

ODONTOPEDIATRAS E VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: COMO ELES ATUAM?

Pedodontics and violence against children and teenager: how do they ACT?

Paulo Cesar Moreira Campos

IFF/FIOCRUZ

Email: paulotorreao@hotmail.com

Recebido em 01/11/2010

Aceito em 25/11/2010

RESUMO

A violência familiar contra criança e o adolescente apenas recentemente se tornou objeto de atuação para as Políticas Públicas. O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) torna obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças, e adolescentes, estando todos os profissionais que lidam com estes a fazê-lo, incluindo os de saúde. O cirurgião-dentista deve estar capacitado para identificar casos de crianças ou adolescentes vítimas de maus-tratos, oferecer os cuidados dentários de emergência que sejam necessários e notificar as autoridades competentes. Este estudo avaliou o conhecimento e atitudes de odontopediatras da cidade do Rio de Janeiro (RJ) frente ao abuso infantil. Um questionário foi elaborado e depois respondido por 123 odontopediatras. Dentre todos os dentistas consultados, quinze (12,6%) pertenciam ao sexo masculino e 104 (87,4%) ao sexo feminino. Um grande número de profissionais (40,2%) nunca recebeu informações sobre violência familiar contra crianças e adolescentes. Quarenta e três dentistas (36,4%) suspeitaram de casos de maus-tratos infantis em seus consultórios. Vinte e três (19,5%) fizeram diagnóstico. Nesta situação, 76,5% de todos os odontopediatras consultados responderam que eles conversariam com os pais das crianças. Estes profissionais acreditam que todos os casos suspeitos ou confirmados de violência familiar devem ser notificados (78,9%, N=19). Este trabalho demonstrou que odontopediatras não têm um padrão de conduta diante destes casos, isto ocorre pela ausência ou insuficiência de informações sobre como identificar e notificar estes incidentes.

Palavras-chave: Odontopediatra, abuso, crianças, odontologia.

ABSTRACT

Familiar violence against children and adolescents has been object of concern for various Brazilian's institutes. The law Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) becomes obligatory the notification of suspect or confirmed cases of abuse against children and adolescents by all kind of professionals dealing with them, including health professionals. We can affirm that the dentist as health professional and, mainly as citizen, must be able to identify cases of children or adolescents victims of abuse, and offer them necessary dental care emergency services and also notify the competent authorities. This study evaluated the Knowledge and attitudes of pedodontics from the city of Rio de Janeiro (RJ), concerning child abuse. A questionnaire was elaborated and after answered by 123 pedodontics. Among all dentists consulted, 15 (12,6%) were males and 104 (87,4%) females. A large number of professionals (40,2%) never received information about child abuse. Forty-three (36,4%) dentists detected cases of child abuse in their offices. Twenty-three (19,5%) made the diagnostic. In this situation, 76,5% of all consulted pedodontics answered that they would talk to the child's parents. The pedodontics believe that all the confirmed or suspicious cases of familiar violence must be notified (78,9% N =19). The study demonstrated that dentists don't have behavior standard because they lack information regarding means of identification and notification of these incidents.

Key words: pedodontics, abuse, child, odontology.

INTRODUÇÃO

A violência é um dos grandes problemas a ser enfrentado pela sociedade brasileira. A infância e juventude são alvos fáceis e, portanto vítimas preferenciais até mesmo no ambiente do próprio lar. A família, instituição que deveria proteger as crianças e adolescentes, é comumente a agressora principal nas fases iniciais da vida.

Os maus-tratos familiares direcionados a crianças podem ser identificados como traumas não acidentais infligidos a uma criança por alguém designado a tomar conta da mesma. Podem ser divididos em: físicos, sexuais, psicológicos, negligência e Síndrome de Munchausen por Procuração. Essas categorias se, superpõem: todas as formas de maus-tratos apresentam componentes emocionais e o abuso sexual é também categoria de maus-tratos físicos (FISCHER & MC DONALD, 1998).

A responsabilidade governamental sobre crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade tem se tornado mais evidente desde a década de 90. O Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA, lei federal brasileira nº 8.069, de 13 de julho de 1990 prevê no artigo 13, capítulo do Direito à Vida e à Saúde que os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças ou adolescentes serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem haver prejuízo de outras providências legais. A promulgação do ECA objetivou resgatar os direitos e liberdades das crianças e adolescentes perante a sociedade e o Estado, colocando, no seu artigo 70, ser dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente.

Em 1993, o Ministério da Saúde editou documento que pela primeira vez tratava da questão da violência contra crianças e adolescentes no qual ressaltava a sua relevância social e a reconhecia como importante problema de saúde pública. A área de saúde tem tomado para si um dos mais importantes papéis nesta nova época, incluindo-se aí o relevante papel a ser potencialmente desempenhado pela odontologia (ASSIS, 1994).

No Brasil, apenas recentemente a odontologia vem discutindo sua parcela de responsabilidade na detecção, tratamento e prevenção da violência familiar contra crianças e adolescentes e mais especificamente com relação às suas modalidades físicas e sexuais. Esta atuação pode ser respaldar no inciso V do artigo 4º do Código de Ética (2003), que define como dever do cirurgião-den-

tista a promoção da saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado, considerando a finalidade da promoção da saúde que é o alcance da qualidade de vida.

Portanto a atuação dos dentistas frente aos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes pode vir a fazer parte da sua função como profissional de saúde, dentro de uma perspectiva de atenção integral as necessidades dos seus pacientes. Todavia, os limites dessa atuação precisariam ser discutidos pelos dentistas e definido qual o escopo de ação que lhes cabe.

Monte Alto et al (1996) observam que o dentista uma vez habilitado a identificar uma criança maltratada pode ser capaz de denunciar esta situação, isto se deve ao fato de que a cavidade bucal pode apresentar uma grande quantidade de sinais característicos tanto de negligência quanto de abuso (FONSECA,1992). Quando existem contatos periódicos desses profissionais com seus pacientes torna-se mais provável que eles verifiquem alterações físicas e de comportamento infanto-juvenis, assim como o de seus pais e responsáveis.

Estudos estrangeiros e nacionais tem buscado elucidar o perfil de atuação dos cirurgiões-dentistas frente aos casos de violência família contra criança e adolescente. Nos trabalhos estrangeiros (THOMAS et al, 2006; MANEA et al, 2007) o que se percebe é que o percentual de profissionais que suspeitaram de casos de abuso foi pequeno, sendo menor ainda o número de notificações. Apesar de terem recebido informações sobre este assunto, elas não foram suficientes para sanar as dúvidas desses profissionais a respeito de que conduta adotar frente a estes eventos, gerando dificuldades para identificação e notificação destes. Achados semelhantes são encontrados nos estudos nacionais (CHAIM et al, 2004, SANTOS et al, 2006): baixo percentual de cirurgiões-dentistas que haviam feito diagnóstico de maus-tratos contra crianças e adolescentes, baixa incidência de notificação, embora por vezes o número de profissionais que haviam suspeitado de caso de violência familiar fosse elevado. A ausência ou insuficiência de uma capacitação profissional que permita aos cirurgiões-dentistas identificar e notificar casos de violência familiar contra crianças e adolescentes resulta na falta de uma conduta padrão quanto à postura mais adequada a assumir diante destes incidentes.

O maior conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre os aspectos que envolvem os casos de maus-tratos

contra crianças e adolescentes poderia tornar mais eficiente o combate a este grave problema. A capacitação para reconhecer as vítimas e encaminhá-los aos serviços para o adequado tratamento inclui o desenvolvimento da habilidade de averiguar onexo causal entre a lesão e a história alegada para a sua produção (Da SILVA, 2001).

Em função desta realidade, o propósito do presente estudo foi verificar a atuação dos odontopediatras frente aos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro, tema de interesse de diversas áreas de conhecimento e em especial dos profissionais de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo seccional, que para Bloch & Coutinho (2003) as informações obtidas neste tipo de estudo referem-se ao mesmo momento, e os indivíduos são selecionados da população fonte inteira (censo) ou uma fração desta (amostra).

Com o intuito de avaliar a atuação de odontopediatras frente aos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro, foi elaborado um questionário auto-administrado que foi encaminhado aos profissionais junto com uma carta de explicação (que também era um termo de consentimento) e envelope para retorno.

A parte inicial do questionário empregado na pesquisa contempla questões atinentes aos dados pessoais, como sexo, tempo de formado, tempo como especialista e o tipo de atuação profissional (local de trabalho). A seguir foram apresentadas questões que versaram sobre o tema do estudo, sendo questões abertas e semi-abertas e as demais de múltipla escolha.

O universo compreendeu odontopediatras com registro da especialidade no Conselho Regional de Odontologia – Seção RJ e que estavam atuando no município do Rio de Janeiro, foram excluídos os indivíduos que não atenderam aos critérios acima mencionados. A partir da listagem requerida ao CRO-RJ destes profissionais foi definido o número total dos que atuavam no município do Rio de Janeiro (544); sendo posteriormente calculada uma amostra aleatória simples (AAS) que foi composta por 279 indivíduos. Os questionários foram postados nos meses de abril e maio de 2009. Foram devolvidos 123 questionários preenchidos (44,1%).

No presente trabalho foi construído um banco de dados utilizando-se o programa Epi-Info 6.0 (Dean et al, 1997) para digitação, conferência dos dados e análise dos resultados. A análise destes se pautou em modelo de estudo descritivo, sendo apresentados na forma de tabelas. Esta análise é resultante do teste Qui-quadrado de Pearson, para todas as questões onde houve cruzamento entre duas variáveis, a um nível de significância de 5%. apenas serão destacados neste artigo os resultados que demonstraram significância estatística ($p < 0,05$), visando tornar a redação mais leve e dinâmica. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueiras/FIOCRUZ.

RESULTADOS

A análise do perfil epidemiológico mostra que 87,4% (104) dos entrevistados pertence ao gênero feminino e 12,6% (15) ao gênero masculino. No que se refere a atuação profissional, 89,4% (110) trabalham no setor privado de forma autônoma e os inseridos no setor público, tem-se a predominância de profissionais em hospitais e postos de saúde com um total de 16,5% (20) e 15,6% (19) respectivamente, tendo vários profissionais mais de uma atividade e frequentemente conjugando o setor público e privado.

Quanto ao tempo de formação profissional, a maioria tem a mais de quinze anos de formado perfazendo um total de 65% (80) e grande parte dos profissionais se especializou nas décadas de 90 e 80 num total de 70,9% (85).

Uma resposta significativa foi dada por 40,2% dos entrevistados que afirmaram nunca ter recebido informações a respeito de violência familiar contra crianças e adolescentes, indicando a inexistência de uma abordagem específica sobre esta temática. O fato de nunca ter recebido informações não está relacionado com o tempo de especialização. Entretanto os resultados obtidos parecem sugerir que os odontopediatras formados a mais de quinze anos se encontram como maioria dentre os que nunca receberam informações. Quando questionados através de que meio de informação, instrução ou treinamento, os profissionais entrevistados receberam orientações sobre como identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes a resposta mais frequente foi em periódicos em um total de 42,9% (tabela I)

Tabela I – Informações sobre maus-tratos ⁽¹⁾

Fonte de informações	N	%
Em periódicos (N=49)	21	42,9
No curso de especialização (N=50)	19	38,0
Em cursos promovidos por associações de classe (N=49)	11	22,4
Na faculdade durante o curso de graduação (N=50)	9	18,0
Em congressos de Odontologia (N=50)	8	16,0
No curso de mestrado/doutorado (N=48)	8	16,7
Outros (N=57)	4	7,0

(1) O N das colunas significa quantos responderam positivamente.

Quanto aos órgãos que deveriam ser notificados no caso de suspeita/confirmação de crianças e adolescentes vítimas de violência familiar, vê-se na tabela II que os principais meios a serem acionados, segundo os pro-

fissionais, são a Vara da infância e da juventude (90,6%), os Conselhos Municipais de Defesa (87,3%), o Conselho Tutelar (85,1%) e a Polícia (61,2%). Em ordem de citação seguem a escola (55,2%) e Ministério Público (37,8%).

Tabela II – Informações sobre órgãos que atuam frente aos maus-tratos

Instituições ⁽¹⁾	N	%
Vara da Infância e da Juventude (N=106)	96	90,6
Conselhos Municipais de Defesa (N=102)	89	87,3
Conselho Tutelar (N=94)	80	85,1
Polícia (N=85)	52	61,2
Escola (N=87)	48	55,2
Ministério Público (N=74)	28	37,8

(1) Cada linha corresponde a uma questão independente (o N pode chegar a até 123 respondentes). O N das colunas significa quantos responderam positivamente.

Ao ser indagados quanto ao fato de terem suspeitado de casos de violência familiar em seu ambiente de trabalho, 36,4% (43) dos profissionais relataram terem suspeitado de maus-tratos ao longo de sua vida profissional. Odontopediatras de ambos os sexos, tempo de formação, especialização e inserção profissional relataram capacidade similar de suspeição de violência contra criança e adolescentes. No geral 19,5% (23) dos entrevistados já haviam diagnosticado casos de violência contra crianças e adolescentes. Os odontopediatras, independente do sexo, tempo de formado e tempo de especialização, mostram a mesma capacidade de diagnosticar crianças e adolescentes em situação de maus-tratos. Observa-se, porém, alguma distinção quanto a capacidade de diagnosticar maus-tratos segundo a inserção ocupacional profissional, com destaque para os que atuam

em postos de saúde / hospitais públicos e universidades. Com relação a conduta a ser adotada diante de casos de maus-tratos infanto-juvenis, encontraram-se como principais atitudes tomada pelos 23 odontopediatras que haviam diagnosticado: orientar a família, encaminhamento a outros serviços seguida pela orientação à criança/adolescente, com um total respectivamente de 76,5% (13), 85,7% (12) e 53,3% (8). Na tabela III verifica-se que notificar os casos suspeitos ou confirmados foi a conduta mais adotada pelos 23 profissionais que haviam detectado maus-tratos contra crianças e adolescentes. No total 78,9% (15) dos entrevistados assim procede. Por sua vez, 57,9% (11) acham que devem ser notificados apenas os casos comprovados de violência. Nenhum profissional informou que não caberia ao odontopediatra efetuar notificações em caso de violência familiar.

Tabela III – Notificação de maus-tratos ⁽¹⁾

Notificação	Total	
	N	%
Notificar todos os casos - suspeitos e confirmados (N=19)	15	78,9
Notificar somente casos em que a prática de violência seja confirmada (N=19)	11	57,9
Não cabe ao Odontopediatra fazer essas notificações (N=14)	0	0

(1) Cada linha corresponde a uma questão independente (o N pode chegar a até 23 respondentes). O N das colunas significa quantos responderam positivamente à questão.

DISCUSSÃO

Uma grande limitação ao encontro de resultados foi o pequeno número de profissionais que já diagnosticaram casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes (23), impedindo análises estatísticas mais aprimoradas (algumas delas efetuadas e, por esta razão, não apresentadas no presente texto).

Dentre os achados pode-se destacar a predominância de profissionais do sexo feminino, bem como podemos constatar que a amostra investigada é bastante experiente sendo a maioria formada a mais de 15 anos. No trabalho de Cavalcanti et al (2002) 56,1% dos entrevistados eram do sexo feminino sendo maioria assim como neste estudo, bem como a maior parte dos profissionais num total de 63,4% tinham mais de quinze anos de formado. Com relação ao ano de especialização a maior parte dos entrevistados obteve seus certificados na década de 80 e 90. Malecz (1997) registra que os profissionais por ele avaliados haviam iniciado o exercício da odontopediatria até o ano de 1970, dos quais 60% tinham iniciado esta prática entre 1960 e 1970. nenhuma destas variáveis mostrou estar relacionada com diagnóstico, suspeita ou notificação de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes. No presente estudo, 43 (36,4%) profissionais entrevistados já haviam suspeitado de maus-tratos em sua clientela. Resultados semelhantes foram obtidos por Mc Dowell et al (1994) com um total de 29% e Kassebaum et al (1991) com 36%. O número pequeno de profissionais que efetivamente realizou o diagnóstico de crianças e adolescentes vítimas de violência familiar, talvez possa ser explicado pela elevada desinformação sobre o tema, conforme relato de um número significativo de profissionais. Santos et al (2006) relataram que dos odontopediatras que participaram de sua pesquisa, 52,9% afirmaram terem suspeitado de maus-tratos, contudo somente 14,3% reportaram

ter notificado, os autores concluíram que isto se devia a desinformação dos profissionais. Bayer & Brito (1995) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar os conhecimentos dos cirurgiões-dentistas sobre abuso infantil; 85% dos entrevistados não tinham conhecimento primário para o diagnóstico. Manea et al (2007) concluíram em seu estudo que a falta de conhecimento do assunto violência familiar impediu os cirurgiões-dentistas de sua amostra de realizar o diagnóstico de crianças e adolescentes vítimas de abuso.

Quando inseridos em equipes, como é mais frequente no setor público, a própria estrutura das unidades públicas de saúde viabiliza maior apoio e preparo destes profissionais para lidar com esta situação, em função do investimento no tema efetuado pela Secretaria de Saúde Estadual e Municipal do Rio de Janeiro, ocorrido nos últimos anos. Para os que estão no setor privado, o maior isolamento profissional e a preocupação em evitar alguma forma de litígio com a família são importantes obstáculos frente ao atendimento de vítimas de violência.

Talvez por isso tenha se verificado a frequente busca de informações em periódicos, estratégia que serve para substituir uma lacuna do ensino formal, bem como para atualizar o profissional em novas questões emergentes. A consulta a periódicos mostrou-se um importante fator associado a suspeita e diagnóstico dos maus-tratos na amostra. Isto corrobora com que afirmou Monte Alto et al (1996) que afirmaram que o ensino da odontologia nas universidades não tem uma abordagem específica para o tema violência familiar.

Porém a busca de informações em periódicos é dificultada pela pequena produção acadêmica sobre o tema violência familiar produzida pela Odontologia. Nota-se a ausência de uma conduta padrão por parte dos odontopediatras quanto à postura mais adequada a assumir diante de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes seja na relação

com as vítimas e suas famílias, ou encaminhamento do caso. Essa ausência pode ser explicada pela reduzida ou inexistência de informações ou capacitação dos profissionais para identificar e notificar estes casos. Como afirma Cavalcanti et al (2002) é imperativo que o profissional de odontologia seja educado e conscientizado quanto ao abuso e negligência infantil, reconheça os sinais e sintomas dos maus-tratos a crianças, esteja ciente da obrigatoriedade da notificação e saiba como proceder para efetuar a denúncia.

CONCLUSÕES

Após o término deste estudo conclui-se que a falta ou o reduzido acesso a informações que possibilitassem orientar os odontopediatras quanto à forma mais adequada de se comportar frente aos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, resultam na ausência de um padrão de conduta diante destes, tanto no que concerne as vítimas e aos familiares bem como a melhor forma de encaminhar estes casos.

É preciso capacitar os odontopediatras com conhecimentos que os habilitem a lidar adequadamente com a questão da violência familiar e, assim, possibilitar a sua atuação como notificante de casos suspeitos e confirmados a serviços de proteção a infância e adolescência, bem como a inserção destes profissionais em equipes multidisciplinares que lidam com este problema. Nada se fará se os odontopediatras não se manifestarem e definirem seus limites e possibilidades de ação, à luz das leis de proteção das crianças e adolescentes brasileiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fischer DG, Mc Donald WL. Characteristic of intrafamiliar and extrafamiliar child sexual abuse. *Child Abuse Neglect*. 1998; 9:915-29.
2. Brasil, Leis, Decretos, etc. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Ministério da Ação Social; 1990.
3. Assis SG. Crianças e adolescentes violentados: passado presente e perspectivas para o futuro. *Cad Saud Pública* 1994; 10:126-34.
4. Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia, 2003.
5. Monte Alto LA, Modesto A, Massao JM, Saviero V, Ramos MEB. Criança maltrada. O que pode ser feito? *Rev Bras Odontol* 1996; 53: 22-6.
6. Fonseca MA. Dental aspects of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatr Dent*. 1992; 3:152-57.
7. Thomas JE, Straffon L, Inglehart MR. Knowledge and professional experiences concerning child abuse: an analysis of provider and student responses. *Pediatr Dent*. 2006;5:438-44.
8. Manea S, Favero CA, Stellini E, Romoli L, Mazzucato M, Facchin P. Dentist's perceptions, attitudes, knowledge, and experiences about child abuse and neglect in northeast Italy. *J. Clin Pediatr Dent*. 2007; 32: 19-25
9. Chaim LAF, Daruze E, Gonçalves RJ. Maus-Tratos infantis-avaliação da capacidade de diagnóstico dos cirurgiões-dentistas. *Rev. Assoc Paul Cir Dent*. 2004; 1:42-6.
10. Santos JF, Nunes KS, Cavalcanti AL, Silva EC. Maus-tratos infantis: conhecimento e atitudes de odontopediatras de Uberlândia e Araguari, Minas Gerais. *Pesq Bras Odontopediatr Clin Integr*. 2006; 3: 273-79.
11. Da Silva MR. Avaliação da Conduta do cirurgião-dentista frente à violência, doméstica contra crianças e adolescentes-violência física. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2001.
12. Bloch KV, Coutinho EDSF. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. In Medronho RA, editor. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2003. p.107-13.
13. Dean JA, Coulombier D, Smith DC, Brendel KA, Amer TG, Dean AG. *Epi-Info Version 6.046*. Atlanta: CDC; 1997.
14. Babbie E. Métodos de pesquisa de survey. Belo Horizonte: UFMG; 2001.
15. Cavalcanti LA, Farias CMM, Barbosa JC, Mouden LD. Conhecimento e atitudes dos cirurgiões-dentistas da cidade de João Pessoa frente ao abuso infantil. *J. Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2002;5:470-74.
16. Malecz RE. Child abuse: the relationship to pedodontics: a survey. *J. Dent Child*. 1979; 3: 193-94.
17. Mc. Dowell LD, Kassebaum DK, Fryer Jr GE. Recognizing and reporting domestic violence: a survey for dental practitioners. *Special Care Dent* 1994; 2:49-50.
18. Kassebaum DSK, Dove SB, Cottone JA. A recognition and reporting of child abuse: a survey of dentists. *Gen Dent*. 1991; 3: 159-62.
19. Bayer UH, Brito JH. Contribuição ao estudo do abuso infantil na área da odontologia. *Rev Odonto Cienc*. 1995; 20:69-79.