Investigação Científica

Conhecimento do cirurgião-dentista acerca de maus-tratos à criança e ao adolescente

Dentist knowledge on child and adolescent abuse

Aline Mattes da Silva* Jaciane Santos** Luiza Helena Almeida***

Resumo

Objetivo: avaliar o conhecimento do cirurgião-dentista em relação a crianças e adolescentes que apresentaram alguma suspeita ou sinal de maus-tratos e verificar se esses profissionais relataram essa violência aos órgãos competentes. Materiais e método: aplicou-se um questionário com 238 cirurgiões-dentistas, incluindo 4 estados brasileiros, que previamente consentiram em participar da pesquisa. O questionário foi composto de perguntas abertas e fechadas acerca do assunto, bem como de figuras para identificação de maus-tratos. Os dados coletados foram digitados em um banco de dados no programa Microsoft Excel e analisados no programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) 20.0. Resultados: a maioria dos cirurgiões-dentistas afirmou já ter realizado algum atendimento odontológico pediátrico em seu consultório e não ter reconhecido um caso suspeito de maus-tratos. Dos profissionais que já reconheceram um caso suspeito, 28,6% não souberam como proceder. Quando foi mostrada a cartilha de maus-tratos para todos os profissionais, incluindo aqueles que nunca atenderam crianças, 64,7% souberam reconhecer os sinais de maus-tratos demonstrados nas ilustrações. Conclusão: mesmo que os dentistas se considerem capazes de identificar casos de maus-tratos de crianças, ainda existe uma porcentagem de casos sem encaminhamentos às autoridades judiciais. É necessário que os profissionais recebam mais informações sobre a necessidade de estar alerta para a detecção de casos suspeitos de maus-tratos de crianças e adolescentes, bem como para o seu dever legal de relatar tais casos às autoridades.

Palavras-chave: Adolescente. Cirurgião-dentista. Criança. Maus-tratos.

http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v24i2.10446

Acadêmica de Odontologia, Centro de Saúde, Faculdade Avantis, Balneário Camboriú, Santa Catarina, Brasil. Acadêmica de Odontologia, Centro de Saúde, Faculdade Avantis, Balneário Camboriú, Santa Catarina, Brasil.

Doutora em Odontologia, área de concentração Odontopediatria, pela Universidade Federal de Pelotas. Professora coordenadora da área de Odontopediatria, Centro de Saúde, Faculdade Avantis, Balneário Camboriú, Santa Catarina, Brasil.

Introdução

Os maus-tratos contra crianças e adolescentes não são um fato recente, tal situação causa, ainda nos dias de hoje, grande impacto na população¹. As instituições²,³, nas Portarias nº 1.968/2001 e nº 104/2011, definem como deveres do profissional zelar pela saúde e pela dignidade do paciente e promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, seus cargos e sua cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou no privado⁴.

O conhecimento das agressões está em processo de conscientização entre os profissionais da área da saúde, pois é uma tarefa multidisciplinar saber diagnosticar e notificar aos órgãos responsáveis. A suspeita de maus-tratos, no campo médico-odontológico, baseia-se essencialmente na anamnese, nos exames clínicos e complementares⁵. Uma completa pesquisa do histórico deve ser realizada separadamente dos pais e ou familiares desses pacientes, por meio de entrevistas com as vítimas. Muitos casos de maus-tratos que ocorrem no âmbito familiar são omitidos pelos familiares, logo apresentando relatos confusos e inconsistentes, que não correspondem com as observações clínicas⁶.

Existem quatro tipos de violência contra as crianças, são os abusos físico, sexual, psicológico e a negligência^{7,8}. Menoli et al.⁷ (2008) afirmam que abuso físico é todo ato com o uso da força física de forma intencional, que um adulto realiza contra uma criança. Por sua vez, abuso sexual é todo ato sexual praticado com uma criança que desperte no menor um interesse precoce pelo assunto. O abuso psicológico é definido como alguma atitude de rejeição, discriminação, desrespeito e humilhação ao menor. A negligência é definida como a falta dos pais/responsáveis para fornecerem os devidos cuidados, tais como proporcionar alimentação, cultura, lazer, vestuário e saúde aos seus filhos.

Diante disso, a presente pesquisa teve como objetivo principal avaliar o conhecimento do cirurgião-dentista e sua conduta em relação aos maustratos à criança e ao adolescente, bem como avaliar sua conduta em relação aos direitos da criança e do adolescente, com a identificação dos sinais e

sintomas de maus-tratos em região de cabeça e pescoço, a identificação de sinais e sintomas emocionais de maus-tratos e a comunicação aos órgãos de proteção da criança e do adolescente.

Materiais e método

Este estudo foi caracterizado como transversal e quantitativo, no qual foi realizada uma pesquisa em clínicas odontológicas das Regiões Sul e Sudeste do Brasil, com cirurgiões-dentistas de ambos os sexos, independente do ano de formação, tanto do setor público como do privado, por meio de uma amostra aleatória. Justifica-se a escolha dessa amostra para que as informações obtidas fossem o mais heterogêneas possível, tendo informações de todos os setores (anos de formação distintos e profissionais dos setores público e privado), com o intuito de que os resultados gerados fossem os mais próximos das diferentes realidades, evitando o viés de seleção. A coleta de dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, pelo parecer nº 2.692.264.

As pesquisadoras do presente estudo desenvolveram um questionário para avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação a situações de maus-tratos à criança e ao adolescente, assim como para verificar a sua conduta diante da suspeita desses casos.

As pesquisadoras, previamente calibradas, dirigiram-se aos consultórios odontológicos de clínicas privadas e públicas, como as unidades básicas de saúde dos participantes. Após, os cirurgiões-dentistas eram informados quanto aos objetivos da pesquisa, de modo que os profissionais que aceitaram participar de forma voluntária assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. O questionário foi conduzido em ambiente reservado, sem interferências do meio externo ou das próprias pesquisadoras. As informações coletadas foram estritamente confidencias, portanto, não houve identificação dos participantes.

O questionário foi composto por perguntas fechadas e abertas, que abordaram a caracterização do participante, como idade, sexo, etnia, tempo de formação, pós-graduação e local de trabalho, se público ou privado. A parte específica

do instrumento contemplava questões relacionadas ao conhecimento do profissional diante dos sinais de maus-tratos: "Já fez algum tratamento infantil?"; "Se sim, qual a frequência?"; "Você já reconheceu um caso suspeito de abuso infantil ou negligência em seu consultório odontológico?"; "Se sim, você denunciou?"; "Se não, você acredita que é capaz de reconhecer um caso suspeito?". Além das perguntas, no questionário, constavam figuras ilustrativas para identificação dos maus--tratos por meio de marcas de violência física, as quais foram mostradas ao dentista (Figura 1), com a questão: "Se uma criança e/ou adolescente chegasse ao seu consultório apresentando alguns dos sinais abaixo, você saberia reconhecer como sendo sinais de maus-tratos?".

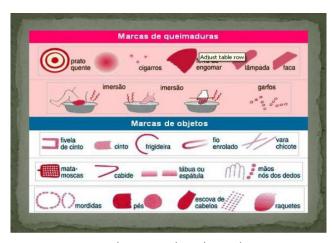


Figura 1 – Imagens ilustrativas de violência física

Fonte: Observatório da criança.

Os dados foram armazenados e analisados no programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) 20.0. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva e apresentados em forma de frequências relativas e seus percentuais.

Resultados

O total de entrevistados foi de 238 cirurgiões-dentistas dos estados de Santa Catarina, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul, de ambos os sexos, com idade média de 33 anos (DP±9,3), sendo que a média de tempo de atuação na profissão foi de 11,8 anos (DP±7,01).

As Tabelas 1 e 2 apresentam a relação dos aspectos sociodemográficos e o perfil dos profissionais entrevistados.

Tabela 1 – Distribuição da amostra conforme os aspectos sociodemográficos dos cirurgiões-dentistas (n=238)

| | N | % |
|-------------------|-----|-------|
| Sexo | | |
| Feminino | 115 | 48,3% |
| Masculino | 123 | 51,7% |
| Etnia | | |
| Branco | 223 | 93,7% |
| Negro | 10 | 4,2% |
| Amarelo | 5 | 2,1% |
| Local de trabalho | | |
| Público | 46 | 19,3% |
| Privado | 134 | 56,3% |
| Ambos | 58 | 24,4% |

Fonte: autores

Tabela 2 – Perfil de especialidades dos cirurgiões-dentistas (n=238)

| Possui | N | % |
|------------------|-----|-------|
| Especialização | | |
| Sim | 215 | 90,3% |
| Não | 23 | 9,7% |
| Área | | |
| Ortodontia | 59 | 27,4% |
| Prótes | 32 | 14,9% |
| Implantodontia | 4 | 1,9% |
| Endodontia | 12 | 5,6% |
| Odontopediatria | 38 | 17,7% |
| Dentística | 43 | 20% |
| Outros | 8 | 3,7% |
| Mais de 2 espec. | 19 | 8,8% |

Fonte: autores.

Inicialmente foi indagado aos entrevistados se realizavam com frequência atendimento pediátrico odontológico, e a maioria respondeu positivamente 92% (n=219). Dos profissionais que responderam positivamente, foi indagado se já haviam reconhecido algum caso suspeito de maus-tratos em seu consultório odontológico: 87,2% (n=191) responderam que não, e 12,8% (n=28) responderam que sim. Desses 28 profissionais que responderam que reconheceram um caso suspeito, 20 profissionais (71,4%) responderam que souberam como proceder, enquanto 8 profissionais (28,6%) não souberam como proceder diante de um caso

de maus-tratos. Dos profissionais que souberam como proceder, 39% denunciaram para o conselho tutelar, 18% não fizeram nada, 5% fizeram denúncia para o *100, e 38% fizeram notificação para a Unidade Básica de Saúde ou Estratégia de Saúde da Família. Dos 191 profissionais que responderam que não haviam reconhecido nenhum caso suspeito de maus-tratos em seu consultório odontológico, 67,3% responderam que seriam capazes de reconhecer e 32,7% responderam que não seriam.

Quando foi mostrada a cartilha de maus-tratos para todos os profissionais, incluindo aqueles que nunca atenderam crianças, 64,7% (n=154) souberam reconhecer os sinais de maus-tratos demonstrados nas ilustrações, enquanto 35,3% (n=84) não souberam reconhecer.

Discussão

Investigar o reconhecimento, a identificação e a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da saúde, principalmente cirurgiões-dentistas, é um assunto de suma importância, tendo em vista que, muitas vezes, esse é o primeiro profissional a realizar atendimento em regiões mais acometidas pelos maus-tratos, como a cabeça e o pescoço⁹. Assim sendo, lesões, escoriações, queimaduras, juntamente com o comportamento da criança ou adolescente e a anamnese, podem conduzir ao diagnóstico de maus-tratos^{10,11}.

A violência é um problema social grave que atinge toda a população e precisa ser estudado de diferentes maneiras¹². No Brasil, as estatísticas demonstram que os agravos de violência na população brasileira representavam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 39 anos de idade. Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde³ (2011) apontou que, nos anos de 2009 e 2010, foram realizadas 113.643 notificações de casos de violência, 21.199 delas relacionadas a crianças de 0 a 9 anos, 29.502 entre adolescentes de 10 a 19 anos³. Junto com esse tipo de violência, os maustratos e abusos gerados contra crianças também estão presentes.

No estado de São Paulo, foram notificados 4.085 casos de maus-tratos gerados em crianças e adolescentes menores de 15 anos, somente no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes⁸. Em todo o país, foram registradas 12.473 notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças menores de 10 anos no ano de 2010. Desse total, ocorreram 1.797 notificações entre menores de 1 ano e 10.682 na faixa de 1-9 anos. Considerando-se todas as faixas etárias, obteve-se um total de 73.794 notificações (16,9%) referentes a crianças¹³.

Esses acontecimentos causam grande preocupação aos órgãos de proteção à criança, bem como às autoridades civis. Para milhares de crianças, passar por situações como estas faz parte do seu dia a dia, sendo que os maus-tratos não estão atrelados apenas a crianças da rua, mas também dentro de seus lares, muitas vezes, constituídos de pai e mãe, que supostamente as protegeriam, fazendo com que pessoas e demais familiares não percebam.

Apesar de esta pesquisa ter abordado cirurgiões-dentistas de forma aleatória, evitando o viés de seleção, pois participaram diferentes especialidades odontológicas, tanto serviço do público como do privado, a grande maioria (92%) já havia realizado atendimento odontológico em crianças. Tal dado demonstra a importância de esses profissionais, não somente os especializados em atendimento de crianças e adolescentes, no caso odontopediatras, estarem preparados para saber identificar/notificar maus-tratos nessa população.

De todos os entrevistados, apenas 12,8% (N=28) relataram ter identificado crianças que demonstraram algum sinal/sintoma de maus-tratos. Achados próximos foram encontrados em outros estudos 14,15: 14,3% (N=175) e 28,3% (N=212). Na grande maioria das vezes, os profissionais não estão aptos a identificar abusos sexuais, psicológicos e/ou físicos sem marcas, pois, para isso, são necessárias mais investigações por parte dos profissionais, principalmente mais atenção e escuta na qualidade clínica do atendimento odontológico, tornando um diagnóstico mais desafiador 16,17. Logo, a não percepção de traços de maus-tratos pode ter sido mascarada por isto, ou até mesmo

pelo fato de os profissionais não realizarem atendimento rotineiro pediátrico nos consultórios, tendo em vista que a abordagem foi realizada com diversas especialidades. De forma geral, o não reconhecimento das situações de violência vivenciadas por crianças e adolescentes impede a notificação dos casos e o acionamento da rede de proteção social, impossibilitando a cessação dos atos, o que contribui para o aumento de morbidade e mortalidade nessa faixa etária¹⁴.

Dentre aqueles que responderam que identificaram maus-tratos, 71,4% souberam como proceder para notificação, porém, desses, apesar de saberem como proceder, 18% não fizeram nada e 28,6% não souberam notificar. No estudo realizado por Azevedo et al.14 (2012), 76% não notificaram os maus-tratos. Mesmo que a taxa do presente estudo tenha sido menor que os dados da literatura¹⁴, ainda assim são dados extremamente preocupantes, pois, segundo o artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente², é indiscutível a obrigação de qualquer cidadão de comunicar os casos de maus-tratos, com penalização administrativa aos que não comunicarem à autoridade competente os casos envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, com multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência¹⁸.

Existem diferentes razões para a hesitação dos dentistas em relatar casos suspeitos. As principais razões relatadas foram falta de história adequada, falta de conhecimento adequado sobre o abuso, falta de informações técnicas e científicas sobre o papel do dentista em relatar os casos suspeitos e possíveis consequências para as crianças^{19,20}. Além disso, há medo de processos, confidencialidade²¹ e, também, a crença de que não é papel do dentista notificar²². Esses resultados evidenciam a necessidade de treinamento em reconhecimento e notificação de abuso. Muitas universidades não preparam os alunos para enfrentar situações como a abordada no presente artigo, é comum não encontrar nos currículos abordagens específicas sobre o tema, nem a divulgação dos serviços especializados existentes. No estudo de Busato et al.²³ (2018), realizado diretamente com acadêmicos de duas instituições, os autores apontam que, embora a maioria dos acadêmicos conheça a necessidade de denunciar essas situações, ainda é necessário disponibilizar mais informações sobre esse processo.

No entanto, nesta pesquisa, aqueles que nunca identificaram maus-tratos, aos serem indagados se seriam capazes, 67,3% responderam positivamente, e esse dado foi confirmado na figura ilustrativa de maus-tratos de violência física. Resultados próximos foram encontrados em uma cidade do sul (78,7%)¹⁴ e no norte do Brasil (65%)²⁴. Esse é um achado encorajador, pois indica que boa parte dos profissionais apresentam adequado preparo profissional para este problema de saúde pública.

Este estudo utilizou um questionário de autorrelato para obter informações de dentistas sobre suas atitudes e percepções sobre maus-tratos infantis. A amostra representativa e a alta taxa de resposta alcançada permitiram uma avaliação válida. Esse método é amplamente utilizado em desenhos de estudos transversais em que todos os dados podem ser coletados em um determinado momento, evitando qualquer possível interferência do entrevistador. Além disso, nosso estudo garantiu a confidencialidade dos questionários, o que permitiu mais confiança em respostas e pode ter contribuído para a alta taxa de respostas.

Conclusão

Mesmo que a maioria dos dentistas se considerem capazes de identificar casos de maus-tratos a crianças, ainda existe uma porcentagem de casos sem encaminhamento às autoridades judiciais. Isso indica uma falta de conscientização desses profissionais sobre a adoção de medidas de proteção às vítimas de agressão. É necessário que os profissionais recebam mais informações sobre a necessidade de estarem alertas para a detecção de casos suspeitos de maus-tratos a crianças e adolescentes e de cumprir seu dever legal de relatar tais casos às autoridades.

Abstract

Objective: this study aimed to assess the knowledge of dentists on children and adolescents presenting some suspicion or sign of abuse and if they have reported such abuse to the competent agencies. Materials and method: a questionnaire

was applied to 238 dentists who had consented to participate in the study; it included four Brazilian states. The questionnaire consisted of open and closed questions about the subject and it used figures to identify abuse. The data collected were entered into a database in the Excel software and analyzed in the Statistical Package for the Social Science (SPSS) 20.0. Results: most dentists reported having performed some pediatric dental care in their practice and have not identified a suspected case of abuse. From the dentists who had recognized a suspected case, 28.6% did not know how to proceed. When the booklet on abuse was shown to all professionals, including those who had never provided pediatric care, 64.7% were able to recognize the signs of abuse shown in the illustrations. Conclusion: even if dentists consider themselves capable of identifying cases of child abuse, there is a percentage of cases not referred to the legal authorities. Professionals need to be more informed about the need for awareness to detect suspected cases of child and adolescent abuse and to their legal duty to report such cases to the authorities.

Keywords: Adolescent. Dentist. Child. Abuse.

Referências

- Carvalho LM, Galo RM, Silva RHA. O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado. Rev Fac Med de Ribeirão Preto 2013; 46(3):297-304.
- 2. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8.069, 13 de julho de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. 2011.
- Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica. 2012.
- Alves PM, Cavalcante AL. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico. Uma revisão de literatura. Publ UEPG Ci Biol Saúde 2003; 9(3/4):29-35.
- Massoni ACLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. Cien Saude Colet 2010; 15(2):403-10.
- Menoli AP, Felipetti F, Golff F, Ludwig D. Manifestações bucais de maus-tratos físicos e sexuais em crianças – conduta do cirurgião dentista. Rev Multi Unoeste Varia Sci 2008; 7(14):11-22.
- Gawryszewski VP, Valencich DMO, Carnevalle CV, Marcopito LF. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no estado de São Paulo, 2009. Rev Assoc Med Bras 2012; 58(6):659-65.
- Garbin CAS, Rovida TAS, Costa AA, Garbin AJI. Percepção e atitude do cirurgião-dentista servidor público frente à violência intrafamiliar em 24 municípios do interior do estado São Paulo, 2013-2014. Epidemiol Serv Saúde 2016; 25(1):179-86.
- 10. Cairns AM, Mok JY, Welbury RR. The dental practitioner and child protection in Scotland. Br Dent J 2005; 199(8):517-20.

- Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents – a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. Dent Traumatol 2010; 26(2):149-53.
- Maldonado DPA, Williams LCA. O comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica. Psicol Estud 2005; 10(3):353-62.
- Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. Ciênc Saúde Colet 2012; 17(9):2305-17.
- 14. Azevedo MS, Goettems ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF, et al. Braz Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. Oral Res 2012; 26(1):5-11.
- 15. Moreira GAR, Rolim ACA, Saintrain MVL, Vieira LJES. Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária. Saúde Debate 2015; 39:257-67.
- Guedes CR, Nogueira MI, Camargo JRKR. Os sofredores de sintomas indefinidos: um desafio para a atenção médica. Physis 2009; 19(3):797-815.
- Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário Brasileiro. Ciênc Saúde Colet 2016; 21(3):871-80.
- 18. Almeida AHV, Silva MLCA, Musse JO, Marques JAM. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. Arq Odontol 2012; 48(2):102-15.
- Bsoul SA, Flint DJ, Dove SB, Senn DR, Alder ME. Reporting of child abuse: a follow-up survey of Texas dentists. Pediatr Dent 2003; 25(6):541-5.
- Calza TZ, Dell' Aglio DD, Sarriera JC. Direitos da criança e do adolescente e maus-tratos: epidemiologia e notificação. Rev SPAGESP 2016; 17(1):14-27.
- Owais AI, Qudeimat MA, Godceih S. Dentists' involvement in identification and reporting of child physical abuse: Jordanas a case study. Int J Paediatr Dent 2009; 19(4):291-6.
- Kilpatrick NM, Scott J, Robinson S. Child protection: a survey of experience and knowledge within the dental profession of New South Wales, Australia. Int J Paediatr Dent 1999: 9(3):153-9.
- Busato CA, Pereira TCR, Guaré RO. Maus-tratos infantis na perspectiva de acadêmicos de odontologia. Revista da Abeno 2018; 18(1):84-92.
- 24. Granville-Garcia AF, De Menezes VA, Silva PFRM. Maus tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião dentista. Rev donto Cien 2008; 23(1):35-9.

Endereço para correspondência:

Luiza Helena Almeida Centro de Saúde – Odontologia Av. Marginal Leste, 3.600, Estados CEP 88339-125 – Balneário Camboriú, SC, Brasil Telefone: (47) 992649992 E-mail: luizahelenadentista@hotmail.com

 $Recebido: 11/02/19.\ Aceito: 28/10/19.$