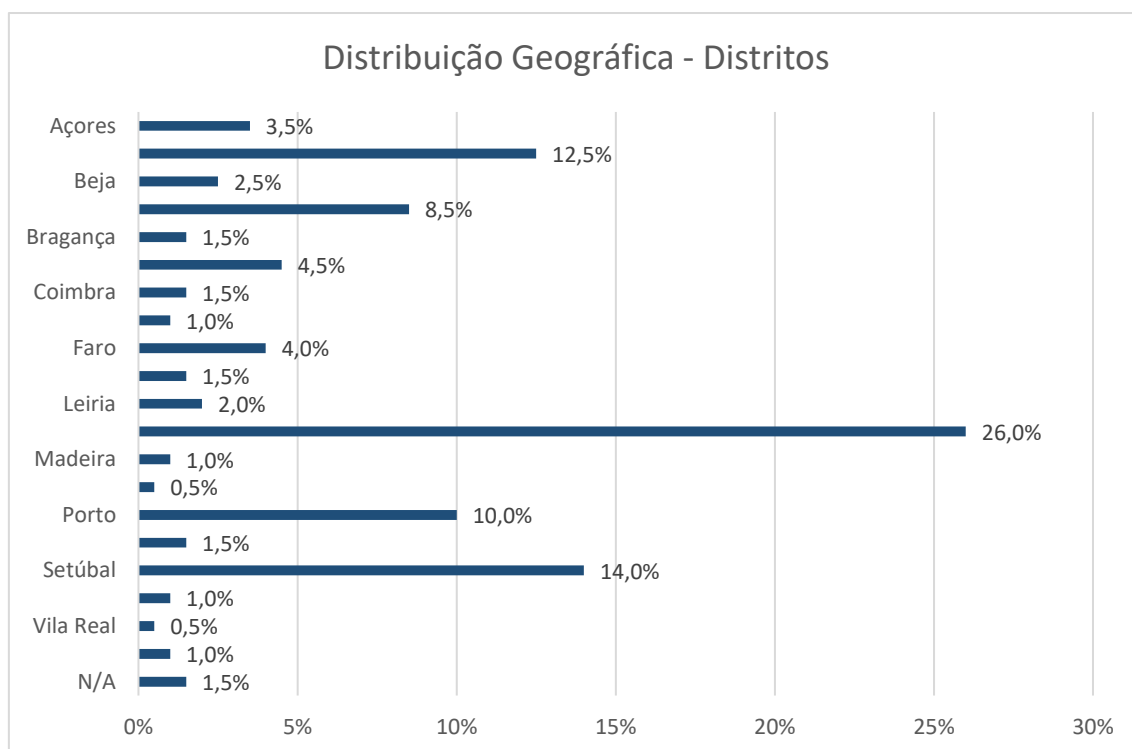


Figura 12 - Distribuição dos participantes de acordo com os distritos onde exercem a sua profissão, expresso em percentagem.

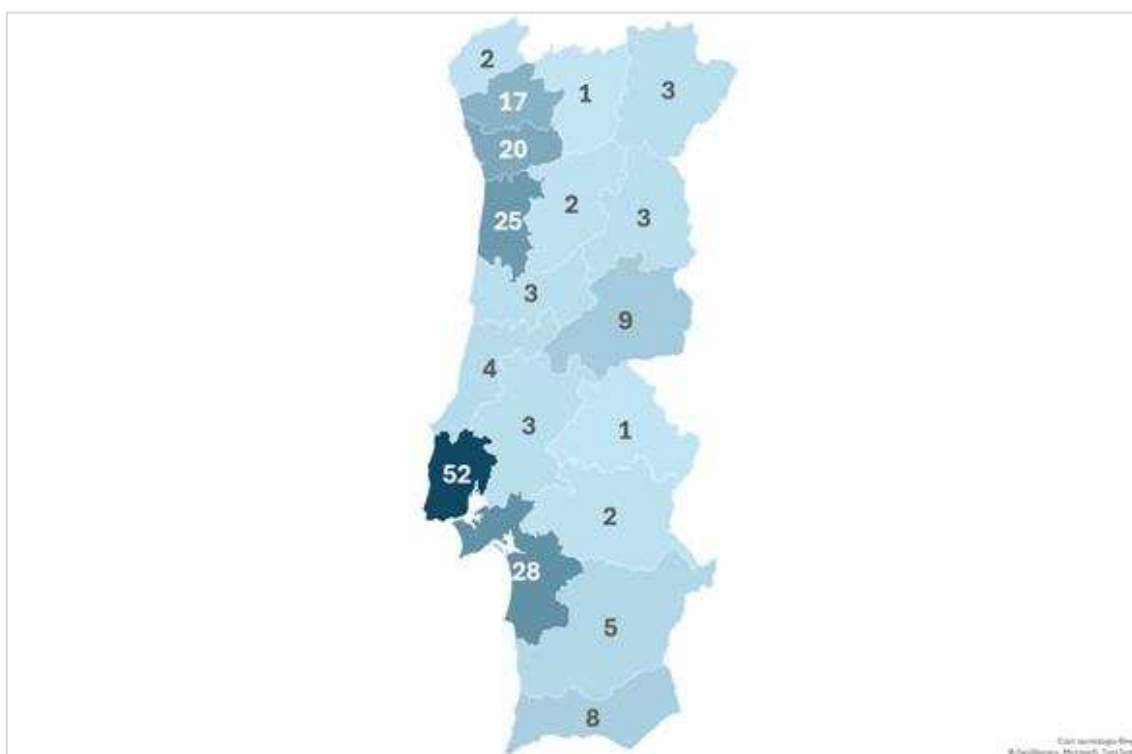


Figura 13 - Mapa de calor de Portugal continental de acordo com a distribuição dos participantes por distrito (fonte: próprio autor).

De modo a ser possível comparar áreas geográficas maiores, os distritos da Figura 12 foram divididos e organizados de acordo com a sua orientação vertical e horizontal no mapa de Portugal.

Assim, na divisão horizontal os distritos de Aveiro, Braga, Bragança, Guarda, Porto, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu foram agrupados no grupo Norte. Os distritos de Castelo Branco, Coimbra, Leiria, Lisboa, Portalegre, e Santarém no grupo Centro. Os distritos Beja, Évora, Faro, e Setúbal no grupo Sul e os Açores e a Madeira no grupo Ilhas. 36,5% (n=73) dos profissionais referiu trabalhar na região norte, 36,0% (n=72) referiu trabalhar na região centro, 21,5% (n=43) referiu trabalhar na região sul e 4,5% (n=9) referiu trabalhar nas regiões autónomas dos Açores e da Madeira (Figura 14).

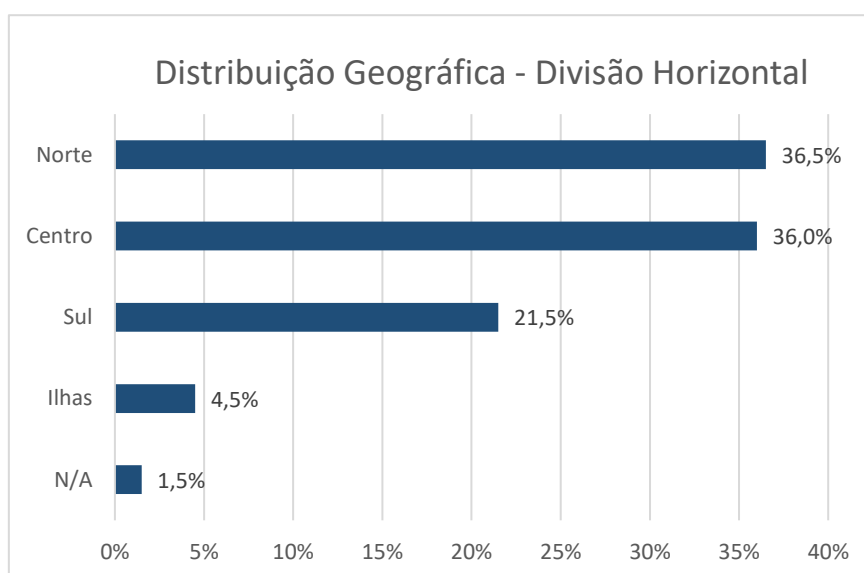


Figura 14 - Distribuição dos participantes de acordo com a divisão horizontal dos distritos onde exercem a sua profissão, expresso em percentagem.

Já na divisão vertical, os distritos de Aveiro, Beja, Braga, Coimbra, Faro, Leiria, Lisboa, Porto, Setúbal, e Viana do Castelo foram agrupados no grupo Litoral, os distritos de Bragança, Castelo Branco, Évora, Guarda, Portalegre, Santarém, Vila Real, e Viseu no grupo Interior e os Açores e a Madeira no grupo Ilhas. 82,0% (n=164) dos participantes referiu trabalhar na área litoral, 12,0% (n=24) no interior do país e 4,5% (n=9) nas regiões autónomas dos Açores e da Madeira (Figura 15).

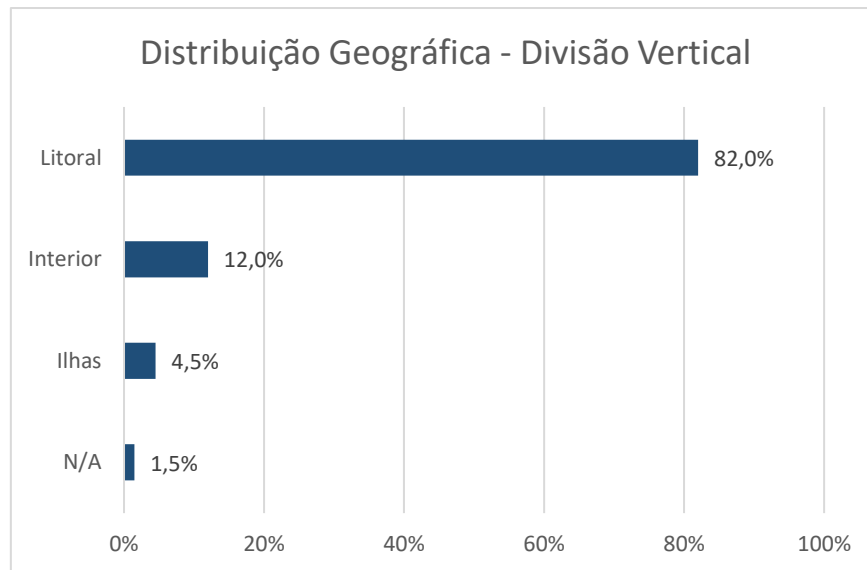


Figura 15 - Distribuição dos participantes de acordo com a divisão vertical dos distritos onde exercem a sua profissão, expresso em percentagem.

2. Dados referentes aos conhecimentos dos profissionais de saúde oral

2.1. Formação pré-graduada

No que diz respeito à participação dos profissionais em unidades curriculares pré-graduadas que abordassem o tema do abuso e da negligência infantil, apenas 39,5% (n=66) referiu ter estado presente. Já 60,5% (n=101) indicou não ter frequentado essa unidade curricular ou que o plano de estudos do seu curso pré-graduado não incluía este tópico (Figura 16).

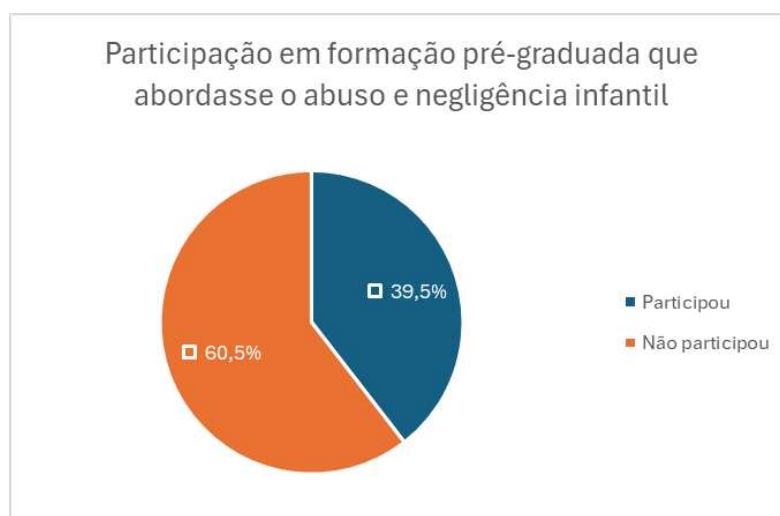


Figura 16- Distribuição dos participantes de acordo com a sua participação em unidades curriculares pré-graduadas que abordassem o abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.

2.2. Formação pós-graduada

Já no que se refere à participação em formação pós-graduada, 92,8% (n=155) dos profissionais inquiridos revela não ter participado neste tipo de formação, enquanto que os 7,2% (n=12) que a frequentaram consideraram que o ensino pós-graduado é uma contribuição útil na deteção de mais casos de abuso e negligência infantil (Figura 17).

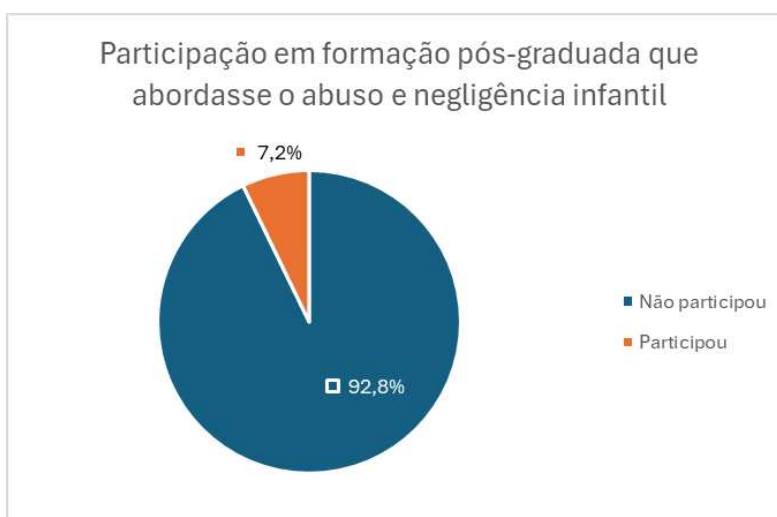


Figura 17- Distribuição dos participantes de acordo com a sua participação em unidades curriculares pós-graduadas que abordassem o abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.

2.3. Autopercepção da necessidade de formação adicional

No presente estudo, foi pedido aos participantes que preenchessem, numa escala de 0 a 10, onde 0 representa “Nenhuma necessidade” e 10 “necessidade total”, o seu grau de necessidade em obter mais formação na área do reconhecimento e denuncia do abuso e da negligência infantil.

Em conformidade com a investigação de Ferraz (2024), foi considerado um grau elevado de necessidade de formação adicional todos os níveis de autopercepção iguais ou superiores a 7. Desta forma, é possível afirmar que 69,5% (n=116) dos participantes identificam em si próprios uma necessidade elevada de adquirir novos estudos e competências na área referida (Figura 18).

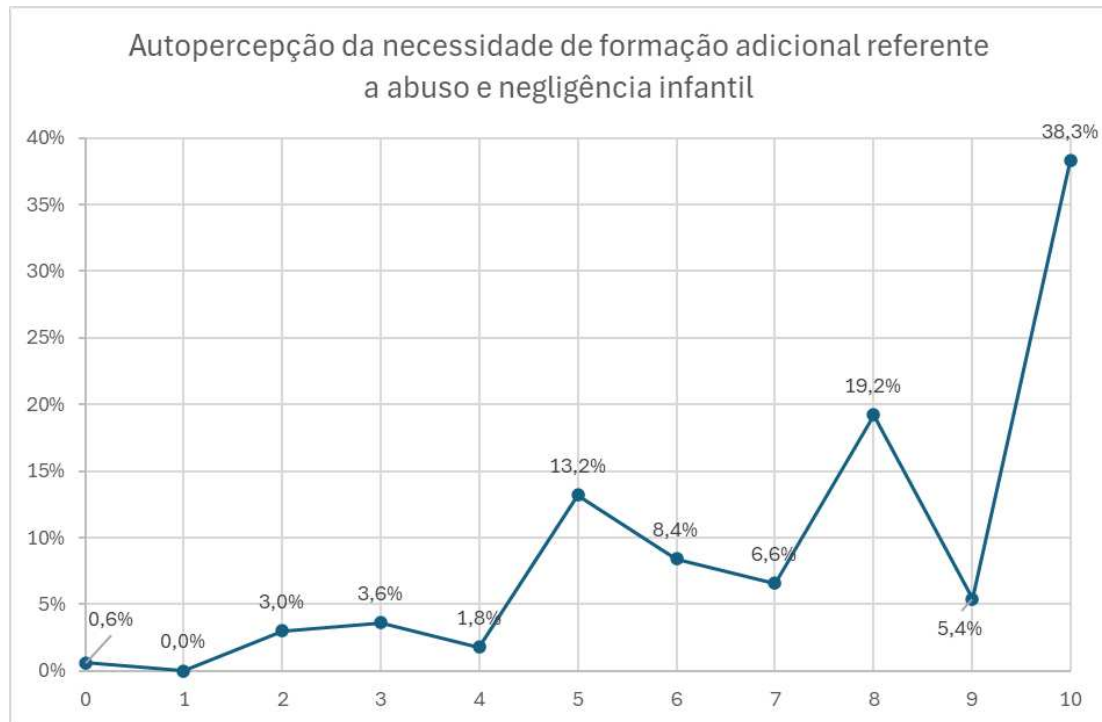


Figura 18- Distribuição dos participantes de acordo com a autopercepção da sua necessidade de formação adicional referente a abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.

2.4. Autopercepção da capacidade de reconhecer abuso e negligência infantil

Na questão referente à capacidade de reconhecimento de um caso de abuso e negligência infantil numa escala de 0 a 10, onde 0 significa “Nenhuma capacidade” e 10 significa “Capacidade total”, a opção mais comum foi o grau 5 com 29,3% (n=49) das respostas. É ainda oportuno destacar que 23,4% (n=39) dos profissionais confessou ter uma capacidade de reconhecimento inferior a 5, que corresponde a uma fraca percepção de deteção de casos suspeitos (Figura 19).

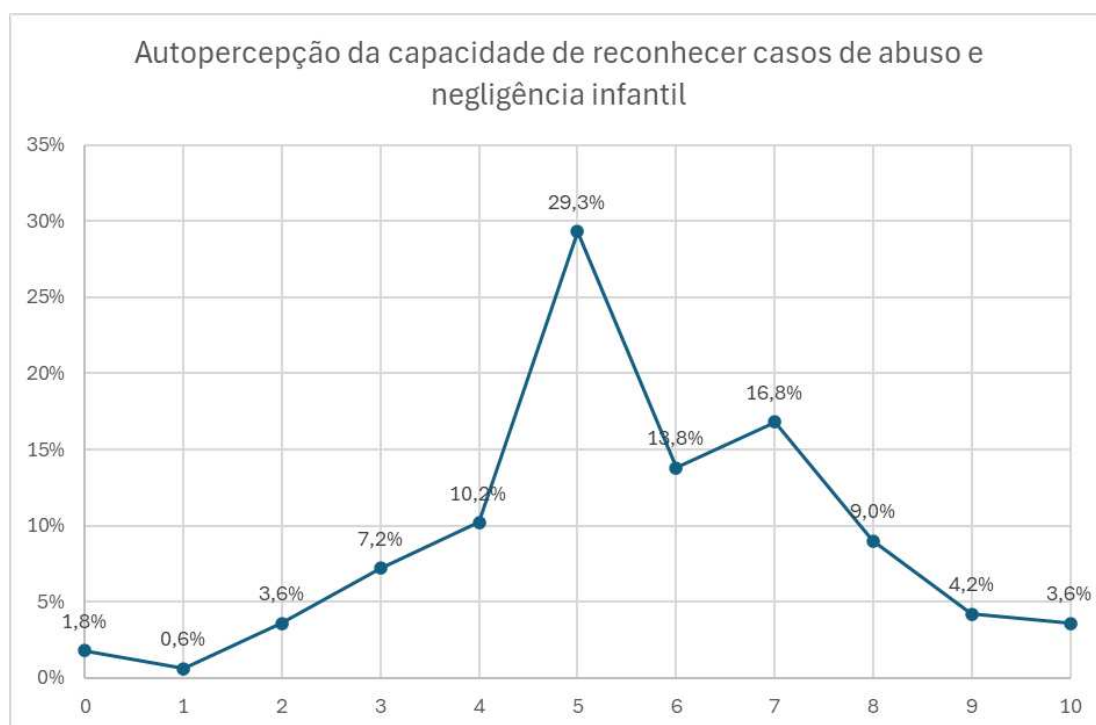


Figura 19- Distribuição dos participantes de acordo com a autopercepção da sua capacidade de reconhecer casos de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.

2.5. Suspeita e denúncia de casos de abuso e negligência infantil

Dos profissionais inquiridos, 82% (n=137) nunca suspeitaram de um caso de abuso ou negligência infantil, 8,4% (n=13) suspeitaram e reportaram casos e 9,6% (n=17) suspeitaram de casos mas não procederam à denúncia (Figura 20).

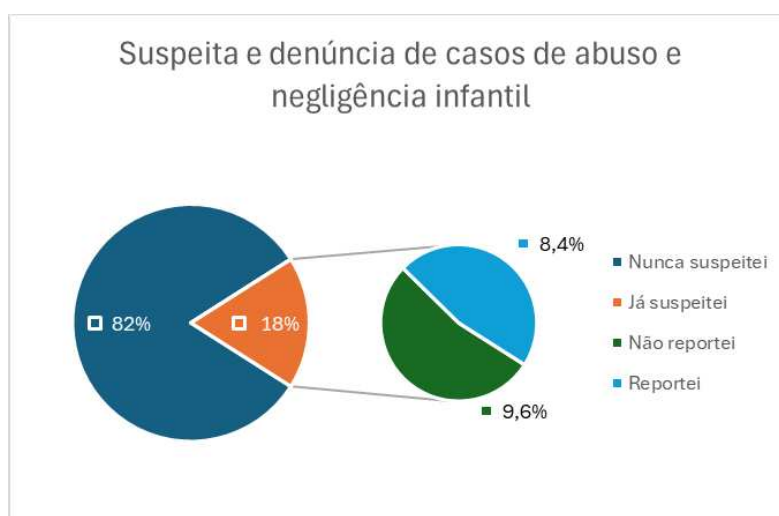


Figura 20- Distribuição dos participantes de acordo com suspeita e denúncia de casos de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.

Aos profissionais que denunciaram as suas suspeitas, perguntou-se a que entidade tinha sido endereçada a queixa. 42,9% (n=6) denunciaram o incidente à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), 7,1% (n=1) ao seu diretor clínico, 7,1% (n=1) à Polícia de Segurança Pública (PSP) e 35,7% (n=5) selecionaram “Outro”. Nesta última hipótese era pedido que especificassem a outra entidade e foram obtidas respostas como “Ao acompanhante da criança”, “À escola da criança”, “A outro médico, que procedeu à denúncia”, “À segurança social”, “Ao professor responsável, uma vez que ainda me encontrava na faculdade” e uma última resposta que apesar de referir que reportou o caso, limitou-se apenas a tomar nota da suspeita no diário clínico do paciente (Figura 21).

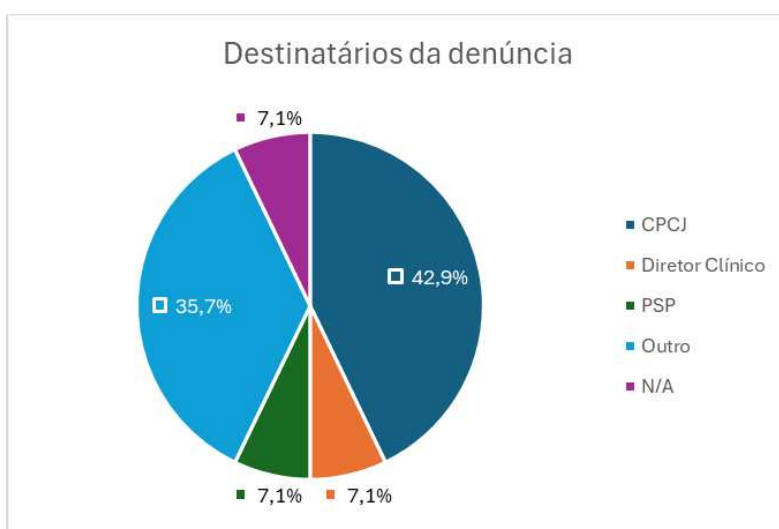


Figura 21- Distribuição dos participantes de acordo com o agente ou instituição a quem denunciaram as suas suspeitas de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.

Dos profissionais que suspeitaram de casos de abuso e negligência infantil, 28,6% (n=4) tiveram como motivo de suspeita o comportamento dos pais durante a consulta, 14,3% (n=2) o comportamento da criança, 7,1% (n=1) a negligência por parte dos pais, 57,1% (n=8) lesões presentes no corpo da criança e 14,3% (n=2) selecionaram “Outros”. Nesta última opção era pedido que especificassem e foram obtidas respostas como “Diálogo com a criança” e “Desenhos feitos pela criança”.

Nesta questão, foi permitido que os participantes selecionassem várias opções de resposta (Figura 22).

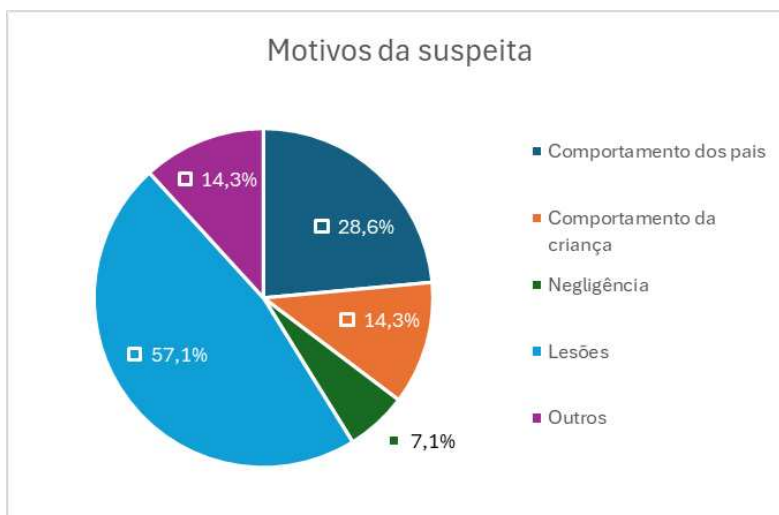


Figura 22- Distribuição dos participantes de acordo com os motivos que os levaram a suspeitar de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.

Dos profissionais que suspeitaram de casos de abuso ou negligência infantil mas não denunciaram as suas suspeitas, 12,5% (n=2) não o fez por medo de represálias, 31,3% (n=5) por incerteza em relação ao próprio diagnóstico, 43,8% (n=7) por não saber como proceder à denúncia, 6,3% (n=1) por se encontrarem na faculdade a receber formação à data da suspeita, 18,8% (n=3) por falta de confiança nas entidades a quem reportar e 18,8% (n=3) que selecionaram a opção “Outro”. Nesta última hipótese era pedido que especificassem e foram obtidas respostas como “A criança pertencia a uma instituição, reporte à acompanhante”, “A suspeita recaía sobre um dos progenitores, e foi reportada ao outro” e ainda “O caso já estava a ser acompanhado pela CPCJ”.

Nesta questão, foi permitido aos participantes selecionar várias opções de resposta (Figura 23).

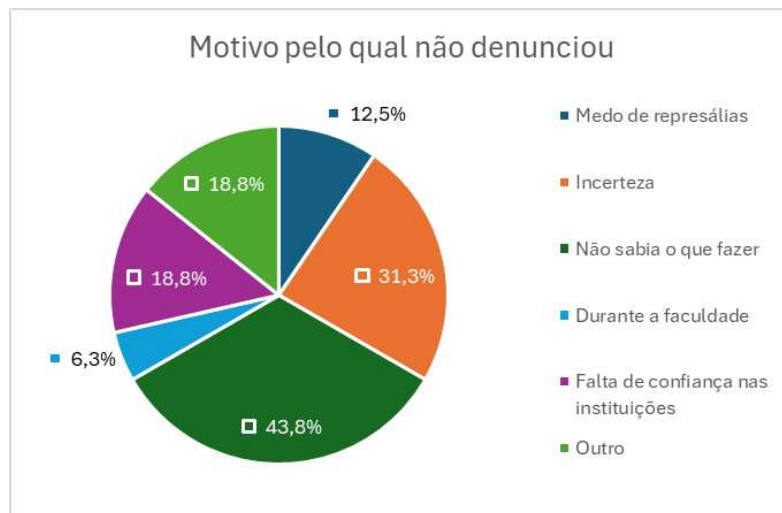


Figura 23- Distribuição dos participantes de acordo com os motivos que os levaram a não denunciar um caso suspeito de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.

2.6. Frequência da suspeita de casos de abuso e negligência infantil

Ao serem questionados sobre a frequência com que se depararam com casos suspeitos, 76% (n=127) dos profissionais disseram que nunca, 14,4% (n=24) disse que se tinham deparado uma vez, 9% (n=15) disse até 5 vezes e 0,6% (n=1) disse mais de 10 vezes (Figura 24).

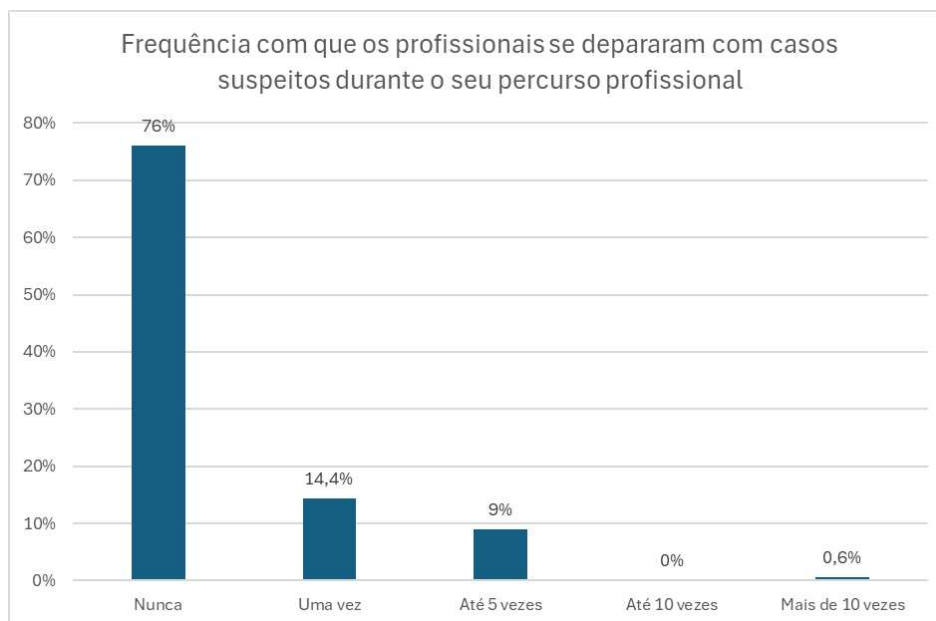


Figura 24- Distribuição dos participantes de acordo com frequência com que se depararam com casos suspeitos de abuso e negligência infantil durante o seu percurso profissional, expresso em percentagem.

2.7. Manifestações clínicas indicadoras de abuso e negligência infantil

Relativamente aos sinais clínicos que os profissionais consideraram mais indicativos de abuso físico ou sexual destaca-se os hematomas faciais, selecionados por 86,8% (n=145) dos participantes, hematomas nos membros superiores selecionados por 76,6% (n=128) e traumatismo dentários inexplicáveis selecionados por 72,5% (n=121) dos profissionais de saúde.

Nesta questão, foi permitido aos participantes selecionar mais que uma opção de resposta (Figura 25).

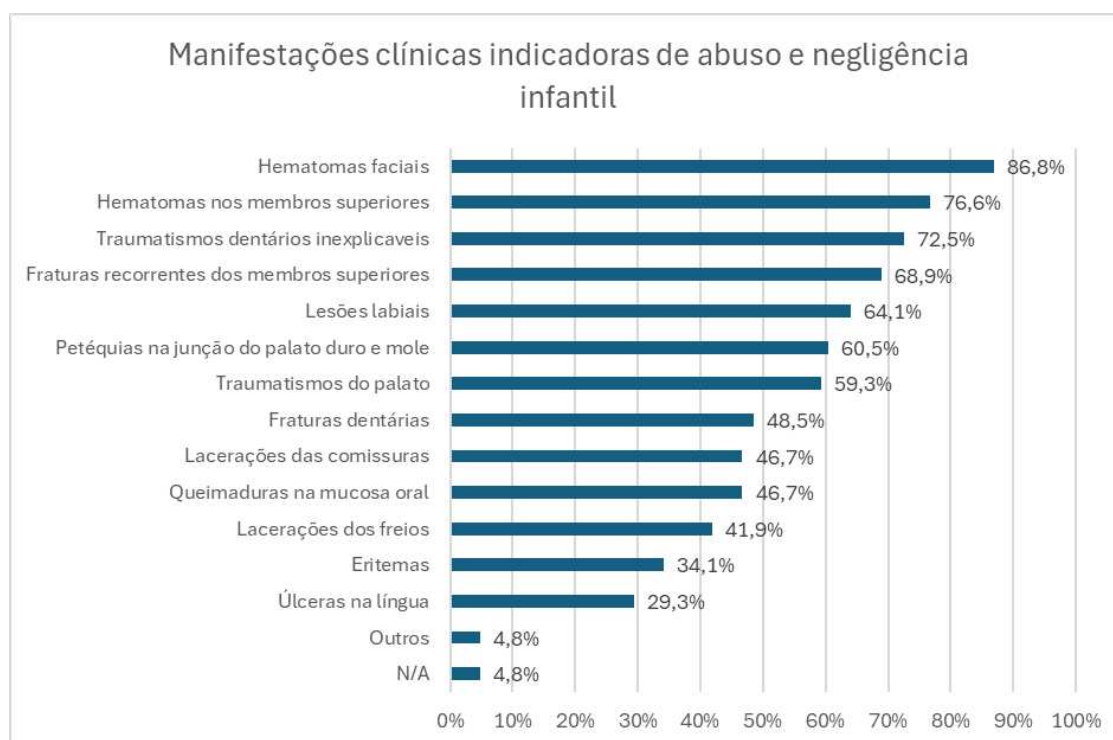


Figura 25- Distribuição dos participantes de acordo com manifestações clínicas que os mesmos consideram indicadoras de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.

2.8. Manifestações comportamentais do paciente indicadoras de abuso e negligência infantil

Quando inquiridos sobre quais comportamentos das crianças consideravam mais desajustados no contexto de consulta e possivelmente indicativos de abuso ou negligência, 73,7% (n=123) dos profissionais selecionou comportamentos agressivos

com os pais/tutores, 71,9% (n=120) selecionou comportamentos agressivos com o médico dentista e 60,5% (n=101) selecionou pouco contacto visual.

Nesta questão, foi permitido aos participantes selecionar mais que uma opção de resposta (Figura 26).

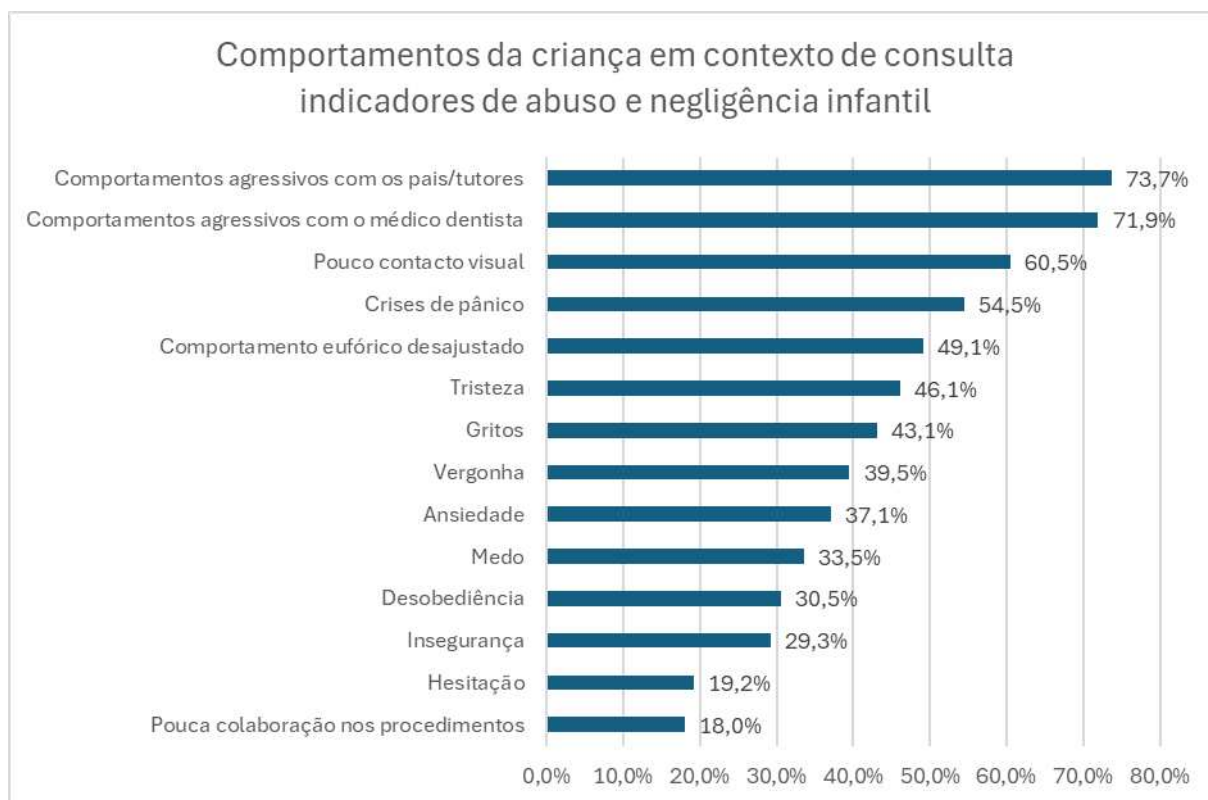


Figura 26- Distribuição dos participantes de acordo com os comportamentos da criança que os mesmos consideram suspeitos em contexto de consulta, expresso em percentagem.

2.9. Manifestações comportamentais dos cuidadores indicadoras de abuso e negligência infantil

Relativamente aos sinais que os inquiridos consideraram desajustados no contexto de consulta e possivelmente indicadores de abuso e negligência infantil por parte dos pais/tutores, 84,4% (n=141) dos profissionais de saúde oral selecionaram a opção de falar num tom agressivo com a criança, 82% (n=137) selecionou ameaçar verbalmente a criança e 80,8% (n=135) selecionou fazer comentários negativos sobre a criança.

Como nas questões anteriores, foi permitido aos participantes selecionar mais que uma opção de resposta a esta pergunta (Figura 27).

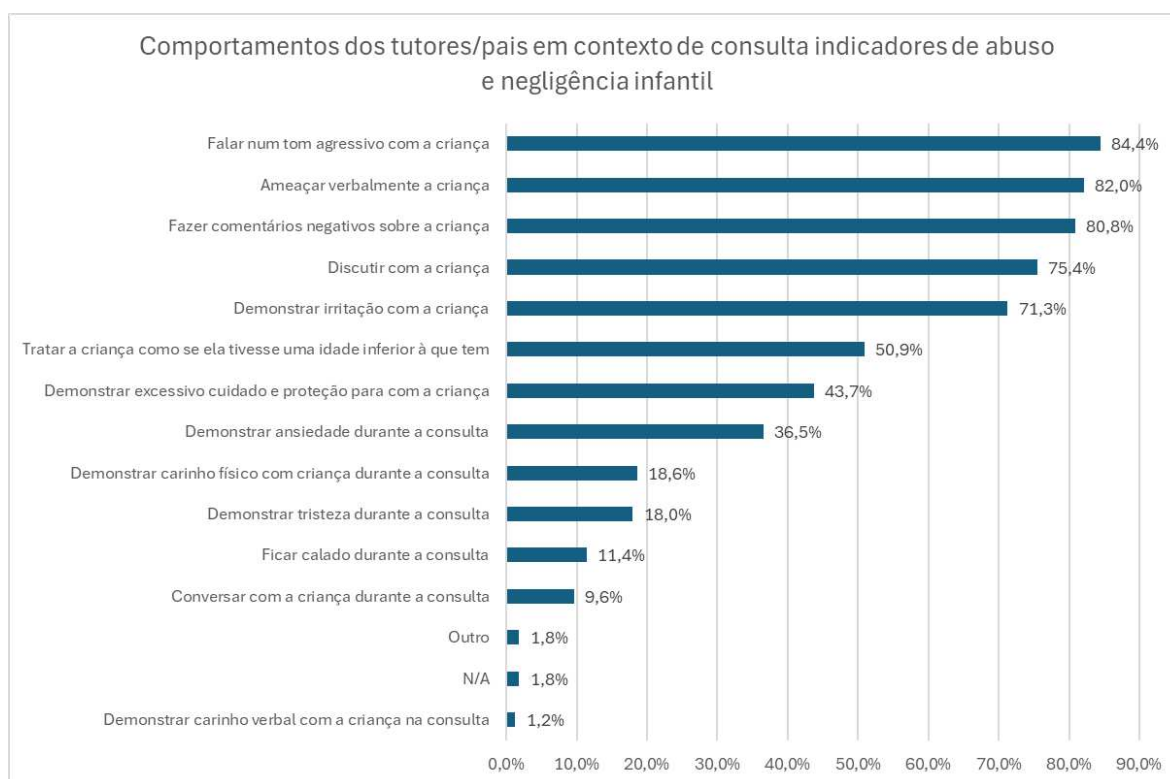


Figura 27- Distribuição dos participantes de acordo com os comportamentos dos tutores/pais que os mesmos consideraram suspeitos em contexto de consulta, expresso em percentagem.

3. Dados referentes as atitudes e abordagens dos profissionais de saúde oral

3.1. Medidas a tomar perante casos suspeitos

Quando questionados sobre as atitudes que tomariam perante uma suspeita de abuso ou negligência infantil, 87,4% (n=146) dos profissionais de saúde afirmou que documentaria as lesões. A maioria também pediria a opinião de um outro colega, tendo 74,9% (n=125) dos participantes selecionado esta opção e 68,9% (n=115) relataria ainda ao serviço de proteção de menores.

Devido à possibilidade de realizar várias ações, nesta pergunta foi permitido aos participantes selecionar múltiplas respostas (Figura 28).

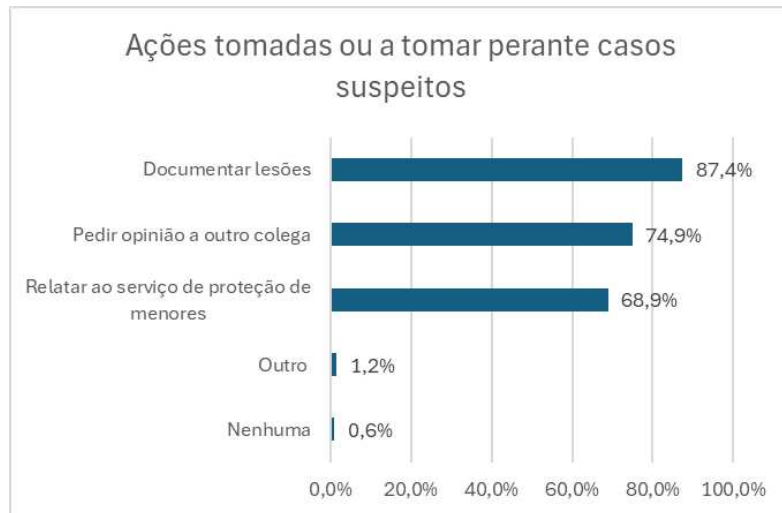


Figura 28- Distribuição dos participantes de acordo com as ações que os mesmos tomaram ou tomariam face a suspeita de um caso de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.

3.2. Existência de protocolo clínico no local de trabalho

Relativamente a protocolos clínicos no local de trabalho destinados a auxiliar a denúncia de casos suspeitos de abuso e negligência infantil, apenas 6,6% (n=11) dos participantes indicaram a sua presença. A maioria dos profissionais revelou, no entanto, que ou estes protocolos não existiam ou que, na eventualidade de existirem, não eram do seu conhecimento, tendo estas opções sido seleccionadas por 52,7% (n=88) e 40,7% (n=68) dos participantes, respetivamente (Figura 29).



Figura 29- Distribuição dos participantes de acordo com a existência de um protocolo clínico referente as ações a tomar em caso de suspeita de abuso e negligência infantil no seu local de trabalho, expresso em percentagem.

3.3.Barreiras à denúncia de casos suspeitos

Os profissionais de saúde oral, quando questionados se a ausência de denúncia de um caso suspeito estava relacionada com a incerteza em relação ao próprio diagnóstico responderam que sim em 10,8% (n=18) dos casos, que não em 30,5% (n=51) dos casos e que nunca haviam suspeitado de abuso ou negligência infantil em 58,1% (n=97) dos casos (Figura 30).

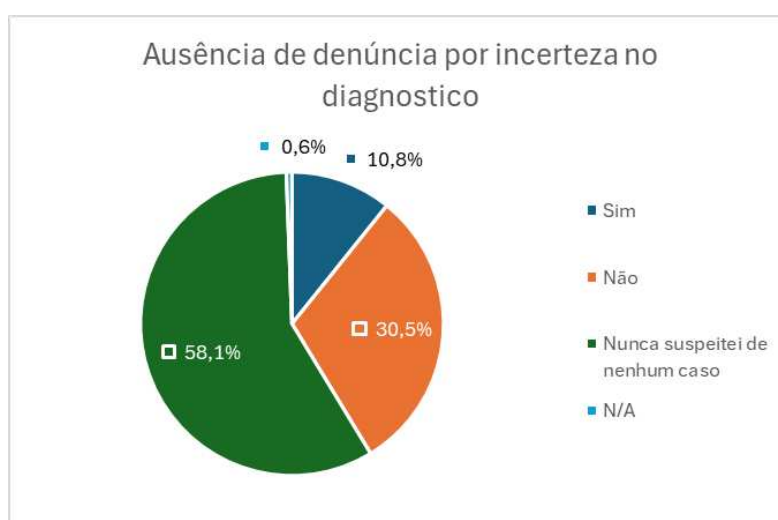


Figura 30- Distribuição dos participantes que referem a incerteza no diagnóstico como barreira à denúncia, expresso em percentagem.

Quando questionados se a ausência de denúncias de um caso suspeito estava relacionada com a falta de conhecimento sobre qual o adequado procedimento a seguir, 6,6% (n=11) dos inquiridos responderam que sim, 31,7% (n=53) responderam que não e 61,1% (n=102) responderam que nunca tinha suspeitado de um caso de abuso ou negligência infantil (Figura 31).

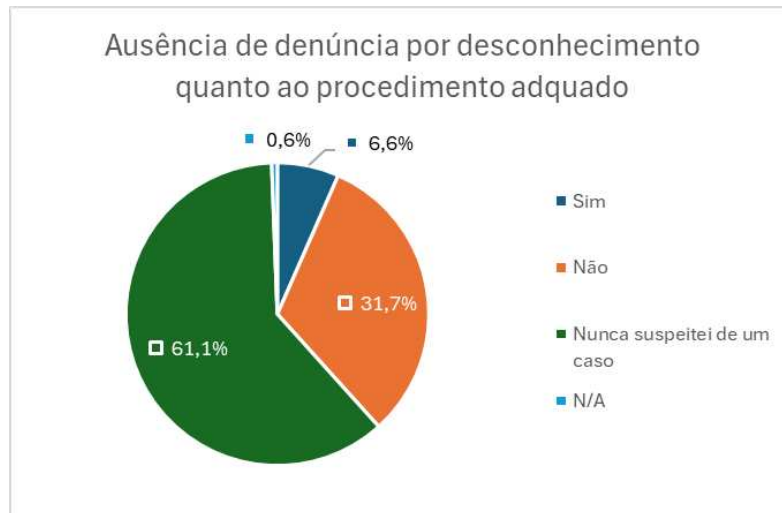


Figura 31- Distribuição dos participantes que referem o desconhecimento quanto ao procedimento adequado como barreira à denúncia, expresso em percentagem.

3.4. Instituição mais adequada para denunciar casos suspeitos

Quando questionados sobre qual das instituições consideravam mais adequada para denunciar uma suspeita de abuso e negligência infantil, 64,7% (n=108) dos profissionais respondeu Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Há, no entanto, uma percentagem considerável de inquiridos que selecionaram outras instituições como a Polícia de Segurança Pública (PSP) ou a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) com 15% (n=25) e 6,6% (n=11) profissionais a selecionar, respectivamente, estas opções (Figura 32).

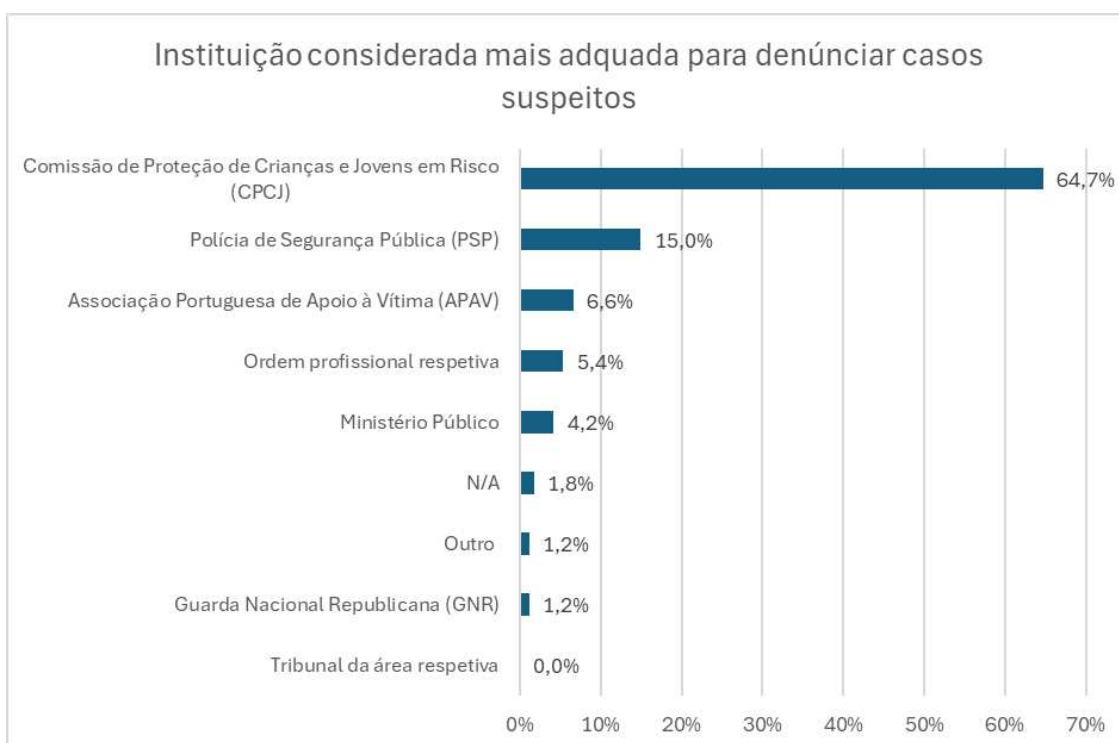


Figura 32- Distribuição dos participantes de acordo com a instituição que os mesmos consideram mais adequada para denunciar casos suspeitos de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.

3.5. Protocolo transversal de denúncia de casos suspeitos de abuso e negligência infantil

No presente estudo, os profissionais foram ainda inquiridos sobre a necessidade que sentiam, numa escala de 0 a 10, da criação de um protocolo único e transversal a todos os profissionais de saúde oral em Portugal que auxilia-se na denuncia de casos suspeitos de abuso e negligência infantil. Em conformidade com o estudo de Ferraz (2024), considerou-se uma necessidade elevada todos os valores iguais ou superiores a 7.

Seguindo este critério, é possível afirmar que 90,4% (n=151) dos inquiridos sentem uma elevada necessidade de criação do protocolo anteriormente referido (Figura 33).

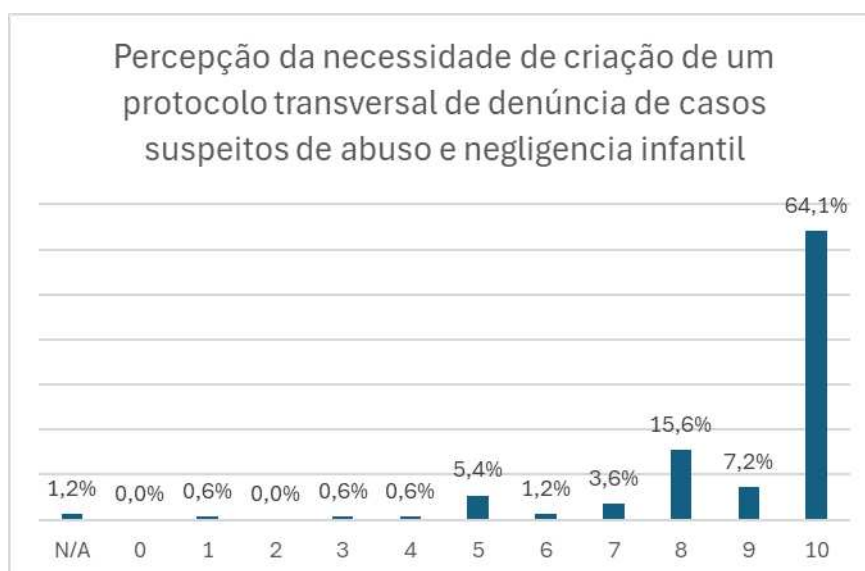


Figura 33- Distribuição dos participantes de acordo com a sua percepção da necessidade de criação de um protocolo transversal de denúncia de casos suspeitos de abuso e negligência infantil, expresso em percentagem.

4. Dados relacionais

Taxa de deteção e denuncia em função do género dos profissionais

Num universo de 116 mulheres, 21 já tinham detetado casos de abuso e negligência infantil, resultando numa taxa de deteção de aproximadamente 18,10%. Num universo de 51 homens, 9 já detetaram abuso ou negligência infantil, o que representa uma taxa de deteção de aproximadamente 17,64%.

Os resultados deste estudo também revelaram uma taxa de denúncia mais elevada entre os médicos dentistas do género masculino, onde 66,67% dos casos suspeitos resultaram em denúncia, quando comparados aos do género feminino, onde apenas 33,33% dos casos suspeitos foram denunciados.

Autopercepção da capacidade de reconhecer abuso e negligência infantil em função do género do profissional

No que diz respeito à autopercepção da capacidade de reconhecer situações de abuso e negligência infantil (avaliada numa escala de 0 a 10), verificou-se que os médicos dentistas do género masculino apresentaram uma média ligeiramente superior de confiança (6,05), em comparação com as suas colegas do género feminino (5,43).

Taxa de detecção e denuncia em função da idade e experiência profissional

Entre os participantes com idades mais jovens (21-25 anos), a taxa de detecção foi de 16,09%, subindo para 19,23% no grupo dos 36-50 anos e para 21,42% entre os 51-70 anos. Uma tendência semelhante é observada quando se considera a experiência profissional. Profissionais com menos de 5 anos de prática apresentaram uma taxa de detecção de 17,39%. Já entre 5 e 10 anos de experiência, o valor foi ligeiramente inferior, 15,79%. A taxa aumentou para 20% no grupo dos 11-20 anos e manteve-se elevada nos profissionais com mais de 20 anos de experiência (18,60%).

Em relação as taxas de denúncia, os participantes entre os 21 e os 35 anos de idade denunciaram 35,71% dos casos de que suspeitaram, enquanto os grupos de 36-50 anos e 51-70 anos denunciaram 50%. Relativamente aos anos de experiência profissional, os resultados foram igualmente reveladores. Profissionais com menos de 5 anos reportaram apenas 25% dos casos de que suspeitaram. A percentagem aumentou significativamente para 66,67% no grupo com 5-10 anos de experiência, desceu para 37,5% entre os 11-20 anos e voltou a subir para 50% entre os que tinham mais de 20 anos de prática.

Taxa de denuncia e autopercepção da capacidade de reconhecer casos de abuso e negligência infantil em função do volume de pacientes pediátricos atendidos semanalmente pelos profissionais

Os achados do estudo atual revelam que, apesar da confiança dos inquiridos nas próprias capacidades de reconhecimento aumentar à medida que a proporção de crianças atendidas semanalmente aumenta (Figura 34), o número de pacientes pediátricos não influencia a taxa de denúncia. Não foram encontradas diferenças no reporte de casos entre os profissionais que atendem semanalmente 1–9 crianças, 10–29 crianças ou mais de 30 crianças, sendo que, em todos os grupos, apenas cerca de metade dos casos suspeitos são efetivamente denunciados.

Percentagem de jovens que atende por semana	Frequência (n)	Autopercepção da capacidade para reconhecer um caso suspeito de abuso e negligência (0-10) (média +/- DP)
<25%	103	5,515 +/- 2,043
25-50%	42	5,762 +/- 2,184
51-75%	11	6,273 +/- 1,794
>75%	9	5,444 +/- 1,424

Figura 34- Autopercepção da capacidade de reconhecer casos de abuso e negligência infantil em função da percentagem de pacientes pediátricos atendidos semanalmente pelos profissionais.

Taxa de denuncia em função do local de trabalho dos profissionais

Referentemente às taxas de denúncia dos profissionais de saúde oral, observaram-se diferenças consoante a natureza dos seus lugares de trabalho. Nas clínicas privadas, a taxa de denúncia correspondeu a 34,78%, enquanto nas clínicas universitárias 44,44% dos casos suspeitos foram denunciados. Em contexto hospitalar, a taxa foi mais elevada, chegando aos 57,14%, e nos cuidados de saúde primários chegou a 100%. Importa, no entanto, interpretar estes valores com cautela, dado o reduzido número de casos identificados em alguns contextos, nomeadamente nos centros de saúde, onde apenas um caso foi detetado e reportado.

Existência de protocolos em função do local de trabalho dos profissionais

A presença de protocolos de atuação variou consoante a natureza do local de trabalho. Nas clínicas privadas, apenas 3,67% dos participantes referiram a existência de protocolos, valor que aumentou para 9,68% nas clínicas universitárias, 20% em contexto hospitalar e 66,67% nos centros de saúde.

Taxas de deteção e denuncia em função da área geográfica onde os profissionais exercem a sua profissão

No que respeita às taxas de suspeita e denúncia em função da área geográfica, foram registrados os seguintes dados referentes a divisão horizontal de distritos: no Norte, a taxa de deteção foi de 5,48% e a taxa de denúncia de 50%; no Sul, a taxa de

deteção foi de 25,58% e a taxa de denúncia de 45,45%; e no Centro, a taxa de deteção foi de 22,22% e a taxa de denúncia de 18,75%.

Quanto à divisão vertical, no litoral a taxa de deteção foi de 17,68% e a de denúncia foi de 34,48%, enquanto no interior a taxa de deteção foi de 8,33% e a de denúncia foi de 0%. É importante salientar que, mais uma vez, estes valores devem ser cuidadosamente interpretados, uma vez que apenas 24 profissionais indicaram trabalhar no interior do país. Deste grupo, apenas dois profissionais reportaram suspeitas de abuso e nenhum efetuou denúncia, o que limita a interpretação destes resultados.

Taxa de deteção em função do ensino pré e pós-graduado

De acordo com os resultados obtidos, os participantes que frequentaram uma unidade curricular que abordava este tema detetaram uma maior percentagem de casos, 24,24% (n=16) quando comparados com a percentagem daqueles que não frequentaram, 13,86% (n=14). Por outras palavras, dos profissionais de saúde oral que tiveram contacto curricular com esta temática, 75,76% (n=50) nunca detetaram casos suspeitos ao longo da sua carreira profissional, valor mais baixo quando comparado com os que não frequentaram essas unidades, 86,10% (n=87).

A taxa de deteção dos profissionais que frequentaram pós-graduações referentes ao tema do abuso infantil segue o mesmo padrão. Entre os 12 profissionais que participaram em formações pós-graduadas, metade (n=6) reportou já ter identificado casos de abuso infantil, enquanto os restantes (n=6) nunca suspeitaram de nenhum caso. Por contraste, entre os que não frequentaram formações desta natureza, apenas 24 profissionais reportaram suspeitas ao longo da carreira (correspondendo a 15,48%), ao passo que 131 nunca identificaram qualquer caso de abuso ou negligência (correspondendo a 84,52%).

Autopercepção da capacidade de reconhecer casos de abuso e negligência infantil em função do ensino pré e pós-graduado

Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na autopercepção da capacidade de reconhecer casos suspeitos de abuso e negligência infantil entre os profissionais que tiveram contacto com unidades curriculares dedicadas ao tema e aqueles

que não beneficiaram dessa formação. Os primeiros reportaram sentir-se mais preparados para identificar situações suspeitas (Figuras 35 e 36).

Frequentou UC	Média	DP	SEM
Sim	6,030	1,718	0,2115
Não	5,356	2,161	0,2151

Figura 35- Autopercepção da capacidade de reconhecer abuso e negligência infantil em função da formação pré-graduada dos profissionais de saúde oral.

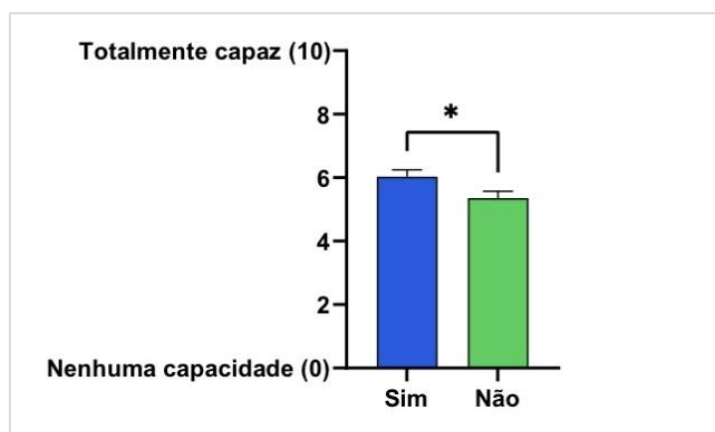


Figura 36 - Representação gráfica da autopercepção da capacidade de reconhecer abuso e negligência infantil em função da formação pré-graduada dos profissionais de saúde oral.

De forma semelhante, também no contexto da formação pós-graduada se verificaram diferenças significativas: os profissionais que frequentaram cursos específicos sobre abuso e negligência infantil referiram maior confiança na sua competência para reconhecer e denunciar estes casos, em comparação com os colegas sem essa preparação (Figuras 37 e 38).

Frequentou PG	Média	DP	SEM
Sim	6,833	1,749	0,5050
Não	5,529	2,014	0,1618

Figura 37 - Autopercepção da capacidade de reconhecer abuso e negligência infantil em função da formação pós-graduada dos profissionais de saúde oral.

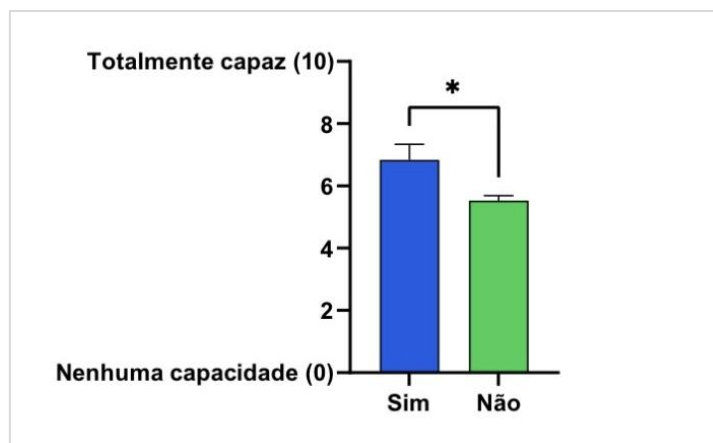


Figura 38- Representação gráfica da autopercepção da capacidade de reconhecer abuso e negligência infantil em função da formação pós-graduada dos profissionais de saúde oral.

Taxa de denuncia em função da taxa de detecção

Entre os participantes do estudo, a taxa de denúncia pós-deteção foi de 43,33%, o que significa que menos de metade dos casos que foram detetados resultaram efetivamente numa denúncia formal.

Taxa de denuncia em função da existência de protocolos

Entre os profissionais que suspeitaram de situações de abuso e referiram ter protocolos disponíveis, 45,45% avançaram com a denúncia. Por contraste, quando os participantes indicaram a inexistência de protocolo nas suas instituições, a taxa de denúncia foi substancialmente mais baixa, descendo até os 5,68%. Um valor igualmente reduzido de 8,33% foi encontrado entre os profissionais que desconheciam a existência de protocolos no seu local de trabalho.

V. Discussão

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de avaliar o grau de conhecimento dos profissionais de saúde oral em Portugal relativamente à temática do abuso e negligência infantil. Através de um desenho transversal, de natureza descritiva e correlacional, procurou-se não apenas descrever as variáveis em estudo, mas também explorar potenciais associações entre estas, com uma metodologia de investigação mista, para que fosse possível ter uma compreensão mais ampla do fenómeno.

Embora a amostra não tenha sido tão representativa como seria desejável no que diz respeito a médicos estomatologistas e higienistas orais, foi possível recolher informação relevante sobre os médicos dentistas. Os resultados do questionário revelaram lacunas significativas no conhecimento destes profissionais relativamente à deteção e denúncia de situações de abuso e negligência infantil. Com efeito, apenas 43,33% dos casos que suscitaram suspeita foram denunciados, sendo que apenas 20% das situações foram comunicadas à CPCJ. Paralelamente, a maioria dos profissionais inquiridos expressou uma perceção elevada de necessidade de formação adicional nesta área. A diferença verificada entre os profissionais com e sem formação referente a este tema confirma, de acordo com estudos prévios (Bjørknes et al., 2018; Cairns et al., 2005b; Ferraz, 2024; Harris et al., 2013), que a educação desempenha um papel central no aprimoramento do conhecimento e na capacitação para intervir nestas situações.

O segundo objetivo constituía na aplicação do questionário desenvolvido por Ferraz em 2024 a uma população mais abrangente de participantes, com o intuito de comparar e validar os resultados previamente obtidos, contribuindo assim para uma compreensão mais aprofundada e aplicada ao contexto nacional.

Apesar do menor número de participantes ($n = 167$) em comparação com o estudo original ($n = 202$), e da dificuldade em alargá-lo a outros profissionais de saúde oral que não os médicos dentistas, o presente estudo enriqueceu a caracterização da amostra. Enquanto a população estudada por Ferraz (2024) se encontrava maioritariamente circunscrita à Clínica Universitária Egas Moniz, em Almada, a presente investigação incluiu uma maior diversidade de contextos laborais, com menor percentagem de profissionais a trabalhar em clínica universitária e maior representação de clínica privada, meio hospitalar e centros de saúde. Além disso, os participantes encontram-se

distribuídos geograficamente por todo o território nacional, quer continental, quer insular, conferindo uma maior abrangência e robustez à amostra.

Importa, contudo, reconhecer algumas limitações adicionais. Desde logo, a não representatividade da amostra, que resultou de um processo de recrutamento por conveniência. Este processo, apesar de se tratar de uma estratégia frequentemente utilizada em estudos exploratórios por permitir recolher dados de uma forma prática, eficiente, e com barreiras logísticas reduzidas, apresenta limitações no que diz respeito à generalização dos resultados. Outra limitação prende-se com a natureza dos dados, baseados em autorresposta e autorperceção, os quais podem introduzir enviesamentos.

Para uma análise mais clara e estruturada, a presente discussão encontra-se organizada em subsecções, correspondentes aos principais eixos de resultados obtidos: dados relativos aos conhecimentos dos profissionais, dados deontológicos e dados sociodemográficos.

1. Dados referentes ao conhecimento dos profissionais de saúde

1.1. Formação pré-graduada

No presente estudo verificaram-se disparidades entre a formação pré-graduada dos profissionais e a deteção de abuso e negligência infantil, sendo que os participantes que receberam esta oportunidade formativa detetaram uma maior quantidade de casos. Estes resultados sugerem que a formação pré-graduada desempenha um papel importante na sensibilização e capacidade de deteção de situações de risco, o que está em consonância com os achados de Almutairi et al., 2023, Flaherty et al., 2000, Gupta et al., 2023 e Harris et al., 2013, que concluem que a educação formal influencia positivamente a probabilidade de identificar e denunciar casos suspeitos de abuso infantil.

Recorda-se ainda que foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa na autorperceção da capacidade de reconhecer casos suspeitos entre os profissionais com formação específica nesta área e aqueles sem essa preparação. Estes achados reforçam a evidência de que a formação estruturada contribui não apenas para a aquisição de conhecimento, mas também para a confiança profissional no desempenho de um papel

ativo na proteção infantil (Almutairi et al., 2023; Flaherty, 2000; Gupta et al., 2023; Harris et al., 2013).

A variação entre os profissionais que frequentaram unidades curriculares durante o seu ensino pré-graduado e os que não frequentaram pode ser justificada pela variação curricular em relação ao tema e pela própria disposição dos alunos em comparecer às aulas dessas unidades. A nível nacional esta ideia esta de acordo com Ferraz, 2024, e internacionalmente estudos como os de Gutmann & Solomon, 2002, e Biss et al., 2015, que defendem que as temáticas do abuso e negligência infantil nos planos de estudos dos profissionais de saúde oral variam significativamente consoante países e instituições universitárias, reforçam estes resultados.

Deste modo, os resultados do presente estudo, em conjunto com a evidência internacional, apontam para a relevância de integrar de forma sistemática conteúdos sobre abuso infantil na formação pré-graduada em medicina dentária, contribuindo para colmatar lacunas e promover práticas clínicas mais seguras e alinhadas com a proteção das criança e jovens em risco.

1.2. Formação pós-graduada

No âmbito da educação pós-graduada, apenas um número reduzido de profissionais referiu ter participado em formações específicas sobre abuso e negligência infantil. Apesar da baixa adesão, todos os que frequentaram estes cursos reconheceram a sua utilidade para a prática clínica, em consonância com os resultados de Ferraz, 2024 e reforçando o valor da educação contínua nesta área. Esta reduzida participação poderá refletir tanto a escassez de oferta de programas especializados como a limitada procura por parte dos profissionais.

Tal como observado na formação pré-graduada, também aqui se verificaram diferenças estatisticamente significativas na autoperceção de competências, favorecendo os profissionais que frequentaram estas formações. A maior taxa de deteção relatada por este grupo sustenta essa diferença, sugerindo que a formação pós-graduada aumenta efetivamente a capacidade de identificar casos suspeitos. Estes achados alinham-se com a evidência internacional que sublinha a importância da educação formal e contínua para o fortalecimento das competências dos médicos dentistas na proteção de crianças e jovens

em situação de risco (Almutairi et al., 2023; Flaherty, 2000; Gupta et al., 2023; Harris et al., 2013).

1.3. Necessidade de formação adicional

Os participantes deste estudo indicaram uma elevada percepção de carência no que diz respeito aos conhecimentos relativos ao abuso e negligência infantil. Estes resultados poderão estar associado à reduzida oferta de conteúdos específicos sobre este tema nos currículos das instituições de ensino superior na área da saúde oral. Esta elevada necessidade identificada pelos participantes já anteriormente tinha sido identificada em John et al., 1999, e Ferraz, 2024, que apontam que muitos profissionais reconhecem a importância de aprofundar a sua formação para melhorar a capacidade de identificar situações de abuso infantil. De igual modo, Čuković-Bagić et al., 2014, e Duman et al., 2021, assinalam a existência de lacunas relevantes no conhecimento dos dentistas acerca desta problemática, reforçando o papel da educação contínua na preparação dos profissionais. Estes estudos convergem ainda na recomendação de implementação de programas formativos e protocolos bem definidos que auxiliem na deteção e intervenção em casos de suspeita como forma de colmatar estas lacunas

1.4. Suspeita e denúncia de abuso e negligência infantil

A maioria dos profissionais inquiridos relatou nunca ter suscitado de um caso de abuso ou negligência infantil. Uma possível explicação para este fenómeno prende-se com a dificuldade em identificar sinais de maus-tratos, sobretudo na ausência de formação específica e quando o tema não é considerado de forma consciente durante a consulta. Resultados e justificações semelhantes foram reportados por Cairns et al., 2005b, Bjørknes et al., 2018, e Ferraz, 2024, que evidenciam igualmente a reduzida taxa de deteção deste tipo de situações entre dentistas. Importa, contudo, salientar que estes achados por parte dos profissionais não estão em consonância com a prevalência estimada pela OMS, 2024, uma vez que a reduzida taxa de deteção não reflete a raridade do fenómeno, mas sim a dificuldade dos inquiridos em identifica-lo (Bjørknes et al., 2018; Cairns et al., 2005b; OMS, 2024; Uldum et al., 2017).

Entre os profissionais que detetaram casos suspeitos, mais de metade não os denunciou, o que está em consonância com os achados de Ferraz, 2024, Owais et al., 2009, e Uldum et al., 2010. De acordo com os próprios participantes, esta ausência de denúncia deveu-se sobretudo à falta de conhecimento sobre os procedimentos adequados, à incerteza relativamente ao diagnóstico e à falta de confiança nas instituições, resultados estes semelhantes aos de Bjørknes et al., 2018, Cairns et al., 2005b, Ferraz, 2024, Harris et al., 2013, e Uldum et al., 2017, que destacam a necessidade da criação de protocolos padronizados que orientem a denúncia e reduzam as inseguranças dos profissionais perante situações de suspeita de abuso ou negligência infantil. Cairns et al., 2005 e Ferraz, 2024 sublinham ainda que esta necessidade se torna mais evidente ao considerar que, entre os participantes que efetivamente denunciaram, menos de metade reportou os casos às entidades competentes, como à CPCJ no caso do contexto português.

Relativamente aos sinais que suscitaram suspeita de abuso, em mais de metade das situações tratava-se de lesões físicas, enquanto o comportamento da criança ou dos pais/tutores foi referido com menor frequência. Estes achados corroboram novamente os resultados de Ferraz, 2024, que defende existir maior facilidade dos profissionais em reconhecer indicadores físicos em comparação com sinais comportamentais, frequentemente percecionados como mais subtis ou ambíguos. Ferraz, 2024, destaca ainda que a maioria dos profissionais nunca identificou sinais de abuso, sendo seguida por uma minoria que o fez apenas uma vez, resultados que se alinham com os do presente estudo.

1.5. Manifestações de abuso infantil

As manifestações clínicas mais frequentemente assinaladas pelos profissionais como possíveis indicadores de abuso infantil foram, em primeiro lugar, os hematomas localizados na face, seguidos dos hematomas nos membros superiores e, em menor proporção, os traumas dentários inexplicáveis. Este padrão pode estar relacionado com a maior visibilidade e facilidade de deteção das lesões faciais e dos membros superiores, que são geralmente mais perceptíveis durante o exame clínico. No caso particular dos hematomas faciais, estes são habitualmente associados a episódios de violência, o que contribui para a sua identificação mais imediata como potenciais sinais de abuso. Já os traumas dentários inexplicáveis, embora clinicamente relevantes, tendem a ser menos

evidentes ou diretamente relacionados com situações de maus-tratos, o que poderá justificar a sua menor frequência de reconhecimento.

As manifestações comportamentais foram menos consideradas pelos participantes. Ainda assim, quando mencionados, destacaram-se comportamentos agressivos dirigidos tanto aos cuidadores como ao profissional de saúde oral no que diz respeito à criança e ameaças verbais e um tom agressivo na comunicação para com a criança no que diz respeito ao cuidador. Tanto os resultados referentes as manifestações físicas como os referentes às comportamentais são em tudo semelhantes aos obtidos por Ferraz, 2024.

Além disso, investigações anteriores, como as de Al-Dabaan et al., 2014, Håkstad et al., 2023, e Owais et al., 2009, corroboram que os sinais físicos mais evidentes, como os hematomas, tendem a ser reconhecidos com maior facilidade pelos profissionais de saúde. Em contrapartida, indicadores menos claros, como traumas dentários sem explicação plausível ou manifestações comportamentais, revelam-se mais difíceis de identificar e, consequentemente, são menos frequentemente reportados como possíveis sinais de abuso.

2. Dados deontológicos

2.1. Medidas a tomar perante a suspeita de abuso e negligência infantil

No que respeita às medidas a adotar perante a suspeita de abuso e negligência infantil, os participantes referiram, com maior frequência, a intenção de proceder ao registo detalhado das lesões observadas. Outras estratégias mencionadas incluíram a consulta de opinião com colegas médicos dentistas e a comunicação do caso aos serviços de proteção de menores. Embora a ordem relativa destas medidas apresente algumas diferenças em comparação com os resultados reportados por Ferraz, 2024, os achados em si são globalmente consistentes.

O registo clínico das lesões assume particular relevância, uma vez que constitui uma base documental objetiva e passível de ser utilizada em futuras investigações, já a discussão com colegas pode fornecer uma perspetiva adicional que contribui para validar a suspeita antes da tomada de decisões formais. Por último, a comunicação do caso às entidades competentes é igualmente indispensável, pois permite que profissionais especializados avaliem a situação e implementem as medidas necessárias à proteção da criança.

Estas práticas são apoiadas pela literatura atualmente disponível, Buldur et al., 2021, sublinham que a conjugação entre uma documentação rigorosa, a colaboração entre profissionais e o contacto com serviços especializados constitui uma abordagem recomendada para lidar com suspeitas de abuso. Da mesma forma, a *American Academy of Pediatrics*, 1986, e Garrocho-Rangel et al., 2015, salientam que a adoção de medidas adequadas, como a documentação de lesões e o encaminhamento para os serviços de proteção infantil, são fundamentais para garantir o bem-estar efetivo da criança.

2.2. Protocolos para suspeita de abuso e negligência infantil

A ausência de protocolos claros para lidar com situações de suspeita de violência infantil revelou-se uma realidade comum nos locais de trabalho representados neste estudo, já que a maioria dos profissionais afirmou não dispor destes documentos ou desconhecer a sua existência. Estes resultados, em linha com Cairns et al., 2005b, e Ferraz, 2024, evidenciam uma fragilidade estrutural das instituições de saúde oral, marcada pela falta de orientações uniformes, o que pode gerar insegurança e práticas inconsistentes.

Verificou-se ainda que a presença de protocolos institucionais está associada a uma taxa significativamente superior de denúncias, reforçando a sua importância como fator determinante na decisão de reporte. A ausência ou desconhecimento destas orientações, por outro lado, parece contribuir para a hesitação, pela incerteza quanto aos passos a seguir e pelo receio de consequências negativas. Esta interpretação encontra suporte em Sonbol et al., 2011, que demonstrou que a formação formal e contínua em protocolos aumenta a probabilidade de denúncia. Assim, a criação, implementação e divulgação eficaz de diretrizes claras mostram-se essenciais para apoiar os profissionais e assegurar a proteção das crianças em risco.

2.3. Barreiras à denúncia

Alguns dos profissionais justificaram a ausência de denúncia de casos suspeitos de abuso infantil pela falta de confiança no próprio diagnóstico, enquanto outros atribuíram a decisão ao desconhecimento dos mecanismos formais necessários para avançar com o processo. A insegurança em relação à precisão da avaliação inicial pode estar associada

ao receio de repercussões pessoais, como a possibilidade de retaliação por parte do cuidador ou o medo de perder o paciente. Essa falta de confiança pode ainda refletir a falta de formação referente ao abuso infantil e a inexistência de protocolos específicos que orientem a prática clínica nestas situações. Por outro lado, o desconhecimento sobre os procedimentos de denúncia evidencia a ausência de orientações e diretrizes institucionais que indiquem de forma clara os passos a seguir e as entidades responsáveis a quem notificar. A inexistência de formação aplicada e de informação acessível contribui para a incerteza e para a hesitação dos profissionais perante estas situações.

Estes resultados são consistentes com o que é descrito na literatura, nomeadamente por Bjørknes et al., 2018, Cairns et al., 2005b, e Gupta et al., 2023, que identificam a insegurança diagnóstica como uma barreira significativa à denúncia, sublinhando a necessidade de formação contínua e de protocolos robustos para apoiar a tomada deste tipo de decisões.

2.4. Instituição mais adequada à denúncia de casos

Os participantes deste estudo apontaram a CPCJ como a entidade mais apropriada para a notificação de casos suspeitos de violência infantil, resultado que se encontra em consonância com o reportado por Ferraz, 2024. A escolha desta opção reflete a percepção de que a CPCJ constitui a autoridade competente para conduzir avaliações especializadas e coordenar respostas interinstitucionais, assegurando a proteção efetiva e o bem-estar das crianças em situação de risco.

2.5. Necessidade de um protocolo transversal

Os profissionais inquiridos neste estudo reconheceram como altamente relevante a existência de um protocolo uniforme aplicável a todos os profissionais de saúde oral a nível nacional, complementado por orientações claras para a abordagem de situações de violência infantil. Se, por um lado, a disponibilização de diretrizes contribui para uma identificação mais precoce e rigorosa destes casos, por outro, a adoção de um protocolo padronizado assegura maior consistência e eficiência no processo de denúncia. Esta visão converge com os resultados apresentados por Buldur et al., 2021, e Ferraz, 2024, que

salientam a relevância de diretrizes institucionais bem definidas para garantir uma resposta clínica mais estruturada e eficaz perante situações de abuso e negligência infantil.

3. Dados sociodemográficos

3.1. Género

A predominância de participantes do género feminino poderá estar associada à crescente feminização da profissão dentária em Portugal, tendência que tem sido igualmente descrita em diversos contextos internacionais. A proporção de estudantes do género feminino nos cursos de medicina dentária tem vindo a aumentar de forma consistente, refletindo-se subsequentemente na composição da classe profissional. Estes resultados coadunam-se com os obtidos em estudos como os de Brown et al., 1999, e Surdu et al., 2020.

A semelhante taxa de deteção entre homens e mulheres na amostra deste estudo encontra fundamentação bibliográfica nos estudos de Malpani et al., 2017, e Azevedo et al., 2012, mas, curiosamente, os resultados referentes à taxa de denúncia revelaram que esta é mais elevada entre os médicos dentistas do género masculino. Dado que surge em contradição com grande parte da literatura, que não identifica diferenças significativas entre géneros ou que, em alguns casos, aponta precisamente no sentido contrário (Adair et al., 1997; Azevedo et al., 2012; Kaur et al., 2016). A discrepância identificada poderá estar relacionada com as características da amostra, cuja representatividade, como já referido, apresenta limitações. Por esse motivo, estes dados devem ser interpretados com prudência. Futuros estudos, com amostras mais amplas e equilibradas, serão fundamentais para esclarecer esta questão.

Apesar de ter sido encontrada uma maior confiança nos participantes do género masculino no que diz respeito à autopercepção da capacidade de reconhecer casos de abuso e negligência infantil, importa sublinhar que esta diferença se refere apenas ao nível de confiança percecionada pelos profissionais, e não à sua capacidade real de deteção. De facto, não se observaram diferenças entre as taxas de deteção entre homens e mulheres. Assim, embora os resultados sugiram que os homens se sentem mais confiantes nas suas capacidades clínicas, tal não se traduz em discrepâncias efetivas de desempenho. Estes

resultados estão em consonância com os dados reportados no estudo finlandês de Karaharju-Suvanto et al., 2014.

3.2. Idade e experiência profissional

No presente estudo, embora a maioria dos participantes tenha entre 21 e 40 anos, observa-se uma distribuição etária mais equilibrada quando comparada com Ferraz, 2024, cuja amostra era marcadamente jovem. Esta diferença reflete-se também na experiência profissional: enquanto em Ferraz, 2024, predominavam profissionais em início de carreira, aqui verificou-se maior diversidade, com grupos menos e mais experientes representados de forma semelhante, conferindo maior abrangência à amostra no contexto nacional.

Os resultados sugerem que a taxa de deteção e denúncia de casos suspeitos de abuso e negligência infantil tende a aumentar com a idade e com os anos de prática profissional. Tal associação pode ser explicada pela experiência clínica acumulada, que favorece a sensibilidade para reconhecer sinais de abuso e a segurança na sua denúncia. Estes achados estão em consonância com Ferraz, 2024, Flaherty, 2000, e Marengo et al., 2013, que evidenciam menor familiaridade e propensão para o reporte entre profissionais mais jovens ou em início de carreira.

3.3. Especialidade e média de pacientes pediátricos atendidos semanalmente

Este estudo contou maioritariamente com a participação de médicos dentistas generalistas, o que reflete de forma fiel a realidade nacional. Em Portugal, o acesso às especialidades é bastante restrito, existindo atualmente apenas 45 vagas de 3 em 3 anos em todo o país (Anexo 4). Esta predominância de generalistas não é exclusiva do presente trabalho: estudos comparativos, como os de Ferraz, 2024 e Welbury et al., 2003, confirmam que a maioria dos profissionais envolvidos em investigações sobre abuso e negligência infantil exerce sem especialização formal.

Relativamente ao volume de pacientes, a análise revela que a maioria dos profissionais inquiridos atende semanalmente entre 36 e 59 pacientes, sendo que, no caso

dos pacientes pediátricos, a maior parte declarou atender entre 1 e 9 crianças por semana. Estes padrões parecem estar mais relacionados com as escolhas e preferências individuais de cada profissional do que com a formação especializada, já que alguns optam por dedicar-se ao atendimento infantil mesmo sem possuir uma especialização formal em odontopediatria. Os resultados obtidos alinham-se assim com os de Ferraz, 2024, o que reforça a existência desta tendência nacional.

Entre os profissionais que atendem pacientes pediátricos, apenas uma pequena parte relatou já ter suspeitado de pelo menos um caso de abuso ou negligência infantil. Averiguou-se também que, apesar de a confiança dos inquiridos nas próprias capacidades de reconhecimento aumentar à medida que a proporção de crianças atendidas semanalmente aumenta o número de pacientes pediátricos não influencia a taxa de denúncia. Estes resultados sugerem que a exposição a um maior volume de pacientes pediátricos, embora possa aumentar a percepção de competência, não se traduz numa maior frequência de denúncias. A experiência clínica isolada parece, assim, insuficiente para garantir uma resposta adequada, reforçando a necessidade de formação formal específica. Estes achados estão em consonância com os relatados por Azevedo et al., 2012, e Da Silva et al., 2014, que sublinham a importância de uma educação académica estruturada em associação com a experiência clínica do profissional.

3.4. Local de trabalho

O contexto de clínica privada foi o selecionado por mais participantes quando inquiridos sobre o local onde exerciam a sua atividade profissional, seguindo-se as clínicas universitárias, o meio hospitalar e os cuidados de saúde primários. Estes resultados refletem a realidade nacional, onde o setor privado ocupa um papel central no exercício da medicina dentária, em detrimento de contextos públicos ou hospitalares. Achados semelhantes foram reportados por Ferraz, 2024, que identificou igualmente a predominância de clínicas privadas entre os locais de trabalho de profissionais de saúde oral. Esta prevalência pode ser explicada pela maior acessibilidade e difusão deste tipo de unidades, em comparação com clínicas universitárias ou estruturas hospitalares.

Apesar das limitações previamente referidas em relação a estes dados, parece existir uma tendência consistente: contextos institucionais públicos (hospitalares e cuidados de saúde primários) apresentam taxas de reporte mais elevadas do que o setor privado. Esta diferença poderá estar relacionada não apenas com a organização e os recursos disponíveis em cada ambiente de trabalho, mas também com o perfil dos pacientes atendidos. Adair et al., 1997, e Buldur et al., 2022, salientam que o ambiente profissional condiciona tanto a abordagem dos clínicos como o tipo de população que estes acompanham. Neste sentido, é relevante considerar que, de acordo com Luo et al., 2025, crianças provenientes de famílias com maiores níveis de rendimento e educação, mais frequentemente utilizadoras de serviços privados, apresentam menor probabilidade de sofrer abuso ou negligência quando comparadas com crianças provenientes de contextos sociais mais vulneráveis.

Os presentes resultados estão igualmente em consonância com os achados de Uldum et al., 2010, que observaram uma maior frequência de denúncia entre profissionais do serviço municipal de saúde oral, quando comparados com aqueles que exerciam exclusivamente em prática privada

A presença de protocolos de atuação também variou consoante o local de trabalho, mostrando-se mais prevalente em contextos hospitalar e em centros de saúde. Esta disparidade confirma que ambientes mais regulamentados e próximos de serviços públicos de saúde tendem a apresentar maior estruturação no que respeita a mecanismos de resposta. Estudos prévios, como os de Ferraz, 2024, e Souza, 2002, sublinham que a existência de protocolos claros facilita a identificação e a denúncia de situações suspeitas, atuando como um fator determinante na prática clínica.

3.5. Área geográfica

Relativamente à distribuição da amostra por regiões geográficas, observou-se uma maior homogeneidade quando o país foi dividido horizontalmente em Norte (n=73), Centro (n=72) e Sul (n=43). A menor participação no Sul pode ser parcialmente atribuída ao facto de a rede de contactos utilizada por conveniência não ter tido o mesmo alcance nesta região. Contudo, para além deste fator metodológico, é importante referir que o Sul de Portugal apresenta uma menor densidade populacional em comparação com o Norte e

Centro (Instituto Nacional de Estatística, 2020), concentrando uma parte significativa da sua população em áreas urbanas de média dimensão, o que pode ter limitado a representatividade e o número de respostas obtidas nesta zona (Almeida, 2018; Almeida, 2020).

Quando a análise se centrou na divisão vertical, a disparidade foi mais evidente: 164 respostas foram recolhidas no litoral e apenas 24 no interior. Este resultado reflete tendências demográficas amplamente descritas na literatura, nomeadamente o êxodo rural e a consequente desertificação do interior, fenómenos que têm levado à concentração populacional no litoral e ao despovoamento de cerca de 80% do território português (Almeida et al., 2018; Almeida et al., 2020). Embora a natureza da rede de conveniência também possa ter condicionado o alcance no interior, é inegável que o menor número de profissionais de saúde oral neste território terá contribuído para o baixo número de respostas.

Nas Regiões Autónomas (Madeira e Açores), apenas nove profissionais participaram no estudo. Esta baixa representatividade pode ser explicada pelas mesmas razões: menor densidade populacional (Almeida, 2018; Almeida, 2020; Instituto Nacional de Estatística, 2020) e menor número absoluto de profissionais de saúde oral, para além de potenciais limitações logísticas na disseminação do questionário.

Apesar dos valores obtidos deverem ser interpretados cautelosamente devido a escassa resposta de profissionais que trabalhassem no interior do país, os achados que apontam para uma menor taxa de deteção e denúncia nessa área encontram suporte em estudos prévios como o de Brattabø et al., 2016, onde se verificou que médicos dentistas em municípios menos populosos tinham menor probabilidade de realizar denúncias às autoridades de proteção infantil, em comparação com colegas de áreas urbanas. Uma explicação sugerida pelos autores é que, em comunidades pequenas, os profissionais tendem a conhecer melhor as famílias, o que aumenta o limiar para suspeitar de maus-tratos infantis e pode gerar barreiras emocionais ou sociais adicionais à denúncia, como o receio de comprometer a relação com o paciente ou a lealdade à família.

Em concordância com Brattabø et al., 2016, este estudo indica então que a probabilidade de efetuar uma comunicação de suspeita de abuso ou negligência infantil varia entre regiões geográficas. Estas diferenças regionais parecem resultar de múltiplos fatores ainda não totalmente claros, o que torna necessário o desenvolvimento de mais

investigação com o objetivo de compreender quais os fatores determinantes e, assim, aprofundar o conhecimento sobre os mecanismos que influenciam a suspeita e a denúncia de casos. Esta disparidade geográfica observada poderá refletir não só a distribuição desigual da população e dos profissionais de saúde oral a nível nacional, mas também fatores culturais e relacionais próprios de contextos sociais com menor número de habitantes.

4. Considerações Finais

Encerrando a presente discussão, apresentam-se de seguida as ponderações finais referentes a este estudo. Entre os pontos fortes deste estudo destacam-se a introdução do género e da distribuição geográfica como variáveis sociodemográficas, elementos que enriquecem a caracterização da amostra. De igual modo, o facto de este trabalho constituir a segunda aplicação do questionário desenvolvido por Ferraz, 2024, contribui para a validação e consolidação dos resultados obtidos previamente, reforçando as conclusões de um estudo pioneiro num tema ainda insuficientemente explorado em Portugal.

Por fim, importa salientar que futuras investigações devem procurar alcançar uma amostra maior, mais diversa e mais heterogénea, especialmente no que diz respeito à profissão exercida. Tal permitiria obter uma perspetiva mais abrangente e próxima da realidade nacional, oferecendo uma caracterização mais robusta dos conhecimentos e necessidades dos profissionais de saúde oral perante situações de abuso e negligência infantil.

VI. Conclusões

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho revela lacunas significativas no conhecimento e na prática dos profissionais de saúde oral relativamente à identificação e denúncia de casos de violência infantil. A nível nacional, a deteção mostra-se limitada e a denúncia após suspeita permanece baixa, o que evidencia as fragilidades na resposta a situações que exigem intervenção imediata e eficaz. Apesar do papel estratégico dos profissionais de saúde oral na identificação precoce de sinais de abuso e negligência, a sua ação continua condicionada por múltiplos constrangimentos.

Neste contexto, torna-se fundamental reduzir as inseguranças que comprometem a atuação dos profissionais. Estas incertezas manifestam-se sobretudo na insegurança referente ao diagnóstico, no receio de repercussões futuras, e na falta de confiança nas instituições responsáveis por estes casos. A responsabilidade das entidades competentes passa, portanto, por fornecer mecanismos claros de suporte e orientação que garantam um enquadramento seguro e consistente para a denúncia.

Um possível caminho de ação passa pelo investimento consistente na educação, tanto ao nível da formação pré-graduada como da formação contínua, assegurando que todos os profissionais adquirem competências sólidas na identificação e atuação em casos de violência infantil. Paralelamente, a criação e implementação de protocolos padronizados a nível nacional poderão constituir um instrumento fundamental para uniformizar procedimentos, reduzir incertezas e garantir maior eficácia na resposta a estas situações. Assim, medidas estruturadas de educação e normatização institucional têm o potencial de colmatar as falhas atualmente existentes, assegurando uma proteção mais efetiva das crianças e jovens portugueses e contribuindo para o fortalecimento da responsabilidade social e ética da medicina dentária.

VII. Referências bibliográficas

- Adair, S., Yasrebi, S., Wray, I., Hanes, C., Sams, D., & Russell, C. (1997). *Demographic, educational, and experiential factors associated with dentists' decisions to report hypothetical cases of child maltreatment*. *Pediatric Dentistry*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Demographic%2C-educational%2C-and-experiential-factors-Adair-Yasrebi/6662b653b516cd7944b56e75bcf5b55538c11ab3>
- Al-Dabaan, R., Newton, J. T., & Asimakopoulou, K. (2014). Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect. *The Saudi Dental Journal*, 26(3), 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2014.03.008>
- Almeida, M. A. (2018). Fighting depopulation in Portugal: Local and central government policies in times of crisis. *Portuguese Journal of Social Science*, 17(3), 289–309. https://doi.org/10.1386/pjss.17.3.289_1
- Almeida, M. A. (2020). The use of rural areas in Portugal: Historical perspective and the new trends. *Revista Galega de Economía*, 29(2), 1–17. <https://doi.org/10.15304/rge.29.2.6750>
- Almutairi, M., Alomran, I., Alshahrani, R., Alsania, R., Ali, H. A., Allam, R., Alessa, N., & Hafiz, Z. (2023). Child Abuse and Neglect: Awareness among Dental Students. *Healthcare*, 11(18), 2510. <https://doi.org/10.3390/healthcare11182510>
- American Academy of Pediatrics. (1986). Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*, 78(3), 537–539. <https://doi.org/10.1542/peds.78.3.537>
- Azevedo, M., Leão Marília, M., Brito, A., Paula Possebon, A., Domingues, J., Fernando Demarco, F., & Dias Torriani, D. (2012). Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res*, 26(1), 5–11. <https://www.scielo.br/j/bor/a/BbVFB7bTRnJKYNwzWC6PKmK/?lang=en>
- Biss, S. P., Tomazinho, P. H., Pizzatto, E., & Losso, E. M. (2015). Maus tratos infantis: avaliação do currículo dos cursos em odontologia. *Revista Da ABENO*, 15(1), 55–62. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v15i1.155>
- Bjorknes, R., Iversen, A. C., Nordrehaug Åstrøm, A., & Vaksdal Brattabø, I. (2018). Why are they reluctant to report? A study of the barriers to reporting to child welfare services among public dental healthcare personnel. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), 871–879. <https://doi.org/10.1111/hsc.12703>
- Brattabø, I. V., Iversen, A. C., Åstrøm, A. N., & Bjorknes, R. (2016). Experience with suspecting child maltreatment in the Norwegian public dental health services, a national survey. *Acta Odontologica Scandinavica*, 74(8), 626–632. <https://doi.org/10.1080/00016357.2016.1230228>
- Brown, L. J., & Lazar, V. (1999). Trends in the dental health work force. *The Journal of the American Dental Association*, 130(12), 1743–1749. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1999.0131>
- Bsoul, S. A., Flint, D. J., Dove, S. B., Senn, D. R., & Alder, M. E. (2003). Reporting of child abuse: a follow-up survey of Texas dentists. *Pediatric Dentistry*, 25(6), 541–545. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14733467/>
- Buldur, B., Büyükkök, Ç., & Cavalcanti, A. (2021). *Knowledge, attitudes, and perceptions regarding child abuse and neglect among dentists in Turkey*. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0001>
- Cairns, A., Mok, J., & Welbury, amp; (2005a). 310 © 2005 BSPD and IAPD Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 15, 310–318.
- Cairns, A., Mok, J., & Welbury, R. (2005b). The dental practitioner and child protection in Scotland. *British Dental Journal*, 199(8), 517–520. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4812809>
- Cavalcanti, A. L. (2010). 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. *Dental Traumatology*, 26(2), 149–153. <https://doi.org/10.1111/j.1600-9657.2009.00859.x>
- Cavalcanti, A., Granville-Garcia, A. F., Melo, M., Luciana, Oliveira, L., & Lemos, A. D. (2009). Dentist's role in recognizing child abuse: a case report. *Revista Odonto Ciência*, 24(4), 432–434. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/article/view/3789>

CPCJ. (2024). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2024*. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/relatorio-atividades>

Cukovic-Bagic, I., Dumancic, J., Kujundzic Tiljak, M., Drvaric, I., Boric, B., Kopic, V., Krupic, I., Bakarcic, D., Budimir, M., & Welbury, R. R. (2014). Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 25(6), 444–450. <https://doi.org/10.1111/ipd.12151>

da Silva, R. A., Goncalves, L. M., Rodrigues, A. C. A., & da Cruz, M. C. F. N. da. (2014). The dentist's role in identifying child abuse: an evaluation about experiences, attitudes, and knowledge. *General Dentistry*, 62(1), 62–66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24401353/>

DGS. (2020). *Programa Nacional - Prevenção da Violência no Ciclo de Vida: Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/02/DGS_Plano_AP_Violencia_S_Saude_2020-02-29-FINAL.pdf

Diário da República. (1987). *Código de Processo Penal - CPC - Artigo 242º. Decreto-Lei n.º 78/87 - Denúncia Obrigatória*. Diariodarepublica.pt. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1987-34570075-58745686>

Diário da República. (1999). *Lei no 147/99, de 1 de Setembro. Lei de proteção de crianças e jovens em perigo*. Diariodarepublica.pt. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1999/09/204a00/61156132>

Duman, C., Al-Batayneh, O. B., Ahmad, S., Durward, C., Kobylińska, A., Vieira, A. R., Tredoux, S., Alev Eda Okutan, Edibe Egil, Elif Ece Kalaoglu, Belen Şirinoğlu Çapan, Damla Aksit Bicak, & Zafar, S. (2021). Self-reported knowledge, attitudes, and practice of final-year dental students in relation to child abuse: A multi-centre study. 31(6), 801–809. <https://doi.org/10.1111/ipd.12781>

Ferraz, M. (2024). *Violência contra crianças e adolescentes : conhecimentos e atitudes dos médicos dentistas em Portugal*. Rcaap.pt. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/7fbc9b01-1df0-4cef-819a-2b75ebe1c9be>

Flaherty, E. G. (2000). Health Care Providers' Experience Reporting Child Abuse in the Primary Care Setting. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(5), 489. <https://doi.org/10.1001/archpedi.154.5.489>

Garrocho-Rangel, A., Márquez-Preciado, R., Olguín-Vivar, A.-I., Ruiz-Rodríguez, S., & Pozos-Guillén, A. (2015). Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 7(3), e428–e434. <https://doi.org/10.4317/jced.52301>

Gupta, S., Devi, A., Kamboj, M., Hooda, A., & Narwal, A. J. (2023). Knowledge, awareness and attitude of dental professionals regarding child maltreatment. *The Journal of Forensic Odonto-Stomatology*, 41(2), 10–20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37634172/>

Gutmann, M. E., & Solomon, E. S. (2002). Family Violence Content in Dental Hygiene Curricula: A National Survey. *Journal of Dental Education*, 66(9), 999–1005. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2002.66.9.tb03583.x>

Håkstad, K., Fegran, L., Hovden, E., & Kopp, U. (2023). Orofacial signs of child or adolescent maltreatment identified by dentists and dental hygienists: A scoping review. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 34(3), 285–301. <https://doi.org/10.1111/ipd.13139>

Harris, C. M., Welbury, R., & Cairns, A. M. (2013). The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. *British Dental Journal*, 214(9), E24–E24. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2013.435>

Harris, J. C., Elcock, C., Sidebotham, P. D., & Welbury, R. R. (2009). Safeguarding children in dentistry: 1. Child protection training, experience and practice of dental professionals with an interest in paediatric dentistry. *British Dental Journal*, 206(8), 409–414. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2009.307>

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *PORTUGAL EM NÚMEROS \ 1 Statistics Portugal Instituto Nacional de Estatística*.

Jakobsen, U., Fjallheim, A. S., Gislason, H., Gudmundsen, E., Poulsen, S., & Haubek, D. (2019). Dental professionals' experience with and handling of suspicion of child maltreatment in a small-scale society, the Faroe Islands. *Clinical and Experimental Dental Research*, 5(2), 145–150. <https://doi.org/10.1002/cre2.164>

- John, V., Messer, L. B., Arora, R., Fung, S., Hatzis, E., Nguyen, T., San, A., & Thomas, K. (1999). Child abuse and dentistry: A study of knowledge and attitudes among dentists in Victoria, Australia. *Australian Dental Journal*, 44(4), 259–267. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.1999.tb00230.x>
- Karaharju-Suvanto, T., Näpänkangas, R., Koivumäki, J., Pyörälä, E., & Vinkka-Puhakka, H. (2014). Gender differences in self-assessed clinical competence— a survey of young dentists in Finland. *European Journal of Dental Education*, 18(4), 234–240. <https://doi.org/10.1111/eje.12092>
- Kaur, H., Chaudhary, S., Choudhary, N., Manuja, N., Chaitra, T. R., & Amit, S. A. (2016). Child abuse: Cross-sectional survey of general dentists. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 6(2), 118–123. <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2015.08.002>
- Kongerslev, M. T., Bach, B., Rossi, G., Trauelsen, A. M., Ladegaard, N., Løkkegaard, S. S., & Bo, S. (2019). Psychometric validation of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF) in a Danish clinical sample. *Child Abuse & Neglect*, 94, 104026. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104026>
- Laud, A., Gizani, S., Maragkou, S., Welbury, R., & Papagiannoulis, L. (2012). Child protection training, experience, and personal views of dentists in the prefecture of Attica, Greece. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 23(1), 64–71. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263x.2012.01225.x>
- Lazenbatt, A., & Freeman, R. (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 227–236. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04030.x>
- Losso, E., Marengo, G., & El, M. (2012). *Child abuse: perception and management of the Brazilian endodontists Flares Baratto-Filho*. http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-56852012000100011
- Luo, Z., Chen, Y., & Epstein, R. A. (2025). Risk factors for child abuse and neglect: Systematic review and meta-analysis. *Public Health*, 241, 89–98. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.01.028>
- Malpani, S., Arora, J., Diwaker, G., Kaleka, P. K., Parey, A., & Bontala, P. (2017). Child Abuse and Neglect: Do We know enough? A Cross-sectional Study of Knowledge, Attitude, and Behavior of Dentists regarding Child Abuse and Neglect in Pune, India. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 18(2), 162–169. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10024-2009>
- Manea, S., Favero, G., Stellini, E., Romoli, L., Mazzucato, M., & Facchin, P. (2007). Dentists' Perceptions, Attitudes, Knowledge, and Experience about Child Abuse and Neglect in Northeast Italy. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 32(1), 19–26. <https://doi.org/10.17796/jcpd.32.1.f920721252jx3614>
- Marengo, G., Borges De Paola, A., Ferreira, F., Pizzatto, E., Correr, G., & Losso, E. (2013). Child abuse: validation of a questionnaire translated into Brazilian Portuguese. *Braz Oral Res*, 27(2), 163–171.
- Nagarajan, Sk. (2018). Craniofacial and oral manifestation of child abuse: A dental surgeon's guide. *Journal of Forensic Dental Sciences*, 10(1), 5. https://doi.org/10.4103/jfo.jfds_84_16
- Naidoo, S. (2000). A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child Abuse & Neglect*, 24(4), 521–534. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(00\)00114-9](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(00)00114-9)
- OMS. (1999). Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva. *Iris.who.int*. <https://iris.who.int/handle/10665/65900>
- OMS. (2014). *Global status report on violence prevention 2014: executive summary*. *Www.who.int*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NVI-14.2>
- OMS. (2016). *INSPIRE: Seven strategies for Ending Violence Against Children*. *World Health Organization*. *Www.who.int*. <https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>
- OMS. (2024). *Child maltreatment*. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Owais, A. I. N., Qudeimat, M. A., & Qodceih, S. (2009). Dentists' involvement in identification and reporting of child physical abuse: Jordan as a case study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 19(4), 291–296. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263x.2009.00971.x>

- Russell, M., Lazenbatt, A., Freeman, R., & Marcenes, W. (2004). Child physical abuse: health professionals' perceptions, diagnosis and responses. *British Journal of Community Nursing*, 9(8), 332–339. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2004.9.8.15355>
- Sarkar, R., Ozanne-Smith, J., & Bassed, R. (2019). Systematic Review of the Patterns of Orofacial Injuries in Physically Abused Children and Adolescents. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(1), 136–146. <https://doi.org/10.1177/1524838019827617>
- Schilling, S., & Christian, C. W. (2014). Child Physical Abuse and Neglect. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 309–319. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.001>
- Sharratt, K., & colleagues. (2022). Childhood Abuse and Neglect, Exposure to Domestic Violence and Sibling Violence: Profiles and Associations With Sociodemographic Variables and Mental Health Indicators. *CrimRxiv*. <https://doi.org/10.21428/cb6ab371.439d994d>
- Simeão, G. C., Daniel, Z. de C., Bettega, P. V. C., Silva, F. B., Prosdócimo, M. L., Fatturi, A. L., & Occhi-Alexandre, I. G. P. (2023). NEGLIGÊNCIA ODONTOLÓGICA E ABUSO INFANTIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Revista Gestão & Saúde*, 1(25). <https://doi.org/10.59974/1984-8153.2023.21>
- Soares, I. M., & Pereira, T. S. (2023). ABUSO SEXUAL INFANTIL: o que o cirurgião-dentista deve saber? *Scientia Generalis*, 4(2), 395–406. <https://doi.org/10.22289/sg.V4N2A34>
- Sonbol, H. N., Abu-Ghazaleh, S., Rajab, L. D., Baqain, Z. H., Saman, R., & Al-Bitar, Z. B. (2011). Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *European Journal of Dental Education*, 16(1). <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2011.00691.x>
- Souza, E. (2002). *AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E CONDUTA DE MÉDICOS E CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE MAUS-TRATOS E VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE*.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2014). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Surdu, S., Mertz, E., Langelier, M., & Moore, J. (2020). Dental Workforce Trends: A National Study of Gender Diversity and Practice Patterns. *Medical Care Research and Review*, 78(1_suppl), 30S39S. <https://doi.org/10.1177/1077558720952667>
- Tsang, A., & Sweet, D. (1999). Detecting child abuse and neglect--are dentists doing enough? *Journal (Canadian Dental Association)*, 65(7), 387–391. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10465918/>
- Uldum, B., Christensen, H. N., Welbury, R., & Haubek, D. (2017). How Danish dentists and dental hygienists handle their role in child abuse and neglect matters. *Acta Odontologica Scandinavica*, 75(5), 332–337. <https://doi.org/10.1080/00016357.2017.1307448>
- Uldum, B., Christensen, H. N., Welbury, R., & Poulsen, S. (2010). Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 20(5), 361–365. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263x.2010.01070.x>
- Van Dam, B. A. F. M., Van der Sanden, W. J. M., & Bruers, J. J. M. (2015). Recognizing and reporting domestic violence: attitudes, experiences and behavior of Dutch dentists. *BMC Oral Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-015-0141-4>
- Welbury, R. R., MacAskill, S. G., Murphy, J. M., Evans, D. J., Weightman, K. E., Jackson, M. C., & Crawford, M. A. (2003). General dental practitioners' perception of their role within child protection: a qualitative study. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 4(2), 89–95. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12870978/>

VIII. Anexos

Anexo 1 – Parcer emitido pela Comissão Ética da Egas Moniz School of Health and Science.



PT-486/24 Proposta de Tese registada por Tomás Cardoso a 14/11/2024

Workflow: Proposta de Tese Tipo: Proposta de Tese Data de Emissão: 14/11/2024

Formulário de submissão

Dados dos orientadores

Documentos para Comissão de Ética

Parecer Orientação

ROT

Direção de Laboratórios

PCC

PC

Comissão de Ética

Aprovado por

Filipa Vicente

Data

06/02/2025

Proposta aprovada?

Sim

Anexo 2 – Consentimento informado


Consentimento Informado
Código| IMP-EM-PE-17_03

Monte da Caparica, 22 de janeiro de 2025

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projeto Final do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação do Professor Doutor Tiago João dos Santos Fernandes Ferro, solicita-se a sua autorização para a participação no estudo “Reconhecimento de abuso infantil por profissionais de saúde oral na prática clínica”, aplicável a Médicos Dentistas, Estomatologistas e Higienistas Orais, com o objetivo de avaliar a perceção individual dos profissionais nesta temática e promover a sua consciencialização. O estudo consiste no preenchimento de um questionário de 28 itens de escolha múltipla sobre sinais e sintomas associados a abuso infantil, potencialmente observados na sua prática clínica.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo. Este estudo pode trazer benefícios, tais como o progresso do conhecimento na área da Odontopediatria.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)

IMP-EM-PE-17 | Versão 1 | Rev. 3 | 07/12/2022 | Cópia não controlada quando impressa

Egas Moniz - Cooperativa de Ensino Superior, CRL
Campus Universitário - Quinta da Granja
2829-511 Monte da Caparica, Portugal
NIF 504 218 611

Anexo 3 – Questionário Ferraz 2024 (adaptado)

Reconhecimento de abuso infantil por profissionais de saúde oral na prática clínica

Tese de Mestrado

Consentimento informado

No âmbito do Mestrado Integrado de Medicina Dentária na Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projeto Final do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação do Professor Doutor Tiago João dos Santos Fernandes Ferro, solicita-se autorização para a participação no estudo "Reconhecimento de abuso infantil por profissionais de saúde oral na prática clínica" a Médicos Dentistas, Estomatologistas e Higienistas Oraís com o objetivo de aumentar a consciencialização sobre o tópico, que consiste no preenchimento de um questionário de 28 itens de escolha múltipla sobre abuso infantil.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo. Este estudo pode trazer benefícios tais como o progresso do conhecimento na área da Odontopediatria.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

Declaro que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

1. Selecione uma das opções:

Marcar apenas uma oval.

☐ Aceito participar

☐ Não aceito participar.

Dados sociodemográficos

2. Com que género se identifica?

Marcar apenas uma oval.

☐ Género masculino.

☐ Género feminino.

☐ Prefiro não responder.

☐ Outro

3. Que idade tem?

Marcar apenas uma oval.

☐ Entre 21 e 24 anos.

☐ Entre 25 e 30 anos.

☐ Entre 31 e 35 anos.

☐ Entre 36 e 40 anos.

☐ Entre 41 e 45 anos.

☐ Entre 46 e 50 anos.

☐ Entre 51 e 55 anos.

☐ Entre 56 e 60 anos.

☐ Entre 61 e 65 anos.

☐ Entre 66 e 70 anos.

☐ Entre 71 e 75 anos.

☐ Mais de 75 anos.

4. Indique o ano em que terminou a sua formação académica como profissional de saúde oral (ex. 2002):

5. Há quantos anos exerce como profissional de saúde oral?

Marcar apenas uma oval.

☐ Menos de 5 anos.

☐ Entre 5 e 10 anos.

☐ Entre 11 e 20 anos.

☐ Mais de 20 anos.

6. Qual das seguintes profissões de saúde oral exerce?

Marcar apenas uma oval.

☐ Médico Dentista. *Pular para a pergunta 7*

☐ Médico Estomatologista. *Pular para a pergunta 8*

☐ Higienista Oral. *Pular para a pergunta 8*

Pular para a pergunta 8

Dados sociodemográficos

7. Caso na última pergunta tenha respondido Médico Dentista, é detentor de alguma(s) das especialidades reconhecidas pela Ordem dos Médicos Dentistas?

Marcar apenas uma oval.

☐ Odontopediatria.

☐ Ortodontia.

☐ Cirurgia Oral.

☐ Periodontologia.

☐ Não tenho.

Dados sociodemográficos

8. Quantos pacientes atende, em média, por semana?

9. Do total de pacientes que atende por semana, quantos são crianças/adolescentes?

10. Indique qual dos seguintes se enquadra melhor no seu local de trabalho (pode selecionar mais do que um):

Marque todas que se aplicam.

☐ Clínica privada.

☐ Clínica universitária.

☐ Unidade hospitalar.

☐ Outro: _____

11. Em que área geográfica exerce? (pode selecionar mais que um)

Marque todas que se aplicam.

☐ Açores.

☐ Aveiro.

☐ Beja.

☐ Braga.

☐ Bragança.

☐ Castelo Branco.

☐ Coimbra.

☐ Évora.

☐ Faro.

☐ Guarda.

☐ Leiria.

☐ Lisboa.

☐ Madeira.

☐ Portalegre.

☐ Porto.

☐ Santarém.

☐ Setúbal.

☐ Viana do Castelo.

☐ Vila Real.

☐ Viseu.

Conhecimentos sobre violência infantil, lesões orais e sinais de agressão suspeitos

12. Durante a sua formação, frequentou alguma(s) unidade(s) curricular(es) que abordasse o reconhecimento de maus-tratos e abusos infantis?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim.
☐ Não.

13. Participou em alguma formação pós-graduada/curso que abordasse o reconhecimento de maus-tratos e abusos infantis?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Pular para a pergunta 14
☐ Não. Pular para a pergunta 15

Conhecimentos sobre violência infantil, lesões orais e sinais de agressão suspeitos

14. Se respondeu que "Sim" na pergunta anterior, considerou útil e que tenha contribuído para suspeitar/detetar mais casos na sua prática clínica?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim.
☐ Não.

Conhecimentos sobre violência infantil, lesões orais e sinais de agressão suspeitos

15. De 0 a 10, em que "0 - Nenhuma necessidade" e "10 - Muito necessário", qual o grau de necessidade que sente em ter mais conhecimentos sobre maus-tratos e abusos infantis?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nen ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito necessário.

16. Usando uma escala de 0 a 10, em que "0 - Nenhuma capacidade" e "10 - Totalmente capaz", avalie a sua capacidade para reconhecer um caso suspeito de maus-tratos/abuso infantil?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nen ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente capaz.

17. Já detetou/suspeitou de algum caso de maus-tratos e/ou abusos infantis nas suas consultas?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Pular para a pergunta 18
☐ Não. Pular para a pergunta 21

Conhecimentos sobre violência infantil, lesões orais e sinais de agressão suspeitos

18. Se respondeu "Sim" na questão anterior, reportou a situação identificada a alguma entidade?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim. Pular para a pergunta 19
☐ Não. Pular para a pergunta 21

Conhecimentos sobre violência infantil, lesões orais e sinais de agressão suspeitos

19. Se respondeu "Sim" na questão anterior, a que entidade reportou a situação identificada?

Pular para a pergunta 20

Conhecimentos sobre violência infantil, lesões orais e sinais de agressão suspeitos

20. O que o levou a suspeitar dessa situação em concreto?

Pular para a pergunta 21

Conhecimentos sobre violência infantil, lesões orais e sinais de agressão suspeitos

21. Caso tenha suspetado mas não reportado o caso, por que motivo não reportou?

Conhecimentos sobre violência infantil, lesões orais e sinais de agressão suspeitos

22. Ao longo do seu percurso profissional, quantas vezes se deparou com um caso de suspeita de maus-tratos e/ou abusos infantis?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nunca.
☐ Uma vez.
☐ Até 5 vezes.
☐ Até 10 vezes.
☐ Mais que 10 vezes.

23. Qual/quais das seguintes manifestações considera sinal de agressão física e/ou sexual (pode selecionar todas as que considerar)?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Hematomas faciais.
- ☐ Lesões labiais.
- ☐ Lacerações nas comissuras.
- ☐ Eritemas.
- ☐ Fraturas dentárias.
- ☐ Traumatismos dentários inexplicáveis.
- ☐ Lacerações dos freios.
- ☐ Queimaduras na mucosa oral.
- ☐ Traumatismos do palato.
- ☐ Úlceras na língua.
- ☐ Petéquias na junção do palato duro/mole.
- ☐ Hematomas dos membros superiores.
- ☐ Fraturas recorrentes dos membros superiores.

☐ Outro: _____

24. Qual/quais dos seguintes comportamentos considera desajustados em contexto de consulta por parte das crianças/adolescentes (pode selecionar todas as que considerar)?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Comportamentos agressivos com os médicos dentistas.
- ☐ Comportamentos agressivos com os pais/tutores legais.
- ☐ Gritos.
- ☐ Medo.
- ☐ Crises de pânico.
- ☐ Insegurança.
- ☐ Pouca colaboração nos procedimentos.
- ☐ Tristeza.
- ☐ Ansiedade.
- ☐ Comportamento eufórico desajustado.
- ☐ Hesitação.
- ☐ Desobediência.
- ☐ Pouco contato visual.
- ☐ Vergonha.

☐ Outro: _____

25. Qual/quais dos seguintes comportamentos considera desajustados em contexto de consulta por parte dos pais/cuidadores que acompanham (pode selecionar todas as que considerar)?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Demonstrar carinho verbal com a criança na consulta.
- ☐ Conversar com a criança durante a consulta.
- ☐ Ficar calado durante a consulta.
- ☐ Discutir com a criança durante a consulta.
- ☐ Demonstrar irritação com a criança.
- ☐ Falar num tom agressivo com a criança.
- ☐ Demonstrar tristeza durante a consulta.
- ☐ Demonstrar ansiedade durante a consulta.
- ☐ Ameaçar verbalmente a criança perante um comportamento seu não desejável.
- ☐ Demonstrar excessivo cuidado e proteção para com a criança durante a consulta.
- ☐ Tratar a criança como se ela tivesse uma idade inferior à que ela realmente tem.
- ☐ Fazer demonstrações de carinho físico (toque, beijos e abraços) na criança durante a consulta.
- ☐ Fazer comentários negativos sobre a criança durante a consulta.

☐ Outro: _____

26. Perante a suspeita de maus-tratos e abuso infantil, com base em lesões orofaciais que tipo de medidas toma ou tomaria (pode selecionar todas as que considerar)?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Documentar as lesões.
- ☐ Pedir opinião a outro colega.
- ☐ Relatar ao serviço de proteção de menores.
- ☐ Nenhuma.

☐ Outro: _____

27. Na clínica/ Unidade de Saúde onde trabalha, existe algum protocolo para lidar com casos de suspeita de maus-tratos/abusos infantis?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim.
- ☐ Não.
- ☐ Não sei.

28. Alguma vez não reportou um caso que suspeitava por falta de confiança no diagnóstico?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim.
- ☐ Não.
- ☐ Nunca suspeitei de um caso.

29. Alguma vez não reportou um caso que suspeitava por não saber como proceder a uma denúncia?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim.
- ☐ Não.
- ☐ Nunca suspeitei de um caso.

30. Qual das seguintes entidades considera a mais indicada para reportar em caso de deteção/suspeita?

Marcar apenas uma oval.

☐ Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ).

☐ Ministério Público.

☐ Polícia de Segurança Pública (PSP).

☐ Guarda Nacional Republicana (GNR).

☐ Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV).

☐ Tribunal da área respetiva.

☐ Ordem profissional (Médicos Dentistas, Médicos, outros).

☐ Outro: _____

31. Usando uma escala de 0 a 10, em que "0 - Nenhuma necessidade" e "10 - Completa necessidade", qual é a sua percepção da necessidade da criação de um protocolo transversal a todos os médicos dentistas portugueses perante a suspeita de maus-tratos infantis nas suas consultas?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nen ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Completa necessidade.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

Anexo 4 – Vagas de acesso a especialidade em medicina dentária, adaptado de (Ferraz, 2024).

Periodontia	FMDUL- 4 vagas de 3 em 3 anos
	FMDUC- 4 vagas de 3 em 3 anos
	FMDUP- 4 vagas de 3 em 3 anos
	IUEM- 4vagas de 3 em 3 anos
Cirurgia Oral	FMDUL- 4 vagas de 3 em 3 anos
Odontopediatria	FMDUL- 4 vagas de 3 em 3 anos
Ortodontia	FMDUL- 4 vagas de 3 em 3 anos
	FMDUC- 3 vagas todos os anos
	FMDUP- 4 vagas de 3 em 3 anos
	IUEM- 4vagas de 3 em 3 anos