

Artigo Original de Pesquisa
Original Research Article

Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP)

Evaluation of dentist's behavior regarding domestic violence against children and adolescents in the city of Cravinhos (São Paulo – Brazil)

Eduardo Tagliari Fracon¹
Ricardo Henrique Alves da Silva¹
Janete Cinira Bregagnolo¹

Endereço para correspondência:

Corresponding author:

Janete Cinira Bregagnolo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – Departamento de Clínica Infantil, Odontologia Preventiva e Social – Universidade de São Paulo
Avenida do Café, s/n.º – Monte Alegre
CEP 14040-904 – Ribeirão Preto – SP
E-mail: janete@forp.usp.br

¹ Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto – SP – Brasil.

Recebido em 6/10/2010. Aceito em 20/12/2010.

Received for publication: October 6, 2010. Accepted for publication: December 20, 2010.

Palavras-chave:

Síndrome da Criança Maltratada; violência; Odontologia Legal; educação.

Resumo

Introdução: A violência tem aumentado em todo o mundo e é enfocada pelos meios de comunicação sob diferentes representações, desde a domiciliar até os grandes conflitos armados. A expressão maus-tratos na infância envolve toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento infantil. **Objetivo:** Verificar se os cirurgiões-dentistas da cidade de Cravinhos (SP) receberam orientações, se estão treinados a identificar casos de maus-tratos em crianças e adolescentes e se sabem como proceder diante de tal circunstância. **Material e métodos:** Compuseram o presente estudo n = 19 cirurgiões-dentistas do citado município, os quais trabalham em consultórios particulares e/ou na rede

pública de saúde. Eles responderam a um questionário objetivo, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** Com relação à suspeita de que algum paciente (criança ou adolescente) tenha sido vítima de violência doméstica ou psíquica, 26,31% dos sujeitos da pesquisa disseram que sim. Quanto ao que fariam se constatassem casos de agressão doméstica, 42,10% recorreriam à notificação ao Conselho Tutelar. Ainda, 73,7% informaram que nunca tiveram nenhum tipo de orientação a respeito do assunto. **Conclusão:** Os profissionais entrevistados são capazes de identificar maus-tratos em crianças e adolescentes e sabem o que fazer nessa situação, porém ainda há necessidade de mais informação ou treinamento no tocante ao reconhecimento de violência contra crianças e adolescentes.

Keywords: Battered Child Syndrome; violence; Forensic Dentistry; education.

Abstract

Introduction: Violence has been globally increasing; the media has focused on all its different ways, from cases of domestic violence to serious armed conflicts. The expression “child abuse” involves any action or omission that harms either the children’s well-being, physical and psychological integrity, or their liberty and the right to full development. **Objective:** To verify if dentists working in the city of Cravinhos (São Paulo, Brazil) have received proper instruction and training for identifying cases of child and adolescent abuse and if they knew how to act when facing this situation. **Material and methods:** This study sample comprised 19 dentists from Cravinhos, who worked either at private offices or public health system centers and answered an objective questionnaire after signing a written consent form. **Results:** Regarding to the suspect of a patient (child or adolescent) had suffered domestic or psychological abuse, 26.31% of the respondents answered they were able to recognize it. Concerning to what they would do if they confirmed a case of domestic violence, 42.10% of the respondents reported they would notify the Guardianship Council; and 73.7% reported they never received any type of instruction on this specific issue. **Conclusion:** This study’s participants were able to identify cases of child and adolescent abuse and knew how to proceed in this situation; however, there is still a need of more information or specific training on how to recognize cases of violence against children and adolescents.

Introdução

A violência tem aumentado em todo o mundo e é enfocada pelos meios de comunicação sob variadas representações, desde a domiciliar até os grandes conflitos armados. Em comum, verifica-se a elegibilidade das vítimas como os mais fracos. Encontram-se, nessa categoria, as crianças, que nascem com total falta de defesa e perduram durante tempo prolongado na dependência de outros [18].

Os maus-tratos podem ser caracterizados e divididos em: a) violência física – realizada de forma direta (pontapés, bofetões, beliscões) ou indireta (com instrumentos de castigo); b) abandono físico ou moral – não fornecimento de cuidados

básicos, como alimentação e higiene (físico), e não provimento de um lar (moral), deixando a criança na rua, exposta a sérios perigos, como vícios e más companhias; c) exploração sexual – violência sexual por um adulto; d) violência psicológica: agressão verbal, intimidação e insultos que causam sérios traumas psicológicos à criança [21].

A questão dos maus-tratos consta de relatos clínicos que datam de fins do século XIX. Contudo somente no século XX, mais precisamente na década de 1960, o assunto passou a constituir um problema de saúde, reconhecido sob a epígrafe de Síndrome do Bebê Espancado (Sibe). Uma década após a sua definição alguns países consideram,

em nível mais amplo, os abusos um sério caso de saúde pública. Nos Estados Unidos da América, nos anos 1970, criaram-se programas nacionais de prevenção primária e secundária, além de centrais de denúncias, o que tornou público algo considerado particular. No Brasil somente nos idos de 1980 a temática da violência emergiu como um tema de saúde pública, ampliando o espaço para discutir a questão dos maus-tratos [13].

Em 12 de outubro de 1927 o Decreto-lei n.º 17.943-A instituiu o primeiro Código de Menores no Brasil. Posteriormente, em 1979, foi estabelecido o novo Código de Menores, disciplinado pela Lei n.º 6.697, de 10 de outubro de 1979, que ofereceu assistência, proteção e vigilância a menores até 18 anos, cuidando de catalogar casos em que o menor pudesse estar em situação irregular, ainda que estivesse em companhia dos pais ou responsáveis. Descreveram-se seis categorias: abandonados, carentes, em abandono eventual, com desvio de conduta, infratores e vítimas (vocabulário utilizado para referendar crianças que sofreram maus-tratos impostos por seus pais ou responsáveis, ou em perigo moral por se encontrar de modo habitual em ambiente contrário aos bons costumes) [16].

De acordo com a Constituição Brasileira, no artigo 227, é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão [7]. Desse modo, a violência na infância envolve toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento e pode ser cometida dentro ou fora do ambiente doméstico por algum membro da família ou não; isso inclui pessoas que passam a assumir a função parental, ainda que sem laços de consanguinidade e em relação de poder à outra [19].

Atualmente vigora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) [5], estabelecido pela Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. O documento revolucionou em termos doutrinários e legislativos, pois rompeu com a doutrina da situação irregular e adotou a doutrina da proteção integral. O Conselho Tutelar, órgão permanente, autônomo e

não jurisdicional, ficou encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, e coube aos profissionais que lidam com essa população, sobretudo os profissionais da saúde, identificar os casos suspeitos de abuso e avisar às autoridades [5].

Quanto aos cirurgiões-dentistas, em razão do envolvimento frequente de áreas da sua competência, como estruturas da face (região de cabeça e pescoço) e cavidade bucal, as manifestações clínicas dos maus-tratos colocam-nos em uma posição estratégica e privilegiada para a identificação de possíveis vítimas [19]. Sabe-se que 50% das lesões decorrentes de agressão física envolvem as regiões de cabeça e face, o que expressa a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico dessas lesões, que na grande maioria das vezes passam despercebidas durante o exame clínico, por ele desconhecer os sinais básicos para o diagnóstico precoce [9]. Para os profissionais de Odontologia do Brasil, a falta de informações sobre o assunto e o desconhecimento das leis impedem que identifiquem uma criança maltratada; caso suspeitem de algo, não sabem o que fazer [20].

O aumento da violência contra crianças e adolescentes, notificado pelos meios de comunicação, tem alertado a sociedade quanto à necessidade de capacitação de trabalhadores da área de saúde para diagnosticar, conduzir o atendimento nos casos de negligência e abuso infantil e comunicar às autoridades competentes. Conforme o artigo 245 do ECA, em virtude de o cirurgião-dentista ter obrigação de informar situações de agressão infantil, se ele não efetuar a notificação estará sujeito à penalidade de multa no valor de três a 20 salários de referência, aplicada em dobro se houver reincidência [5].

O objetivo do presente estudo foi verificar se cirurgiões-dentistas do município de Cravinhos (SP) receberam orientações, se estão treinados a reconhecer maus-tratos em crianças e adolescentes e se sabem como proceder ante tal circunstância.

Material e métodos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Forp-USP) sob o n.º 2007.1.1063.58.6.

O município de Cravinhos, localizado no estado de São Paulo, possui uma população de

aproximadamente 32.735 habitantes [6]. O número total de cirurgiões-dentistas na cidade perfaz um universo de $n = 24$, de acordo com os dados do Conselho Federal de Odontologia (CFO) [4]. Aceitaram participar desta investigação $n = 19$ cirurgiões-dentistas, os quais trabalham em consultórios particulares e/ou na rede pública de saúde.

Elaborou-se um questionário autoaplicado objetivo (com perguntas relacionadas à suspeita e/ou confirmação de abusos contra crianças e adolescentes, bem como condutas e nível de conhecimento) de modo a recolher informações sobre a experiência e o comportamento do profissional em episódios de violência doméstica. O questionário foi distribuído aos cirurgiões-dentistas juntamente com o do termo de consentimento livre e esclarecido. Como critério de inclusão, o indivíduo deveria ser cirurgião-dentista com atuação profissional em Cravinhos e aceitar fazer parte do estudo.

Resultados

Em Cravinhos, dos 24 cirurgiões-dentistas cadastrados no CFO, apenas 19 se propuseram a responder às perguntas. Apurou-se que somente 26,31% desconfiaram de agressão doméstica ou psíquica com relação aos seus pacientes, apesar de 68,43% relatarem que conseguem diferenciar uma lesão decorrente de violência (tabelas I e II).

Tabela I - Suspeita de que algum paciente (crianças e/ou adolescentes) tenha sido vítima de violência doméstica ou psíquica

	n	%
Sim	5	26,31
Não	14	73,69
Total	19	100

Tabela II - Distribuição dos cirurgiões-dentistas que se consideram capazes de identificar uma lesão decorrente de violência

	n	%
Sim	13	68,43
Não	6	31,57
Total	19	100

Observou-se que nunca houve notificação de casos de violência doméstica por parte dos profissionais de Odontologia na cidade. Se os sujeitos da pesquisa precisassem fazer algum

comunicado, 42,10% conduziriam a denúncia ao Conselho Tutelar (tabelas III e IV).

Tabela III - Distribuição dos cirurgiões-dentistas que já fizeram notificação de caso de abuso doméstico (físico ou psíquico) detectado entre seus pacientes (crianças e/ou adolescentes)

	n	%
Sim	0	0
Não	19	100
Total	19	100

Tabela IV - Local onde fariam a notificação em caso de agressão doméstica (física e/ou psíquica) detectada entre seus pacientes (crianças e/ou adolescentes)

	n	%
Polícia Militar	3	15,8
Ministério Público	7	36,84
Entidades de classe	1	5,26
Conselho Tutelar	8	42,10
Total	19	100

E, por fim, 40% dos entrevistados só avisariam as autoridades competentes se tivessem certeza do caso de violência. No que tange às informações obtidas acerca do tema, 73,7% nunca tiveram orientação sobre o assunto (tabelas V e VI).

Tabela V - Conduta que tomariam em caso de maus-tratos domésticos (físicos e/ou psíquicos) observados entre seus pacientes (crianças e/ou adolescentes)

	n	%
Não faria nada	0	0
Conversaria com o menor	1	5
Conversaria com os pais ou responsáveis	7	35
Faria a notificação à autoridade competente	3	15
Faria a notificação à autoridade competente e conversaria previamente com os pais ou responsáveis pelo menor	1	5
Só faria a notificação à autoridade competente se tivesse certeza da violência ocorrida	8	40
Total	20*	100

* Um profissional assinalou mais de uma alternativa (conversaria com os pais ou responsáveis / faria a notificação à autoridade competente e conversaria previamente com os pais ou responsáveis pelo menor)

Tabela VI - Locais de recebimento de informações ou treinamento para identificar casos de violência doméstica contra criança e/ou adolescente

	n	%
Nunca recebi informação a respeito do assunto	14	73,7
Na faculdade, durante o curso de graduação	2	10,52
Na especialização ou na pós-graduação (mestrado ou doutorado)	1	5,26
Em congressos de Odontologia	2	10,52
Em cursos promovidos por outras instituições	0	0
Outras fontes	0	0
Total	19	100

Discussão

Dos profissionais cadastrados no CFO [4], 19 responderam ao questionário, dois optaram por não participar, e o restante não foi encontrado ou não estava exercendo a profissão no consultório em que está registrado na Vigilância Sanitária.

Dos sujeitos da pesquisa, 26,31% já suspeitaram de que algum de seus pacientes (crianças e/ou adolescentes) tenha sofrido violência doméstica ou psíquica. A violência doméstica constitui uma das várias modalidades de expressão de agressão que a humanidade pratica contra crianças e adolescentes. As raízes desse fenômeno estão associadas ao contexto histórico, social, cultural e político em que se insere, e o problema não pode ser compreendido somente como uma questão advinda de conflitos interpessoais entre pais e filhos (Azevedo e Guerra, 1994, *apud* Roque e Ferriani [16]).

Tratando-se de abuso infantil, o cirurgião-dentista muitas vezes é o primeiro profissional a achar que as lesões existentes na face e cavidade bucal são decorrentes de agressão física [8]. Nesse sentido, os dados encontrados aqui vão ao encontro do trabalho de Chaim *et al.* (2004) [10]. Por meio de um questionário distribuído em cinco municípios do estado de São Paulo, tanto em clínicas particulares como em serviços de saúde, ambulatorios de faculdades de Odontologia e hospitais, os autores demonstraram que 22,83% dos cirurgiões-dentistas já haviam atendido crianças com características de maus-tratos, enquanto 77,17% não haviam passado pela mesma vivência.

Segundo Santos *et al.* (2006) [17], as ocorrências de abuso contra crianças podem ser vistas no

consultório odontológico, mesmo que os profissionais não tenham sido formalmente capacitados quanto ao seu diagnóstico. Naidoo (2000) [15], em estudo com crianças maltratadas na África do Sul, dos 300 casos avaliados verificou que 67% possuíam lesões na cabeça, na face, no pescoço e na boca; a face era a parte do corpo mais agredida (41%), tendo como região principal a bochecha.

Dos pesquisados, 13 diferenciaram uma lesão decorrente de violência propositadamente infligida, mas nenhum deles fez notificação, resultado diferente do divulgado por Granville-Garcia *et al.* (2008) [14], em que 33% dos entrevistados suspeitaram de algum caso de agressão; destes, 89% reportaram o fato à Justiça e 11% nada fizeram. Já no trabalho de Andrade-Lima *et al.* (2005) [1], realizado com odontopediatras, 72,9% deles nunca desconfiaram de abuso infantil contra seus pacientes e 95,71% consideraram insuficientes as informações acerca do assunto obtidas na graduação. Silveira *et al.* (2005) [19] distribuíram questionários para cirurgiões-dentistas do serviço público e particular de Blumenau (SC). Concluíram que 84% se julgavam despreparados e não capacitados para efetuar denúncias nos casos de suspeita de maus-tratos.

Quanto às razões atribuídas ao não encaminhamento do caso de suspeita de violência infantil, a incerteza do ocorrido diagnóstico é o motivo mais citado [1]. No que diz respeito à notificação, dos entrevistados na presente pesquisa 42,10% comunicariam ao Conselho Tutelar de Cravinhos. Os outros 57,88% provavelmente procurariam outros órgãos, como Polícia Militar (15,8%), Ministério Público (36,84%) e entidades de classe (5,26%), por ficarem em dúvida com relação à entidade municipal mais adequada. No tocante à conduta a ser tomada nos casos de diagnóstico ou suspeita de maus-tratos infantis, constatou-se que 40% avisariam a autoridade competente se tivessem certeza, 35% conversariam com os pais ou responsáveis, 15% informariam a autoridade competente, 5% falaria com o menor e 5% comunicariam à autoridade competente e previamente entrariam em contato com os pais ou responsáveis pelo menor.

Em estudo efetuado em cinco cidades no interior do estado de São Paulo por Chaim e Gonçalves (2006) [11], 44,88% dos cirurgiões-dentistas responderam que a melhor atitude diante de diagnóstico ou suspeita de maus-tratos seria

notificar os fatos às autoridades competentes. Todavia 84,21% afirmaram não ter recebido orientações na graduação ou após a graduação sobre violência contra crianças e/ou adolescentes. Chaim (1995) [12] relatou que 55% dos profissionais conversariam com os pais ou responsáveis e, na impossibilidade de solucionar o problema, denunciariam à polícia ou à autoridade competente.

Nota-se que a grande maioria dos cirurgiões-dentistas não sabe como agir ou documentar a suspeita de abuso infantil e considera muito importante implantar um programa de treinamento adequado para esse fim [2]. Embora 68,43% dos sujeitos da presente pesquisa admitam saber diferenciar uma lesão acidental de uma decorrente de violência, 73,7% nunca receberam informação sobre o assunto, resultado semelhante ao encontrado por Chaim e Gonçalves (2006) [11], em que 49 profissionais se consideram capacitados para o diagnóstico de crianças e adolescentes vítimas de violência, porém somente 17 tiveram acesso à informação prévia acerca do tema. Granville-Garcia *et al.* (2008) [14] divulgaram que 93% dos participantes da investigação não receberam orientações a respeito na graduação.

Nesse sentido, Becker *et al.* (1978) [3] afiançam: qualquer cirurgião-dentista que atenda uma criança com trauma orofacial de natureza suspeita (sobretudo se a história relatada não condiz com a natureza das injúrias) não deverá hesitar em adotar medidas de proteção a ela. Isso se reflete no fato de que as crianças têm sofrido inúmeras e variadas formas de violência, como maus-tratos físicos, psíquicos, abuso sexual e outros. A Odontologia, enquanto profissão de saúde, tem de se questionar sobre o que fazer e como ajudar a diminuir esse tipo de agressão e delimitar a responsabilidade do profissional da área no que se refere à questão [10].

Conclusão

Os cirurgiões-dentistas entrevistados são capazes de identificar casos de agressão contra crianças e adolescentes e sabem, em parte, como proceder ante tal situação. Há a necessidade de mais informação ou treinamento no que tange ao reconhecimento de maus-tratos nessa população e ao seu encaminhamento.

Referências

1. Andrade-Lima K, Colares V, Cabral HM. Avaliação da conduta dos odontopediatras de Recife com relação ao abuso infantil. *Rev Odonto Ciênc.* 2005;20(49):231-6.
2. Bayer JHB, Brito JH. Contribuição ao estudo do abuso infantil na área da Odontologia. *Rev Odonto Ciênc.* 1995;10(20):69-77.
3. Becker DB, Needleman HL, Kotelchuck M. Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentists. *J Am Dent Assoc.* 1978;97(1):24-8.
4. Brasil. Conselho Federal de Odontologia [cited 2009 Jul 17]. Available from: URL:http://www.cfo.org.br/download/pdf/municipios_brasil.pdf.
5. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília; 1990 [cited 2006 Nov 6]. Available from: URL:http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/eca_L8069.pdf.
6. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2007 [cited 2007 Mar 29]. Available from: URL:<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>.
7. Carvalho C. Diagnóstico: abuso infantil – um grande passo para a integridade física e psicológica do menor. *Rev Bras Odontol.* 2002;59(3):180-3.
8. Cavalcanti AL. Abuso infantil: protocolo de atendimento odontológico. *Rev Bras Odontol.* 2001;58(6):378-80.
9. Cavalcanti AL. Manifestações físicas do abuso infantil: aspectos de interesse odontológico. *Rev Paul de Odontol.* 2003;35(5):16-9.
10. Chaim LAF, Daruge E, Gonçalves RJ. Maus-tratos infantis – avaliação da capacidade de diagnóstico dos cirurgiões-dentistas. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2004;58(1):42-6.
11. Chaim LAF, Gonçalves RJ. A responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista em relação à criança maltratada. *Rev Assoc Bras Odontol Nac.* 2006;14(1):19-24.

12. Chaim LAF. Odontologia versus criança maltratada. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1995;49(2):142-4.
13. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(1):177-87.
14. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Silva PFRM. Maus-tratos infantis: percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. *Rev Odonto Ciênc*. 2008;23(1):35-9.
15. Naidoo S. A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child Abuse Negl*. 2000;24(4):521-34.
16. Roque EMST, Ferriani MGC. Desvendando a violência doméstica contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do Direito na comarca de Jardinópolis (SP). *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2002;10(3):334-44.
17. Santos JF, Nunes KS, Cavalcanti AL, Silva EC. Maus-tratos infantis: conhecimento e atitudes de odontopediatras em Uberlândia e Araguari, Minas Gerais. *Pesq Bras Odontoped Clín Integr*. 2006;6(3):273-9.
18. Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2000;8(4):22-9.
19. Silveira JLGC, Mayrink S, Nétto OBS. Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau (SC). *Pesq Bras Odontoped Clín Integr*. 2005;5(2):119-26.
20. Vieira AR. Abuso infantil. *J Bras Odontoped Odontol Bebê* 1998;1(2):57-61.
21. Zapata-Villa AZ. La enfermera frente al niño maltratado. *Invest Educ Enferm*. 1987;5(1):27-36.