

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER**

**A ATUAÇÃO DE ODONTOPEDIATRAS FRENTE AOS CASOS
DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Mestrando: Paulo Cesar Moreira Campos

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Simone G. de Assis

Rio de Janeiro, 2005

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER**

**A ATUAÇÃO DE ODONTOPEDIATRAS FRENTE AOS CASOS
DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Paulo Cesar Moreira Campos

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de mestre na área de concentração de Saúde da Criança.

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Simone G. de Assis

Rio de Janeiro, 2005

Campos, Paulo Cesar Moreira

A atuação de odontopediatras frente aos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro.

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005.

xiii, 100

Orientadora: Simone Gonçalves de Assis

Palavras-chaves do conteúdo da Dissertação

- 1) Violência
- 2) Odontopediatria
- 3) Criança

Agradecimentos

À Simone Gonçalves de Assis pela orientação e pelo aprendizado.

Ao pessoal do CLAVES, em especial a Raquel Oliveira, Nilton dos Santos e Lucimar Marriel, pelo apoio dado na elaboração do banco de dados, análise estatística, cálculo da amostra e auxílio na confecção do questionário.

Ao pessoal do IFF/FIOCRUZ.

À Simone e Eduardo.

À Rodrigo, Rafael, Roberto e Beatriz.

Ao apoio fornecido pela FIOCRUZ.

Aos meus pais.

Aos bebês, crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

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. O **objetivo** deste estudo foi o de identificar e analisar a visão dos odontopediatras frente aos casos de violência contra crianças e adolescentes, com o intuito de traçar um perfil de atuação destes profissionais.

A **metodologia** utilizada foi a quantitativa sendo para isto feito um estudo seccional. Foi calculada uma AAS e enviados pelo correio 279 questionários, sendo devolvidos 123.

Os **resultados** encontrados indicam que dos profissionais consultados 104 (87,4%) pertenciam ao sexo feminino e 15 (12,6%) ao masculino. Mais da metade dos profissionais (55,7%) tem mais de 40 anos, a maioria tem mais de 15 anos de formado (65%) e grande parte dos profissionais se especializou nas décadas de 90 e 80 (79,9%). Dos que trabalham no setor privado predomina os que atuam de forma autônoma (89,4%) e seus locais de trabalho se concentram na Zona Norte (72,8%) e Zona Sul (55,2%). Um número expressivo de profissionais nunca recebeu informações (40,2%) sobre violência familiar contra crianças e adolescentes e 21 (42%) buscaram suprir esta deficiência em periódicos. Quanto a suspeita de que algum paciente (bebês, crianças ou adolescentes) tivesse sido vítima de violência familiar 44 (36,4%) dos entrevistados afirmaram já terem vivenciado tal situação e 23 (18,5%) haviam feito o diagnóstico. A conduta de notificar todos os casos suspeitos e confirmados foi a opção escolhida por 15 profissionais (78,9%).

Concluiu-se que a ausência ou insuficiência de informações sobre como atuar frente a casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes pode ser a responsável, pela falta de uma conduta padrão diante destes casos, seja com relação às vítimas e as suas famílias, bem como em relação ao encaminhamento do caso, tendo familiaridade apenas

com alguns sinais clínicos e comportamentais. Portanto é preciso solucionar esta deficiência possibilitando que os odontopediatras atuem como elo de ligação entre vítimas e serviços de proteção à infância bem como uma maior inserção destes em equipes multidisciplinares que lidam com esta problemática.

Palavras Chave: Violência, Odontopediatria, Crianças.

ABSTRACT

The familiar violence against children and adolescents has been object of action of many Brazilian's institutes. The law Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) becomes obligatory the notification of suspect or confirmed cases of bad-treatment against children and teenager, been all the professional whom they deal with this to make it, including the health's professionals. We can then affirm that the surgeon-dentist as professional of health and, mainly as citizen, it must be able to identify cases of children or adolescents victim of bad-treatments, to offer the dental cares of emergency that are necessary and to notify the competent authorities. The **objective** of this study was to pick and to analyze the opinions of pedodontics front to the cases of violence against children and adolescents, with intention to trace a profile of performance of these professionals.

The **methodology** used was quantitative. A sectional study was done and a AAS was calculated (279). A questionnaire was elaborated and after answered by 123 pedodontics which act in diverse areas of the city of Rio de Janeiro.

The **results** indicate that a large number of professionals (40,2%) never received information about familiar violence against children and adolescents. How much suspicious of that some patient (babies, children or adolescents) had been victim of familiar violence, 36,4% (N=118) of the interviewed ones they had affirmed already to have lived deeply such situation and 19,5% (118) had make the diagnostic. The interviewers (78.9 %, N=19) believe that all the confirmed or suspicious cases of familiar violence must be notified. In the searched population 76,5% (N=17) are favorable to guide the involved families in cases of bad-treatments and 85,1% (N=94) had pointed the Conselho Tutelar as agency to be notified in episodes of this order.

The **conclusion** was that pedodontics don't have behavior standard how much adequate position to assume ahead of these cases, either with relation to the victims and its families, as well as in relation to the guiding of the case, having familiarity only with some clinical signals and manning pointers of familiar violence. This occurs for the absence or insufficient of informations aiming at to identify and to notify these incidents. Therefore is necessary to solve these questions, making possible its performance as connector link

between victims and services of protection to infancy as well as a bigger insertion of these in multidiscipline teams that they deal with this problematic one.

Key words: Violence, Pedodontic, Children.

SUMÁRIO

1. Introdução	1
2. Objetivos	10
2.1. Geral	10
2.2. Específicos	10
3. Quadro Teórico	11
3.1. Violência Familiar	12
3.2. Interface Odontologia-Violência contra crianças e adolescentes	15
3.3. Cirurgiões-dentistas e notificação	20
4. Hipótese	31
5. Metodologia	32
5.1. Seleção da amostra	33
5.2. Critérios de inclusão e exclusão	34
5.3. Elaboração de instrumento e coleta de dados	35
5.4. Análise de dados	40
5.5. Considerações éticas	42
6. Apresentação e Discussão dos Resultados	44
6.1. Perfil profissional	44
6.2. Informação sobre maus-tratos	48
6.3. Suspeição de maus-tratos	51
6.4. Diagnóstico de maus-tratos	54
6.5. Lesões orofaciais encontradas nos casos de maus-tratos	60
6.6. Condutas adotadas diante de casos de maus-tratos	62
6.7. Notificação de maus-tratos	67

7. Breves Considerações	73
8. Referências	77
9. Anexos	90

Lista de Anexos e Tabelas

Tabelas:

Tabela 1. Perfil profissional de odontopediatras no Município do Rio de Janeiro, 2004	45
Tabela 2. Área do município em que trabalha	48
Tabela 3. Informações sobre maus-tratos	49
Tabela 4. Informação sobre órgãos que atuam frente aos maus-tratos	50
Tabela 5. Número de profissionais que já diagnosticaram maus-tratos segundo faixa etária da clientela	56
Tabela 6. Tipos de maus-tratos diagnosticados	56
Tabela 7. Lesões orofaciais referidas nos casos de maus-tratos	61
Tabela 8. Condutas adotadas diante de casos de maus-tratos	63
Tabela 9. Notificação de maus-tratos	67

Anexos:

Anexo 01. Questionário (correio)	90
Anexo 02. Questionário Resumido (telefone)	95
Anexo 03. Correspondência enviada ao presidente do CRO-RJ requerendo lista de Odontopediatras registrados neste conselho	97
Anexo 04. Ofício enviado pelo Conselho Regional de Odontologia – Rio de Janeiro nº 1948/2003	99

1. INTRODUÇÃO

Conceitualmente, a violência pode ser considerada toda ação danosa à vida e à saúde do indivíduo, caracterizada por maus-tratos, cerceamento da liberdade ou imposição da força. A criança e o adolescente por sua maior vulnerabilidade e dependência são vítimas freqüentes de atos abusivos (Eisenstein & Souza, 1993).

A palavra “violência” tem uma conotação negativa por que é vinculada à noção de ato moralmente reprovável, de tal forma que quem comete intencionalmente este tipo de ato é obrigado a justificá-lo, mostrando que existem boas razões em princípio mais fortes que a presunção negativa que temos contra ele (Mori, 1994).

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.

De acordo com Minuchin (1982), a família é um sistema aberto e em transformação constante pela troca de informações com os sistemas extrafamiliares. Não se pode abordar a temática da violência familiar contra crianças e adolescentes isolando-a da estrutura social em que ela ocorre. Como afirma Minayo (2003), a violência pela sua natureza complexa, envolve as pessoas na sua totalidade biopsíquica e social, de forma dinâmica. Porém o *locus* de sua realização é o contexto histórico-social, onde as particularidades

biológicas encontram as idiosincrasias de cada um e se redefinem nas condições emocionais e sócio-culturais.

Segundo Golder (1995), há situações de estresse na família que são predisponentes para a ocorrência de maus-tratos contra crianças. São elas: a) dificuldades infantis como anormalidades congênitas, problemas no aprendizado, impedimentos físicos, epilepsia e história de adoção; b) pais com depressão, história prévia de abuso quando criança e violência conjugal; c) contexto sócio-econômico familiar instável, geralmente com pai/mãe solteiros, pais muito jovens, novos parceiros, desemprego e pobreza.

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 Münchausen 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).

Hibbard & Sanders (1995) expuseram que os maus-tratos não são sempre intencionais, ou seja, o dano ou injúria provocados nem sempre são os propósitos da ação. A raiva, expressa ativa ou passivamente contra crianças, muitas vezes não é planejada, mas pode resultar, mesmo assim, em lesões significativas ou mesmo em morte.

As estatísticas sobre crianças brasileiras vítimas de maus-tratos, embora obtidas com metodologias variadas e algumas devendo ser observadas com cautela, mostram resultados preocupantes pelo impacto social que possuem.

De acordo com dados fornecidos pela ABRAPIA (2000), no período entre janeiro e agosto de 1999, no município do Rio de Janeiro, foram notificados 402 novos casos, compreendendo 811 crianças/adolescentes vítimas de maus-tratos.

Um inquérito epidemiológico com 1685 estudantes das escolas públicas e particulares do Município de São Gonçalo (RJ) efetuado em 2002 constatou a importância da violência familiar: 14,6% sofrem violência física severa de pai ou mãe; 11,8% testemunharam ou vivenciaram violência sexual na família; 48% relataram sofrer violência psicológica de pessoas significativas (Assis *et al*, 2004).

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 de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem 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, que *“é 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. Este documento afirma que no final da década de 1980 elegeu-se a violência como tema prioritário de atenção pelo setor de saúde, principalmente

pelos serviços que lidam diretamente com crianças e adolescentes vítimas desse tipo de problema, já que tais serviços são locais privilegiados para a implementação de ações efetivas sobre o problema (Brasil, 1993).

Apenas no início do novo milênio a prevenção aos acidentes e violências no Brasil passou a ser encarada como prioridade na agenda do Estado, desde o advento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em 2001 (Portaria MS/GM 737, 16/05/01). Nesta Política, a violência familiar ganha posição de destaque, sendo definidas diretrizes e identificadas responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões relacionadas à prevenção de violência no país. Recentemente a implantação do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e iniciando-se os preparativos para implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (Portaria MS/GM 936, 19/05/04).

A atuação frente à violência deixa de estar nas mãos apenas dos serviços de segurança pública e justiça, para se distribuir entre os diversos segmentos da sociedade civil e demais setores governamentais. A área de saúde tem tomado para si um dos mais importantes papéis nesta nova época (Assis, 1994), incluindo-se aí o relevante papel a ser potencialmente desempenhado pela odontologia.

Como afirma Minayo (1994:14), *“a complexidade real da experiência e do fenômeno da violência exige a ultrapassagem de simplificações e a abertura para integrar esforços e pontos de vista de várias disciplinas, setores, organizações e comunidades”*.

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 física e sexual. Esta atuação pode se respaldar no inciso V do artigo 4º do Código de Ética, que define como dever do cirurgião-dentista “*promover a 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 odontopediatras 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 odontopediatras e definido qual o escopo de ação que lhes cabe. Como afirma Mattos (2001), ao se organizar um serviço de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades.

Discutir a importância da atuação dos odontopediatras frente aos maus-tratos é a principal **justificativa** deste trabalho.

É lícito afirmar que o cirurgião-dentista, como profissional de saúde e, principalmente como cidadão, deverá estar capacitado para identificar casos de crianças ou adolescentes vítimas de maus-tratos, fornecer os cuidados dentários

emergenciais necessários e notificar às autoridades competentes (Cavalcanti, Valença & Duarte, 2000).

Croll *et al* (1981) e Monte Alto *et al* (1996) observam que o dentista, uma vez habilitado a identificar a criança maltratada pode ser capaz de denunciar esta situação por ter proximidade com a criança, além do 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.

Para Sanger (1982), é de suma importância que o odontopediatra esteja inteirado da possibilidade da existência do abuso e preparado para conduzir a situação da melhor maneira possível, adquirindo conhecimento sobre os aspectos legais e sociais das crianças vítimas de maus-tratos.

Pode parecer a princípio, que os dentistas estão menos envolvidos que outros profissionais de saúde na detecção e tratamento de casos suspeitos de abuso infantil, porém Deslandes (1999) afirma que se o setor de ortopedia pode ser considerado um setor básico no atendimento dos casos de violência, a presença de neurologistas, cirurgiões, clínicos, pediatras, oftalmologistas, otorrinolaringologistas e cirurgiões-dentistas constituiu a garantia do atendimento dos casos específicos, dos casos graves e os de grande complexidade.

De acordo com Mc Donald & Avery (1991), o dentista deve sempre obter a história de qualquer lesão e, caso tenha uma natureza suspeita, sua história poderá também o ser.

A falta de trabalhos na odontologia que focalizem a violência sobre os pacientes é flagrante. Em levantamento bibliográfico realizado por Azevedo & Guerra (1995), no qual foram consultados 14.779 trabalhos produzidos nos cinquenta anos anteriores pelas principais universidades de São Paulo, a autora identificou 22 dissertações/teses que abordavam periférica ou focalmente o fenômeno da violência doméstica contra criança e adolescente. Nenhum desses estudos havia sido desenvolvido pela área odontológica.

Consultando a Bibliografia Brasileira de Odontologia (B.B.O.) e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), bases de dados bibliográficos, período de 1992 à 2004, encontramos somente 16 trabalhos na área de Odontologia, publicados no Brasil, sobre violência familiar contra crianças e adolescentes sendo que o mais antigo data de 1992. Nenhum deles aborda a questão da atuação de odontopediatras frente aos casos de violência contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro. Os trabalhos abordam desde tipos de lesões resultantes de atos de violência até comportamento de profissionais das áreas da saúde e humanas frente ao tema. Já no MEDLINE constata-se 60 dados bibliográficos, a maioria de autores norte-americanos e europeus; poucos abordam especificamente a questão da atuação de odontopediatras frente aos casos de violência doméstica.

Essa precária participação é reforçada por Jessee (1999), que declarou que os dentistas, quando comparados a outros profissionais da saúde, participam em menor grau no reconhecimento e relato de maus-tratos infantis, sendo não somente incapazes de comunicar o ocorrido às autoridades competentes frente à suspeita de abuso ou negligência, como também relutam em fazê-lo.

Acredita-se que os profissionais da área de saúde, inclusive o dentista, além de professores, pessoas que trabalham em creches e qualquer pessoa que exerça alguma atividade ligada a crianças, devem estar preparados para identificar um caso suspeito de abuso infantil e conhecer os procedimentos necessários para se efetuar a comunicação a autoridade competente (Vieira, Modesto & Abreu, 1998).

Uma das importantes razões pelas quais o profissional de saúde deixa de diagnosticar os casos de violência contra crianças e adolescentes refere-se ao fato de não terem recebido treinamento nem conhecimento para tanto, não estando conscientizados nem atentos para a ocorrência desses eventos (Assis & Souza, 1995).

Por isso, torna-se importante, além de conhecer o tipo de atendimento existente nos ambulatórios de odontopediatria no que se refere à violência familiar, traçar o perfil de atuação destes profissionais, no intuito de detectar possíveis falhas da capacitação no que tange a detecção e notificação de casos de violência familiar contra crianças e adolescentes. Entendemos, portanto como atuação: diagnóstico, tratamento das lesões, notificação e encaminhamento.

Em função desta realidade, é que se tomou como **objeto de estudo** a atuação de odontopediatras frente aos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro, tema que interessa às mais diversas áreas do conhecimento, especialmente aos profissionais de saúde, ou ainda, a todos aqueles que se interessam com a promoção de saúde e o bem estar social.

O maior conhecimento dos odontopediatras sobre os aspectos que envolvem a violência física poderia tornar mais eficiente o combate a esse grave problema. A capacitação para reconhecer as vítimas e encaminhá-los aos serviços para o adequado tratamento inclui o desenvolvimento da habilidade de averiguar o nexo causal entre a lesão e a história alegada para a sua produção (Da Silva, 2001).

Espera-se que o esclarecimento quanto ao perfil de atuação dos odontopediatras frente aos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes possa estabelecer se há necessidade de capacitar esses profissionais com conhecimentos que os habilitem a lidar adequadamente com a questão da violência doméstica, possibilitando a sua atuação como elo entre vítima e serviços de proteção à infância, bem como uma maior inserção destes em equipes multidisciplinares que lidam com esta problemática.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL:

Traçar o perfil de atuação de odontopediatras frente aos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro.

2.2 ESPECÍFICOS

- Verificar a atuação dos odontopediatras segundo sexo, faixa etária, tempo de formado e tempo de especialização.
- Identificar o grau de conhecimento que têm sobre o problema

3. QUADRO TEÓRICO

Esta dissertação traz eixos teóricos que nos ajudarão a compreender um pouco sobre a atuação de odontopediatras frente aos casos de maus-tratos, perpetrados na família contra crianças e adolescentes.

Há muitos obstáculos sociais e culturais que dificultam a suspeição e o diagnóstico de maus-tratos de crianças na família. A resistência em aceitar a existência da violência familiar decorre da extrema idealização de que o amor parental é objeto em nossos dias (Guerra, 1985). Essa resistência acomete os profissionais da área médica tanto quanto a sociedade em geral.

A definição do termo família encontrada na literatura tem por base os conceitos advindos da Antropologia, da Sociologia ou da Psicologia. Segundo Berenstein (1988), nas definições antropológicas, o foco de interesse do estudo sobre famílias consiste na estrutura das relações, isto é, o grau e a natureza do parentesco. A estrutura elementar de parentesco inclui três tipos de vínculos: o consanguíneo (entre irmãos), de aliança (marido e esposa) e de filiação (pais e filhos). As definições sociológicas centralizam-se em tipologia familiar, que inclui: família nuclear ou de orientação (composta por pai, mãe, os irmãos e as irmãs), família de procriação (formada pela pessoa, seu marido/esposa, filhos), entre outras configurações. A família pode ser compreendida a partir do número de integrantes e da sua extensão, que determinam mudanças estruturais e ampliações no tamanho e na forma do grupo familiar, isto é, as reorganizações depois de mortes, divórcios e novos casamentos.

As definições psicológicas descrevem o grupo familiar como um conjunto de relações. A família pode ser vista como totalidade, sistema ou grupo formado por pessoas que se relacionam entre si, por parentesco e/ou por se considerarem pertencentes àquele contexto. Tais relações, idealmente, se caracterizam por união e por influência, recíproca direta, intensa e duradoura (Laing,1983).

Comumente, as definições de família pressupõem uma visão de família organizada, que enfrenta eventos estressores, mas encontra recursos em si mesma ou no seu ambiente para retornar a um estado equilibrado. No entanto, nem sempre é esta a situação verificada nos grupos familiares, indicando que tais definições baseiam-se em uma visão idealizada do sistema familiar. Os estudos, cada vez mais freqüentes destes sistemas, enfatizam os relatos de violência familiar, tais como: abuso emocional, físico e sexual, além da negligência e do abandono (De Antoni, Mesquita & Koller, 1998; Farinatti, 1997).

A violência familiar pode ser vivenciada em variadas culturas e classes sociais. Entretanto, é nas classes populares que elas ganham maior visibilidade, uma vez que são essas classes que mais procuram os serviços públicos. Ainda por serem mais numerosas, as classes populares contribuem, em termos absolutos, com a maioria dos casos registrados (Deslandes, 1994).

3.1 VIOLÊNCIA FAMILIAR

Para Santana-Tavira *et al* (1998), a violência familiar contra crianças e adolescentes é um problema tão antigo quanto a própria humanidade.

O primeiro trabalho científico que descreveu casos de violência familiar contra crianças e adolescentes foi escrito em 1860, por Ambroise Auguste

Tardieu, médico-legista francês. Nessa obra, o autor explica que as sevícias e maus-tratos infligidos a crianças era um novo objeto de estudo da área médico-legal em função da idade dos ofendidos, da diversidade dos agentes vulnerantes, da natureza variável das lesões e das conseqüências sempre graves, por vezes terríveis que acarretam.

Em 1874, nos EUA, foi relatado o caso da menina Mary Ellen, que era espancada por sua madrasta, tendo este caso sido encaminhado à Sociedade de Prevenção de Crueldade contra Animais. Posteriormente, no ano seguinte, criou-se a Sociedade de Prevenção de Crueldade contra Crianças (Mc Donald & Avery, 1991).

Já em 1939, Ingrahan & Hely demonstraram que os hematomas subdurais em crianças, normalmente, tinham origem traumática, contradizendo a “origem misteriosa” dessas manifestações, adotada na época.

Em 1946, Caffey descreveu seis casos de crianças com fraturas múltiplas em ossos longos e hematomas subdurais. O autor concluiu que as fraturas aparentavam ter uma origem traumática; porém o que realmente poderia ter ocorrido estava obscuro. Em três dos seis casos descritos por Caffey havia lesões orofaciais presentes (edema e hemorragia gengival, petéquias na mucosa oral e equimose na face, além de contusões).

Wooley Jr. & Evans Jr. (1955) sugeriram a possibilidade dos pais serem os causadores desses tipos de lesões das crianças.

Em 1962, Henry Kempe criou a denominação de “Síndrome da Criança Espancada”. De acordo com o autor, a síndrome deve ser suspeita em toda criança que apresente fratura de qualquer osso longo, hematoma subdural, falta

de desenvolvimento, tumefação de tecidos moles ou equimoses. O impacto dessa publicação foi tão grande, que todos os estados americanos modificaram suas leis entre 1963 e 1968, obrigando os profissionais de saúde a reportarem casos suspeitos às autoridades competentes.

Azevedo & Guerra (1998) explicam-nos que, na época em que Kempe trouxe a público suas postulações, o contexto sócio-econômico-cultural dos EUA era adequado para a propagação de novas idéias sobre a vitimização infantil. Na década de 60 (século XX) os movimentos feministas, dos estudantes, dos direitos civis e antibelicistas fomentaram questões críticas sobre a santidade da privacidade familiar, a posição privilegiada do homem enquanto chefe de família e a importância da família permanecer unida a qualquer preço. Começava-se, enfim, a aceitar a possibilidade de que a família poderia ser, em determinadas circunstâncias, extremamente perigosa.

Nos E.U.A a violência familiar, nos anos 70, havia sido responsável por mais mortes do que a leucemia, a fibrose cística ou a distrofia muscular (Hazlewood, 1970)

Ao descrever seis casos de violência física, três dos quais fatais. Tate (1971) informa que é comum encontrar lesões faciais nas vítimas dessa modalidade de violência, e afirma que os traumas faciais e na boca apresentam maior incidência que as fraturas em outras partes do corpo.

O fenômeno da violência familiar contra crianças e adolescentes não ocorre somente em famílias de classes sociais mais baixas e sem acesso à educação, bem como os perpetradores desse tipo de ação não são somente psicóticos ou sofrem de algum tipo de doença mental grave (Laskin, 1973). Pelo

contrário, são encontrados em todas as classes sociais, manifestando-se como uma forma educativa plenamente admitida na cultura ocidental.

As relações violentas entre pais e filhos tornaram-se com maior intensidade, a partir do século XX, objeto de estudo de diversas áreas de conhecimento científico e ganharam propostas de intervenção, vindas tanto do Estado quanto da própria sociedade civil (Guerra, 1985).

3.2 INTERFACE ODONTOLOGIA-VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Zavras & Pai (1997) avaliaram as atitudes e percepções de estudantes de medicina, odontologia e de saúde pública frente ao abuso infantil e negligência em situações com as quais eles poderiam se deparar em sua profissão. Os resultados indicaram que os indivíduos pesquisados consideraram a questão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes um preocupante problema de saúde pública.

O papel do cirurgião-dentista na detecção de incidentes de violência contra crianças e adolescentes é uma exigência de sua condição de profissional de saúde (Sopher, 1977).

Diferentes autores consideram o cirurgião-dentista um profissional que tem uma situação privilegiada para suspeitar, ou até detectar, casos de violência física entre seus pacientes, e pode até mesmo ser um dos primeiros profissionais a travar contato com a vítima (Ten Bensel & King, 1975; Rupp, 1996; Bruno, 1999; Tsang & Sweet, 1999). Isto porque, cerca de 50% das vítimas de violência física

doméstica seriam portadoras de lesões que envolvem a boca, a face e a cabeça (Ten Benseel & King, 1975; Malecz, 1979; Needleman, 1986; Sfikas, 1996).

Para Von Burg *et al* (1993) o reconhecimento dos sinais de violência familiar contra crianças e adolescentes e a notificação dos casos suspeitos é o primeiro passo para a prevenção desse fenômeno. Segundo esses autores, é comum que a cabeça e a face sejam atingidos quando um indivíduo é atacado.

Alguns locais do corpo são típicos em apresentarem lesões infligidas nas crianças. As nádegas, genitália e as partes internas das coxas são locais privilegiados. São comuns palmadas que deixam marcas nas bochechas, queimaduras por pontas de cigarro no lobo da orelha, lesões no lábio superior e freio labial por forçar a colher no momento da alimentação e marcas de estrangulamento no pescoço (Schmit, 1986).

O *abuso físico* é uma modalidade de violência praticada com muita frequência, seja isoladamente ou associada a alguma outra. Produz lesões que podem ser identificadas com razoável facilidade pelo cirurgião-dentista: os traumas orofaciais são possíveis resultados desses eventos, sendo de suma importância que estes profissionais estejam habilitados para fazer o diagnóstico dessas lesões, contribuindo para o enfrentamento da violência familiar.

As lesões intra-orais produzidas em crianças podem ser resultado de atos violentos aplicados sobre sua boca na tentativa de silenciá-las e humilha-las, tornando a região oral alvo comum da violência física por ser considerada o centro da comunicação e nutrição (Whittaker, 1990; Mathewson, 1993).

Sanger (1984) descreve lesões traumáticas que podem ser encontradas no complexo orofacial: contusões na face, no pescoço, nas estruturas periorais,

no palato, lábios e assoalho da boca; lacerações na face, nas mucosas e nos freios labial e lingual; queimaduras na face ou mucosas, resultado do uso de instrumentos, substâncias químicas tóxicas e líquidos ferventes; trauma nos olhos, orelhas, perfurações do tímpano, fraturas nos ossos da face; e, injúrias dentárias, com avulsão de dentes e escurecimento da coroa dentária.

Uma pesquisa que buscava traçar o perfil das lesões orofaciais decorrentes de violência familiar em 300 crianças atendidas num hospital da Cidade do Cabo (África do Sul) entre 1992 e 1996, verificou que 67% delas localizavam-se nas regiões da face, cabeça, boca e pescoço (Naidoo , 2000).

O estudo realizado nos E.U.A por Greene, Chisick & Aaron(1994) demonstrou que crianças maltratadas/negligenciadas apresentaram um número de dentes cariados e não-tratados oito vezes maior do que crianças que não faziam parte deste grupo.

Alguns indicadores primários para identificação de crianças maltratadas são apresentados: a criança estar suja, queimaduras por pontas de cigarro e outras, mordidas, marcas de ter sido agarrada, de cinto ou correntes, abrasões e lacerações em locais incomuns e com histórias improváveis, marcas de estrangulamento no pescoço, orelhas traumatizadas externamente por beliscões, torções ou puxões e lesões incomuns na pele, com diagnóstico dermatológico indefinido, múltiplas fraturas ósseas (Davies, Domoto & Levy, 1979)

Atwal (1998), relata que a face é o sítio mais comum de traumas, seguida da nuca e região das nádegas. Dentre as injúrias envolvendo a face, as contusões e ecmoses representam 66% das lesões e as abrasões e lacerações correspondem a 28%. Para os autores, os danos às estruturas intra-orais mais

freqüentes são: contusões e ecimoses (43%) e abrasões e lacerações (29%); quanto ao trauma dentário, ele ocorre em 29% das injúrias (Becker, Needleman & Kotelchuck, 1978).

Welbury (1994), afirma que cerca de 50% dos casos de maus-tratos diagnosticados possuem traumas orofaciais, sendo que as fraturas não são encontradas com freqüência.

É difícil para os odontopediatras detectar e atender casos de *negligência*, problema enfrentado por todos os profissionais de saúde, especialmente aqueles que atendem à clientela oriunda dos estratos populares. Como distinguir que dentes cariados em excesso ou perda dentária são frutos de negligência ou de precárias condições sócio-econômicas?

O *abuso sexual* por sua vez, pode ter como conseqüência, infecções no complexo orofacial, dentre elas estão a gonorréia, o condiloma acuminado, a sífilis, infecção por herpes tipo II, monilíase e tricomonas vaginalis, e ainda, a formação de petéquias e eritema no palato, devido a felação (Casamassimo,1984)

Em 1983 Wright & Thornton realizaram um trabalho que evidenciou a importância da presença de um dentista na equipe multidisciplinar que atende uma criança que sofreu abuso. Uma criança que possuía osteogênese imperfeita estava sendo erroneamente diagnosticada como vítima de abuso, uma vez que a ocorrência de fraturas repetidas em ossos longos é um dos sinais descritos na Síndrome da Criança Espancada. Apenas quando um exame intra-oral descobriu a existência de um quadro de dentinogênese imperfeita, rejeitou-se a suposição de abuso infantil.

Das mortes decorrentes de violência familiar 70% são provocadas por traumas na cabeça, portanto o cirurgião dentista deve conhecer os sinais mais comuns de maus-tratos, devendo se preparar para efetuar uma boa anamnese e ter clareza quanto a necessidade de notificar (Spencer, 1996; Saxe & Mc Court, 1991).

No estudo de Adair *et al* (1997) foi constatado que os odontopediatras suspeitaram mais do que os clínicos gerais de terem tido contato com vítimas de maus-tratos no exercício de sua profissão.

Vários autores detectaram a falta de conhecimento, entre os cirurgiões-dentistas, sobre o fenômeno da violência familiar contra crianças e adolescentes: incerteza sobre o diagnóstico, falta de familiaridade com sinais clínicos, ignorância sobre como notificar e sobre como o caso é conduzido pelos órgãos e instituições que recebem a notificação (Kassebaum *et al*, 1991; Welbury & Murphy, 1998). Estes autores sugerem que talvez seja necessário informar melhor os profissionais.

Para Monte Alto *et al* (1996) nas nossas universidades não existe uma abordagem específica para violência contra crianças e adolescentes, nem a divulgação dos serviços especializados existentes. O diagnóstico, muitas vezes óbvio, não é esclarecido e a vítima continua a ser maltratada, correndo inclusive risco de vida.

Posição compartilhada por Wesche (1999) ao afirmar que educar os profissionais sobre a questão da violência familiar aumentaria o número de notificações. Também Vieira *et al* (1998) alegam que por não receberem informações suficientes sobre violência familiar contra crianças e adolescentes,

os cirurgiões-dentistas não saem da faculdade capacitados para identificar as vítimas e, caso suspeite de algum incidente, não sabe o que fazer.

Os cirurgiões-dentistas que aprenderam a reconhecer os sinais de violência familiar são cinco vezes mais propensos a fazer notificações do que aqueles que não foram educados sobre o assunto (Tsang & Sweet, 1999)

A intervenção precoce nos casos de maus-tratos e abandono de crianças ajuda a todos. Fornece uma melhor oportunidade de obter o tratamento e os serviços de apoio necessários, em tempo de preservar e fortalecer a unidade familiar (De Panfilis & Zuravin, 1999).

Em síntese, percebe-se que há um importante papel a ser desempenhado pelos odontopediatras brasileiros no enfrentamento da violência familiar contra crianças e adolescentes, embora o caminho a ser percorrido para implementar tal ação seja ainda muito longo.

3.3 CIRURGIÕES-DENTISTAS E NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS

O notificante é o elemento que torna pública a violência contra a criança ou o adolescente e pode ser considerado um ator importante na rede de proteção à criança (Gonçalves *et al*, 1999; Blumberg & Ken, 1981)

A violência familiar contra crianças e adolescentes é produto de uma série de fatores estressores severos; o propósito de se notificar um caso de violência familiar é assistir a família na obtenção de orientações para lidar apropriadamente com o estresse, e não de puni-la através da remoção da criança do ambiente (Kittle *et al*, 1986)

Mouden (1998b) conta que, em 1993, a American Dental Association (ADA) incluiu a notificação de violência familiar contra crianças e adolescentes como uma obrigação ética nos seus “Princípios de Conduta e Código de Ética”. Outra resolução, citada pelo autor, reforça a política oficial da ADA, afirmando que os membros da Associação deveriam “familiarizar-se com e relatar todos os sinais físicos de abuso infantil observáveis no curso normal de uma consulta odontológica” (p.74). Esta iniciativa fez com que o número de notificações de casos de violência familiar contra crianças e adolescentes aumentou nos EUA de 2,7 milhões em 1992, para 3,1 milhões em 1995 (Sifkas, 1996).

Pouco mais da metade do grupo de 246 odontopediatras pesquisado por Malecz (1979) nos Estados Unidos – 56% - indicou saber qual o procedimento adequado para realizar notificações.

Em outro estudo nos Estados Unidos, Adair *et al* (1997.b) notaram que os odontopediatras que participaram de seu estudo sabiam, mais do que os clínicos gerais, a quem encaminhar as notificações.

Para avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas acerca do problema da violência familiar contra crianças e adolescentes, bem como sua experiência com relação a este tipo de violência, Becker *et al* (1978) enviaram, pelo correio, 1.134 questionários a clínicos gerais, 68 a odontopediatras e 130 a especialistas em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais do estado americano de Massachussets, perfazendo um total de 1.332 questionários. Das correspondências enviadas, 40% (537 questionários) foram respondidas. Mais de 8% do total de profissionais havia tido contato com traumas orofaciais de natureza suspeita, com porcentagem maior entre os especialistas em cirurgia e

traumatologia buco-maxilo-faciais (22%) e odontopediatras (18%) do que entre os clínicos gerais (5%). Somente 22 casos confirmados de violência familiar contra crianças e adolescentes foram relatados pelos cirurgiões-dentistas, e destes, apenas 4 foram encaminhados para serviços de proteção à infância (18% do total de 22); os outros casos não foram encaminhados, pois os profissionais acharam difícil confirmar as suas suspeitas e um dos cirurgiões-dentistas acrescentou que não desejava se envolver, ou seja, menos de 1% dos cirurgiões-dentistas notificou seus achados. Apenas 45% do total da população estudada, estava consciente de sua responsabilidade no que tange à notificação de casos suspeitos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, sendo os odontopediatras os de consciência mais acentuada (77%).

Com o intuito de investigar o conhecimento que os cirurgiões-dentistas detêm sobre violência familiar contra crianças e adolescentes, Kassebaum *et al* (1991) enviaram 1.000 questionários a cirurgiões-dentistas do estado do Texas: 800 clínicos gerais, 120 especialistas em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais e 80 odontopediatras. Foram devolvidos 335 questionários (33,5%): 268 de clínico gerais, 34 de especialistas em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais e 28 de odontopediatras. Da amostra estudada, 36% relataram ter suspeitado de que pelo menos um de seus pacientes houvesse sido vítima desse tipo de violência, e 19% informaram ter notificado pelo menos um caso suspeito.

Ramos-Gomez *et al* (1998) enviaram questionários contendo 33 questões de múltipla escolha a 15.000 cirurgiões-dentistas da Califórnia (EUA), dos quais 2.005 (13%) foram devolvidos, 16% dos entrevistados já haviam suspeitado ter atendido alguma criança ou adolescente vítima de violência familiar, e somente

6% declararam ter realizado a notificação. Entre aqueles que nunca haviam notificado, 71% alegaram nunca ter tido contato com uma vítima, 14% apontaram a falta de uma história clínica adequada, e 6% informaram que lhes faltava conhecimento sobre o fenômeno e sobre o papel do profissional de saúde como notificante.

Saxe & Mc Court (1991) enviaram questionários a 250 membros da American Society of Dentistry for Children e obtiveram respostas de 157 profissionais (62,8%), destes 50,3% já haviam suspeitado ter tido contato com alguma vítima de violência familiar e 66,7% haviam realizado a notificação; 86,6% sabiam que eram obrigados e protegidos por lei a notificar os casos suspeitos desse tipo de violência, e 6,2% afirmaram já terem evitado notificar algum caso suspeito por não quererem se envolver com a questão.

Mc Dowell *et al* (1994) enviaram questionários a 1.000 cirurgiões-dentistas do Colorado (EUA), obtendo 407 respostas (40,7%). Dos entrevistados, 74% conheciam a obrigatoriedade de notificar casos suspeitos de violência familiar contra crianças e adolescentes, enquanto 25% entendiam que essa obrigatoriedade restringia-se aos casos confirmados, e 0,02% (7 profissionais) acreditava que era sua responsabilidade aconselhar as famílias envolvidas nestas ocorrências; 29% haviam suspeitado de que algum de seus pacientes (crianças e adolescentes) haviam sido vítimas deste tipo de incidente, e somente 14% já haviam realizado pelo menos alguma notificação; 42% indicaram a história clínica insuficiente, e 31% a falta de conhecimento sobre violência familiar contra crianças e adolescentes como razões para hesitar notificar um caso.

Pode-se perceber pela maioria dos estudos citados anteriormente, que apesar de terem recebido informações sobre a temática da violência familiar contra crianças e adolescentes, elas não foram suficientes para sanar as dúvidas dos cirurgiões-dentistas a respeito de que conduta adotar frente a casos de maus-tratos, gerando dificuldades para a identificação e notificação destes.

No Brasil, se verifica baixa notificação dos casos de violência. Dentre os profissionais que mais notificam estão os de algumas áreas de saúde (especialmente pediatria e enfermagem), educação e bem-estar social, indicando o envolvimento dessas classes com o problema e com as instituições especializadas no atendimento de crianças vítimas de violência (Brasil, 1997). Também denota a ausência de outras categorias profissionais no enfrentamento do problema.

Durante a Quinta Jornada Odontológica de Araras (estado de São Paulo), Chaim (1995) distribuiu 500 questionários aos profissionais e estudantes de odontologia presentes. O questionário continha uma única pergunta sobre a atuação do cirurgião-dentista frente a um caso de violência física contra uma criança; três eram as possibilidades de resposta: “denúncia à polícia ou órgão competente”, “conversar com os pais e responsáveis” e “outra opção qualquer”. Dos formulários distribuídos, 183 foram considerados aproveitáveis (107 respondidos por estudantes e 76 por profissionais). Os resultados demonstraram que, em 55% das respostas, a opção considerada foi a de um primeiro contato com os pais ou responsáveis e, na impossibilidade de solucionar o problema, a denúncia à polícia ou órgão competente; 12% dos entrevistados acreditavam que deviam apenas conversar com os pais ou responsáveis; 18% apontaram a

denúncia à polícia como saída; 11% indicaram que comunicariam os fatos a assistentes sociais; 4% utilizariam a denúncia anônima ou conforme ressalva o autor, afirmaram mesmo “não devemos nos envolver em assuntos pessoais” (p.143).

A denúncia comumente é realizada visando interromper os atos de violência e a punição de seus perpetradores. O ato de notificar dá um passo a mais, visa não apenas acionar meios para interrupção do ato violento, bem como proteger e acompanhar a criança e sua família.

Gurgel *et al* (2001) realizaram um trabalho que tinha como objetivo determinar o grau de conhecimento e atitudes dos cirurgiões-dentistas frente aos maus-tratos infantis. Foi elaborado um questionário, aplicado a 260 profissionais durante o 11º Congresso Internacional de Odontologia da Bahia, sendo incluídos 199 na análise final. Dos dentistas avaliados, 60,3% atendiam crianças com frequência. Relataram saber definir maus-tratos 72,4%, mas 93,5% nunca buscaram treinamento específico. A suspeita ocorreu para 32,7% dos pesquisados e 64,8% denunciaram/denunciariam, sendo os órgãos de proteção à criança escolhidos por 84,5%. O motivo da omissão, em 40% dos casos, seria o receio de diagnóstico incorreto.

Souza (2002) realizou um estudo com o intuito de avaliar o conhecimento e conduta de médicos e cirurgiões-dentistas sobre maus-tratos e violência contra criança e adolescente, tendo concluído que estes apresentam conhecimento a respeito do tema, reconhecem os sinais e os sintomas característicos da criança mal tratada e do perpetrador assim como os órgãos de proteção à criança, porém

não sabem como documentar as evidências e quando suspeitam de fato não denunciam, simplesmente se omitem.

Da Silva (2001) relata, que a maior parte dos cirurgiões-dentistas que participaram de seu estudo (65,5%) desconhece a quem devem ser feitas as notificações.

No Brasil, o dispositivo legal que trata das questões ligadas à infância é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA-lei nº 8.069, de 13/07/1991). Nesse estatuto, o artigo 245 (livro II-Parte Especial, Título VII-Dos Crimes e Das Infrações Administrativas, Capítulo II-Das Infrações Administrativas) é bastante relevante para o problema da violência contra crianças e adolescentes e para a atuação do cirurgião-dentista nesse contexto:

Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança e adolescente.

Pena- multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (Artigo 245, p.94-95).

Esse artigo traz dois aspectos importantes. O primeiro diz respeito à categoria de profissionais que podem ser punidos caso não realizem notificações de casos de maus-tratos. A lei não cita, de forma explícita, a figura do cirurgião-dentista. Contudo, se o consultório odontológico for visto como um estabelecimento de atenção à saúde, o cirurgião-dentista como responsável pelo

estabelecimento, estaria obrigado a notificar à autoridade competente. A notificação, no Brasil, deve ser feita aos Conselhos Tutelares (artigo 13 do ECA) e enquanto não estiverem instalados, as atribuições a eles conferidas serão exercidas pela autoridade judiciária- o juiz da infância e da juventude ou o juiz que exerce essa função na forma da Lei de Organização Judiciária local (artigos 262 e 146 do ECA).

É possível encontrar, no ECA, outros artigos que respaldam o profissional que efetue a notificação. É o caso do artigo 4º (Livro I – Parte Geral, Título I – Das Disposições Preliminares).

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, a convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias (...);” (Artigo 4º, p.15-16).

A lei afirma aqui ser dever da sociedade, em geral, assegurar a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, bem como protegê-lo e socorrê-lo com primazia em qualquer circunstância. Se antes, o texto da lei deixava brechas para o não comprometimento de alguns com a questão da violência contra crianças e adolescentes, agora isso já não mais ocorre. Seja como profissional, seja como

cidadão, o cirurgião-dentista passa a ter o dever de notificar, pois a criança ou o adolescente que sofre violência tem seus direitos fundamentais violados e necessita, nesta ocasião, de proteção e socorro, que podem ser providos pelo adequado encaminhamento do caso, cujo ponto de partida pode ser a notificação realizada pelo profissional.

O segundo aspecto importante no artigo 245 do ECA diz respeito à comunicação de casos envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos. A lei brasileira não pede ao profissional que investigue, mas que tão somente comunique suas suspeitas. Este artigo prevê pena para os notificantes obrigatórios que não realizarem a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes.

Em outros dispositivos legais brasileiros (Código Penal, Código Civil, Constituição Federal, entre outros) há referências à infância, entretanto as determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente parecem ser suficientes para uma consideração inicial sobre a questão do combate à violência familiar e de que forma o cirurgião-dentista pode contribuir, intervindo nos casos com os quais vem a ter contato em função de sua atuação profissional.

Com relação ao Código de Ética Odontológico (CEO-CFO, 2003) alguns artigos merecem ser discutidos. No que diz respeito ao sigilo profissional temos, no inciso VI do artigo 5º do CEO (Capítulo III – Dos Deveres Fundamentais):

Constituem deveres fundamentais dos profissionais inscritos: VI- guardar segredo profissional (Artigo 5º CFO, 2003, p.8).

Chaim (1995) questiona se é ético guardar sigilo sobre um ato de violência cometido, invocando então o inciso V do mesmo artigo 5º, que diz:

Constituem deveres fundamentais dos profissionais inscritos: V- zelar pela saúde e dignidade do paciente (Artigo 5º, CFO, 2003, p.8).

Este mesmo autor questiona até que ponto a manutenção do sigilo preservará a dignidade da criança. A resposta a esta pergunta pode ser encontrada no próprio CEO (CFO,2003) e no Código Penal Brasileiro (Brasil, 1978). Diz no Código de Ética (CFO,2003) em seu artigo 10º (Capítulo VI – Do Sigilo Profissional):

Constitui infração ética: I – revelar, sem justa causa fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão (Artigo 10º, p.12);

Consta do Código Penal Brasileiro (Brasil, 1978):

Revelar a alguém, sem justa causa, segredos de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir danos a outrem.

Pena – detenção, de três meses a um ano, ou multa de dois mil cruzeiros a vinte mil cruzeiros.

Parágrafo único. Somente se procede mediante representação (Artigo 154, p.1055).

Tanto o Código de Ética Odontológico (CFO, 2003) quanto o Código Penal (Brasil, 1978) falam em justa causa. Sobre a expressão justa causa, Noronha (1969) explica que ela se fundamenta na existência de um estado de necessidade: é a colisão de dois interesses, em que um deve ser sacrificado em benefício do outro. Para o autor, basta o juízo laico de boa-fé acerca da necessidade de evitar o mal maior. A notificação de um caso de violência familiar, mesmo que apenas suspeito, evita o mal maior representado pelo risco de manter a criança ou o adolescente submetidos continuamente a abusos ou maus-tratos.

Portanto fica evidente que a notificação de um caso suspeito ou confirmado de violência contra crianças e adolescentes não constitui infração ética, pelo contrário, representa a compreensão, por parte do profissional notificante de um conjunto de leis e normas de conduta.

Pode-se afirmar, com certeza, que a atuação dos odontopediatras frente aos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes faz parte de seu papel como promotor da saúde coletiva, pois como afirma Pinto (1992) ao se converter definitivamente em um verdadeiro profissional de saúde o dentista deixará de tratar de dentes para tratar de gente, gente que tem dente.

4. HIPÓTESE

Os odontopediatras não conhecem a postura mais adequada a ser assumida diante da vítima de violência familiar numa consulta odontológica (no que diz respeito à forma de se relacionar com a vítima e sua família, e no encaminhamento do caso) não tendo familiaridade com os sinais (clínicos e comportamentais) indicadores de violência familiar, em razão de não terem recebido informações, instruções ou treinamento para identificar e notificar casos.

5. METODOLOGIA

Este estudo busca elucidar o perfil de atuação de Odontopediatras frente aos casos de abuso e maus-tratos contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro.

Foi adotada nesta pesquisa a metodologia quantitativa, buscando compreender a extensividade dos processos sociais (Minayo & Cruz Neto , 1999). Realizou-se um estudo seccional, que é normalmente utilizado para investigar uma ampla gama de problemas de saúde pública, com os mais variados propósitos, desde administrativos até analíticos (Bloch & Klein , 2003). Este é exatamente o caso da presente investigação. Pouco se sabe sobre a atuação de odontopediatras frente aos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes, havendo poucos trabalhos publicados sobre o assunto.

Para Bloch & Coutinho (2003) nos estudos seccionais as informações obtidas referem-se ao mesmo momento, e os indivíduos são selecionados da população fonte inteira (censo) ou de uma fração desta (amostra). Esse desenho faz uso de dados individuais e apresenta algumas limitações como forma de investigar relações causais, sendo mais apropriado para obtenção de estimativas populacionais como prevalência e médias, ou para levantar hipóteses etiológicas. É indicado para investigar associação entre variáveis.

Com o intuito de compreender o objeto em questão, a presente pesquisa traz um questionário auto-administrado, que foi respondido por odontopediatras, visando colher opiniões e informações destes profissionais sobre violência familiar contra crianças e adolescentes e formas de prestar atendimento às mesmas, quando submetidas à tal situação de vulnerabilidade.

5.1. SELEÇÃO DA AMOSTRA

Os indivíduos que compõem uma amostra são denominados unidades de observação. As unidades de observação de um estudo seccional costumam ser selecionadas aleatoriamente, isto é, por algum método orientado somente pelo acaso, entre todos os indivíduos pertencentes a uma população.

A população, analisada neste estudo, foi composta por cirurgiões-dentistas especializados em odontopediatria, com registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO-RJ) e que atuam no município do Rio de Janeiro.

Uma amostra de odontopediatras desta população foi dimensionada para se obter estimativas de proporção para as características de interesse sobre os estratos definidos, com precisão de 5%, nível de confiança de 95% e assumindo P=50% (opção mais desfavorável, gerando a maior variância possível).

Foi adotada uma amostra aleatória simples (AAS) que segundo De Torres (2003) é um processo de seleção bastante fácil e muito usual, podendo entretanto ser muito caro.

Para Cochran (1965) uma AAS é definida por:

normal $t=1,96$ é a abscissa da curva

$$n = \frac{t^2 PQ}{d^2}, \text{ onde:}$$
$$1 + \frac{1}{N} \left[\frac{t^2 PQ}{d^2} - 1 \right]$$

P= prevalência de sucessos

Q= 1 - P

d= 0,05 = precisão da estimativa

N= total populacional

Na seleção de uma AAS é necessário: dispor de uma relação completa dos elementos da população ou das unidades de amostragem, numerar consecutivamente os elementos da população de 1 até N (tamanho da população), determinar n (o número de elementos a ser selecionados) e selecionar cada um dos elementos da amostra através de um mecanismo aleatório (De Torres, 2003).

A partir da listagem de odontopediatras, com registro no CRO-RJ (Ofício CRO-RJ Nº 1948/2003), foi definido o número total de profissionais que atuam no município do Rio de Janeiro (544), sendo posteriormente calculada a AAS que foi composta por 279 indivíduos a serem investigados na presente dissertação.

5.2. CRITERIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram estabelecidos como critérios de inclusão os seguintes aspectos: ser *odontopediatra com registro* no Conselho Regional de Odontologia-Seção RJ e estar atuando no município do Rio de Janeiro. Foram excluídos os indivíduos que não atenderam aos critérios acima relatados.

Vale ressaltar que apenas são registrados como odontopediatras no CRO-RJ aqueles profissionais que fizeram o curso de especialização. Portanto, ficaram de fora desta dissertação, profissionais que atendem crianças e adolescentes mas que não fizeram curso de especialização em odontopediatria e aqueles que, embora especialistas em odontopediatria, não tenham se inscrito no CRO-RJ.

5.3. ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTO E COLETA DOS DADOS

Faz parte do planejamento do experimento a elaboração do instrumento de coleta dos dados que servirá de base à pesquisa (Pinheiro & De Torres, 2003). A definição da pergunta principal, a adequação do instrumento de coleta às questões da análise, a transformação das perguntas em variáveis que possam ser quantificadas são etapas fundamentais do estudo.

Os questionários são os instrumentos para tomada de informações mais comumente utilizados nos estudos seccionais. Por dependerem de certas condições como a memória dos entrevistados e precisão dos instrumentos de medida (escala) para a coleta de informações, as medidas oriundas desse instrumento costumam ser indiretas (Bloch & Klein, 2003).

Para este estudo foi formulado um questionário auto-administrado, acompanhado de uma carta de explicação, que foi enviado pelo correio com envelope para retorno.

Bloch & Klein (2003) comentam que os questionários auto-aplicados são preenchidos pelos próprios entrevistados, que podem recebê-los por via postal ou por intermédio de um portador treinado para complementar esclarecimentos.

A coleta de dados é a aplicação prática de todas as estratégias de abordagem e métodos de tomada de informações que foram planejados em todos os seus detalhes pelo pesquisador principal e associados (Bloch & Klein, 2003).

O método básico para coleta de dados pelo correio é enviar o questionário acompanhado de uma carta com explicações e de um envelope selado para o retorno; o participante da amostra completa o questionário e o devolve pelo

correio, usando envelope fornecido para isto. À medida que são devolvidos os questionários, deve ser feito um registro cuidadoso dos dados metodológicos, com a finalidade de monitorar os retornos.

A parte inicial do questionário empregado na presente pesquisa (anexo 1) contempla questões atinentes aos dados pessoais, como sexo, tempo de formado, tempo como especialista, em que área da cidade trabalha 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. Estas questões visaram verificar o entendimento que o profissional tem sobre o fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes. As questões foram formuladas de modo a fornecer-nos informações sobre a experiência e o comportamento do sujeito da pesquisa em episódios de violência doméstica: 1) se já havia suspeitado de que algum de seus pacientes fosse vítima de incidentes dessa modalidade; 2) qual a conduta a ser adotada pelo odontopediatra para notificar tal ocorrência quando atender uma vítima em seu lugar de trabalho; 3) se ele ou alguém de sua equipe já haviam feito alguma notificação; 4) e se já havia recebido algum tipo de informação ou treinamento para identificar e notificar casos de violência contra crianças e adolescentes. Em todas as questões fica claro que as vítimas são sempre crianças e adolescentes.

Tendo em vista a preocupação com a qualidade do instrumento utilizado na presente pesquisa, foi realizado um pré-teste com vistas a aprimorar o questionário, envolvendo professores e alunos do curso de especialização em odontopediatria da PUC. Esta aplicação inicial do instrumento à 12 profissionais

permitiu a revisão de temas e a adaptação da linguagem, chegando-se à versão final.

Antes do envio foi feito contato telefônico com 150 profissionais aleatoriamente selecionados, visando apresentar a pesquisa e estimular a resposta. Os profissionais eram informados do tema da pesquisa, do apoio do CRO-RJ, sobre o sigilo das respostas e anonimato do entrevistado. Não foi possível contatar por telefone os 279 indivíduos da amostra por problemas como números incorretos, pouco tempo disponível e precários recursos financeiros. Dos 150 localizados por telefone, 3 se recusaram a participar, 3 haviam falecido, 1 não podia responder por motivo de saúde e 1 havia mudado para os E.U.A. Houve uma maior resposta (70%) por parte dos odontopediatras que foram contatados previamente, mostrando a efetividade desta abordagem.

Os questionários foram postados nos dias 19/04/2004 (93), 03/05/2004 (93) e 17/05/2004 (85). Foram devolvidos 123 questionários preenchidos (44,1%) e 1 retornou, pois o profissional não tinha mais consultório no endereço para onde foi enviada a correspondência.

Visando conhecer o perfil das pessoas que não responderam ao questionário, outra estratégia foi realizada (Moser & Kalton, 1971). Após 2 meses de espera, foi calculada nova AAS (40 indivíduos) a partir dos 156 odontopediatras que não responderam os questionários, buscando-se aferir o perfil dos profissionais que não responderam aos questionários. Foi tentado contato telefônico com esses profissionais, sendo realizada uma entrevista, utilizando-se uma versão resumida do questionário enviado (anexo 2). Com essa estratégia, seria possível apenas conhecer o perfil de formação profissional e o

diagnóstico de maus-tratos. Era, necessário ocupar minimamente o tempo dos entrevistados, pois a maioria estava atendendo pacientes e seria importante contar com sua boa vontade ao responder as perguntas.

Dos 40 indivíduos a serem contatados por telefone obteve-se êxito com 28 profissionais (70%); 1 havia se mudado do Rio de Janeiro e os outros 11 não tinham os números de telefone atualizados e disponíveis, talvez indicando que seus endereços também não estivessem. Problemas com o correio podem ter contribuído para que o retorno de correspondências tenha sido mínimo. Embora fosse recomendável enviar uma nova cópia do questionário antes de se tentar o contato telefônico, tal iniciativa não foi utilizada devido aos elevados custos financeiros envolvidos (Babbie, 2001).

A maioria dos odontopediatras entrevistados por telefone alegou falta de tempo como motivo para não responder e enviar os questionários pelo correio.

Dos profissionais entrevistados pelo telefone: 82,1% eram do sexo feminino; 71,4% tinham mais de 40 anos; 75% formou-se a mais de 15 anos e 35,7% obtiveram seus certificados como especialista entre 1980 e 1989. Quanto ao tipo de atuação profissional: a maioria é autônoma (75%); 3,6% são professores em faculdades particulares de odontologia, 14,3% trabalham em posto de saúde; 7,1% em hospital público; 10,7% são professores em faculdades públicas de odontologia e 14,3% tem outro tipo de atividade pública. Destes odontopediatras 35,7% já haviam suspeitado e 18,5% diagnosticado casos de maus-tratos contra bebês, crianças e adolescentes, não lhes sendo perguntado se já haviam feito notificação.

O perfil observado foi semelhante entre os que responderam por telefone e os que efetivamente o fizeram por correio¹. Mesmo assim, só serão utilizados na apresentação dos resultados desta dissertação os 123 questionários que foram obtidos via correio pois apenas eles estão completos e permitem uma análise de todos os temas propostos de serem investigados.

A dificuldade de retorno em pesquisas aplicadas a cirurgiões-dentistas tem sido relatada por alguns autores. Cavalcanti *et al* (2002) tendo como finalidade avaliar atitudes e percepções dos odontopediatras com relação ao abuso infantil, no município de João Pessoa (PB), estudaram uma amostra com 132 profissionais, aleatoriamente selecionados, de ambos os sexos. Foram devolvidos 84 questionários, correspondendo a 63,6%. Tendo como critério de exclusão o preenchimento incompleto e a existência de rasuras, a amostra final consistiu de 82 questionários (62,1%).

Chaim *et al* (2004), com o intuito de realizar um levantamento sobre os conhecimentos dos cirurgiões-dentistas acerca de suas responsabilidades éticas e legais sobre a criança maltratada, distribuíram a profissionais que trabalham em 5 municípios do interior do Estado de São Paulo (Espírito Santo do Pinhal, Mogi-Guaçu, Leme, Araras e Amparo) 470 questionários, sendo coletados 176 (37,5%), dos quais 49 foram excluídos em função da falta do termo de consentimento, restando uma amostra composta por 127 questionários adequados para a análise do estudo.

¹ Embora os dados apontem alguma diferença à observação (maior experiência dos que responderam por telefone), não se constata diferença estatisticamente significativa em nenhum item do perfil. Este resultado pode estar associado ao pequeno número de respondentes, propiciando caselas em branco ou próximas do zero.

Segundo Babbie (2001) uma taxa de respostas de pelo menos 50% é geralmente considerada adequada para análise e relatório. Uma taxa de resposta de 60% é considerada boa, e uma taxa de 70% ou mais é muito boa. Mas estas são regras rudimentares, sem base estatística, e uma falta de viés de resposta demonstrada é muito mais importante do que uma alta taxa de resposta.

No presente estudo obteve-se uma baixa taxa de resposta, fato que relativiza a possibilidade de generalização dos dados para os odontopediatras com inscrição no CRO/RJ. Todavia, o perfil similar das perdas pode sugerir a inexistência do viés de resposta, especialmente no que se refere ao diagnóstico de maus-tratos, indicando mais segurança nos achados observados. Considerando-se ser esse um primeiro estudo exploratório sobre o tema, sugere-se que novas pesquisas invistam em formas distintas de captação de respondentes.

5.4. ANÁLISE DE DADOS

Para Bloch & Klein (2003) nos estudos seccionais, a análise exige a construção de bancos de dados que possam ser processados com computadores. Durante a fase de coleta, pelo menos parte dos dados já foi analisada com a finalidade do exercício de controle estatístico de qualidade, entretanto as análises definitivas deverão ser feitas em bancos de dados editados, isto é, conferidos. Nos estudos seccionais a análise de associação pode ser feita pela comparação entre as prevalências de duas variáveis.

No presente trabalho foi construído um banco de dados utilizando-se o programa Epi-info (Validate) (Dean *et al*,1977) para digitação e conferência dos

dados e futura análise dos resultados. A elaboração do banco de dados e a análise estatística foram feitas por um estatístico. O autor desse estudo executou todo o planejamento, execução do trabalho de campo, processamento dos dados, bem com a interpretação dos resultados e redação da dissertação.

Todos os questionários respondidos (correio, telefone), foram codificados e digitados, sendo feito posteriormente uma análise crítica dos dados em 12 deles, selecionados aleatoriamente. Foi encontrado apenas um erro de digitação referente a uma questão de um questionário.

Para a análise utilizou-se a metodologia quantitativa descritiva. A análise dos resultados das questões de múltipla escolha teve como objetivo identificar, por meio de testes estatísticos, a existência de um perfil de atuação dos odontopediatras face ao fenômeno da violência familiar contra crianças e adolescentes.

A análise apresentada no capítulo de resultado 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%. Em alguns casos optou-se por agregar algumas categorias das variáveis quando a frequência acima de 20% das caselas é acima de 5. No caso de tabelas bidimensionais, utilizou-se o teste Qui-quadrado com a correção proposta por Fisher (Teste Exato de Fisher, ao nível de 5%), utilizado com amostras pequenas ($20 < n < 40$) e quando se apresenta caselas com menos de 5 casos, sendo impossível a agregação das categorias já que a variável é do tipo dicotômica.

Para testar a diferença entre as médias do número de casos de pacientes vítimas de violência atendidos pelos odontopediatras em toda a vida profissional

testou-se a diferença de médias de casos de bebês, crianças e adolescentes com diversas variáveis (tipos de atuação, área de atuação, faixa etária da clientela, tipo de informação recebida para identificação e notificação e conhecimento dos órgãos a serem notificados). As covariáveis envolvidas são do tipo dicotômico, razão pela qual utilizou-se o teste t para amostras independentes. Primeiramente verifica-se se a hipótese de homogeneidade das variâncias é rejeitada ou não; um p-valor abaixo de 0,05 indica a rejeição da hipótese nula, através do teste de Levene.

Apenas serão destacados neste capítulo os resultados que demonstraram significância estatística ($p < 0,05$), visando tornar a redação mais leve e dinâmica.

Com relação às respostas das questões abertas e semi-abertas, elas foram digitadas, tal como redigidas pelos profissionais e listadas, fazendo-se apenas uma análise descritiva desses resultados. Optou-se por questões abertas no caso de temas mais ampliados e em que não se desejou induzir o respondente com respostas pré-definidas.

5.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Seguindo o protocolo de pesquisa proposto na Resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, considera-se que este estudo não ofereceu riscos aos odontopediatras investigados. Como benefícios, a referida pesquisa poderá contribuir para traçar o perfil de atuação de odontopediatras frente aos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro,

contribuindo assim para estabelecer se há necessidade de capacitar estes profissionais com conhecimentos que os habilitem a lidar com esta questão.

Os participantes foram convidados a participar voluntariamente, sendo-lhes assegurado a não obrigatoriedade e o total anonimato. Todos os participantes foram esclarecidos quanto os objetivos da pesquisa e da utilização e aplicação do instrumento elaborado para colher suas opiniões e informações a respeito dos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes.

Foi assegurado aos participantes a retirada do estudo em qualquer momento e informado sobre o sigilo em relação às informações e aos participantes, bem como que os resultados do estudo serão publicados e/ou divulgados em dissertação de Mestrado, congressos e eventos científicos, sem que a identidade dos participantes seja revelada.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IFF/ FIOCRUZ.

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados obtidos quanto ao perfil profissional dos odontopediatras do município do Rio de Janeiro, e quanto ao atendimento por eles oferecido no cotidiano profissional, frente ao tema da violência na infância e adolescência.

6.1- PERFIL PROFISSIONAL

Na tabela 1 apresentam-se algumas características da amostra de 123 odontopediatras investigada neste trabalho. Vale destacar a predominância de profissionais do sexo feminino (87,4%) entre os que responderam o questionário pelo correio. Esta maioria de profissionais do sexo feminino já podia ser observada no total da listagem de odontopediatras que atuam no município do Rio de Janeiro (83%).

Dados distintos têm sido apontados por outros trabalhos. Mc Dowell *et al* (1994), Chaim (1995) e Adair *et al* (1997 a.b.) evidenciaram maioria masculina entre odontopediatras. Nesses trabalhos as mulheres representaram, respectivamente, 7%, 42% e 14,2% do total. Apenas Cavalcanti *et al* (2002), encontraram resultado similar ao desta dissertação: 56,1% dos entrevistados pertenciam ao sexo feminino.

Quanto a faixa etária, constata-se que a maioria dos entrevistados tinha mais de 40 anos (55,7%) no momento do preenchimento do questionário e apenas 9% eram mais jovens, com idades até 30 anos (tabela 1).

Tabela 1: Perfil profissional de odontopediatras do Município do Rio de Janeiro, 2004

VARIÁVEIS	N	%
SEXO N=119 ⁽¹⁾		
Masculino	15	12,6
Feminino	104	87,4
FAIXA ETÁRIA N=122 ⁽¹⁾		
26-30 anos	11	9,0
31-35 anos	21	17,2
36-40 anos	22	18,0
>= 40 anos	68	55,7
TEMPO DE FORMADO N=123		
5- 9 anos	15	12,2
10-15 anos	28	22,8
>= 15 anos	80	65,0
TEMPO DE ESPECIALIZAÇÃO N=120 ⁽¹⁾		
Até 1969	5	4,2
1970 – 1979	23	19,2
1980 – 1989	38	31,7
1990 – 1999	47	39,2
2000 – 2002	7	5,8
LOCAL DE TRABALHO – privado⁽²⁾		
Autônomo (N=123)	110	89,4
Funcionário (N=121)	18	14,9
Professor Odontologia (N=120)	18	15,0
Outros (N=121)	6	5,0
LOCAL DE TRABALHO – público⁽²⁾		
Posto de Saúde (N=122)	19	15,6
Hospital(N=121)	20	16,5

Cargo administrativo(N=121)	7	5,8
Professor de odontologia(N=121)	8	6,6
Outros(N=121)	17	14,0

(1) Questionários sem informação: sexo: 4; faixa etária: 1; tempo de especialização: 3

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

Com relação ao tempo de formado (tabela 1), verifica-se que a amostra investigada no presente estudo é bastante experiente, com 65% dela com mais de 15 anos de formação em odontologia. Outros trabalhos têm mostrado realidade similar. Na pesquisa de Adair *et al* (1997 b), os cirurgiões-dentistas haviam se formado, em média, no ano de 1978; no estudo de Cavalcanti *et al* (2002), 4,9% (4) tem até 2 anos de formado, 3,6% (3) de 3 a 5 anos de formado e 15,9% (13) tem de 6 a 10 anos, 12,2% (10) tem de 11 a 15 anos de formado e 63,4% (52) tem mais de 16 anos.

Com relação ao ano de especialização em odontopediatria (tabela 1), a maioria dos entrevistados obteve seus certificados entre 1990 e 1999 (39,2%), seguida por profissionais especializados entre 1980 e 1989 (31,7%). Malecz (1979) registra que os profissionais por ele avaliados haviam iniciado o exercício da odontopediatria até o ano de 1970, dos quais 60% tinham iniciado essa prática entre 1960 e 1970.

Também foi investigado o tipo de atuação profissional dos odontopediatras que participaram desta pesquisa (tabela 1). Constatou-se que 4,9% (6) dos profissionais que responderam ao questionário não exercem atualmente a odontologia, embora pudessem já tê-lo feito no passado.

Dentre aqueles que praticam odontologia no setor privado, a maioria trabalha de forma autônoma (89,4%), conforme verificado na tabela 1. Seguem os os professores em faculdade particular de odontologia (15,0%) e profissionais com emprego com carteira assinada (14,9%) . Um total de 5,0% atua em outras atividades do setor privado, tais como creche, organização não governamental, atendimento às crianças carentes e de forma voluntária.

Em relação aos inseridos no setor público, tem-se a predominância de profissionais em hospital (16,5%) e posto de saúde (15,6%). Inserções menos freqüentes foram cargos administrativos no setor público não especificados (5,8%) e professores em faculdades públicas (6,6%). Foi muito freqüente o relato de inserção em outras atividades públicas (14,0%), tais como: militar, funcionário público, aposentadoria, bombeiro, creche, trabalho comunitário, instituição para menores e uma pessoa liberada do serviço para cursar pós-graduação (não identificada).

Vários profissionais possuem mais de uma atividade, freqüentemente conjugando o setor público e privado.

Já no trabalho de Cavalcanti (2002) no que se refere à atuação profissional, 40,2% (33) dos cirurgiões-dentistas entrevistados trabalham exclusivamente em clínica privada e 53,7% (44) relataram ser especialista.

Na tabela 2 observa-se a área do município² onde o profissional executa suas ações laborais.

² Centro: Centro, Cidade Nova, Estácio, Pça. Harmonia, Pça. Mauá, Pça. Tiradentes, Pça. da República, Mem de Sá, Gomes Freire, Santa Tereza. Zona Sul: Flamengo, Botafogo,

Tabela 2 – Área do município em que trabalha

Área ⁽¹⁾		N	%
Zona Norte (N=92)		67	72,8
Zona Sul (N=87)		48	55,2
Zona Oeste (N=75)		31	41,3
Centro (N=71)		14	19,7

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

responderam positivamente.

No geral, foram encontrados os seguintes resultados quanto a área do município em que os odontopediatras trabalham: 72,8% na Zona Norte, 55,2% na Zona Sul, 41,3% na Zona Oeste, e 19,7% no Centro. Nota-se que muitos odontopediatras trabalham em mais de uma área do município sugerindo múltiplos ambientes de trabalho e maior possibilidade de contato com vítimas de violência familiar.

6.2 - INFORMAÇÃO SOBRE MAUS-TRATOS

Laranjeiras, Copacabana, Ipanema, Leblon, Gávea, Barra da Tijuca, Recreio, Leme. Zona Norte: Méier, Piedade, Engenho Novo, Encantado, São Cristovão, Pça. da Bandeira, Tijuca, Vila. Isabel, Vicente de Carvalho, Rocha Miranda, Campinho, Madureira, Mal. Hermes, Pavuna, Honório Gurgel, Olaria, Ilha do Governador, Benfica, Vila Kenedy, Penha, Irajá, Bonsucesso. Zona Oeste: Bangu, Jacarepaguá, Sta. Cruz, Campo Grande, Ricardo de Albuquerque, Realengo

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.

Na tabela 3 pode-se verificar através de que meios de informação, instrução ou treinamento, os profissionais entrevistados receberam orientações sobre como identificar e notificar casos de violência familiar contra crianças e adolescentes. A resposta mais freqüente foi em periódicos (42,9%), seguido pelos que tomaram conhecimento durante o curso de especialização (38%), em cursos promovidos por associações de classe (22,4%), na graduação (18%), no curso de mestrado/ doutorado (16,7%), em congressos de Odontologia (16%) e outros meios de informação (7%). Os que obtiveram informações a partir de outros meios citaram as seguintes fontes: hospital e aulas do curso de direito (1), jornais e revistas (1), jornais e tv (1), livros de odontopediatras (1), no posto de saúde (1), no posto de saúde em que trabalha (1), no trabalho (CBMERJ) (1), palestras em escolas (1), Secretaria Municipal de Saúde (1) e tv e Internet (1).

Tabela 3 – 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.

O fato de nunca ter recebido informações não está relacionado com a faixa etária dos profissionais nem com o tempo de especialização. Entretanto os resultados obtidos parecem *sugerir* que os odontopediatras formados há mais de 15 anos se encontram como maioria dentre os que nunca receberam informações³.

Monte Alto *et al* (1995) afirmam que nas nossas universidades, não existe uma abordagem específica sobre violência familiar, nem a divulgação dos serviços especializados existentes; pelos resultados do presente estudo pode-se ver que esta realidade continua presente atualmente.

Quanto aos órgãos que deveriam ser notificados no caso de suspeita/confirmação de crianças e adolescentes vítimas de violência familiar, vê-se na tabela 4 que os principais meios a serem acionados, segundo os profissionais, 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 4 – 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

³ Significância estatística encontrada (p.0,047), mas há número elevado de caselas próximas a zero, relativizando a interpretação dos resultados.

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.

Observa-se que a polícia é citada com elevada frequência, indicando uma visão ainda muito tradicional e repressiva para um município que conta com vários Conselhos Tutelares, com uma Vara da Infância e Juventude e com um Conselho Municipal atuantes.

No trabalho de Da Silva (2001), dentre os 34,8% que afirmaram saber a quem notificar, foram encontrados os seguintes resultados: Polícia - 13,7%; Vara da infância e juventude – 5,6%; algum serviço de proteção a infância – 5,0%; Conselho Tutelar – 4,4%; assistente social – 4,4%; Juiz de menores – 3,1%; psicólogo – 1,2%, diretoria do estabelecimento de saúde – 0,6%; parentes próximos – 0,6%.

6.3 - SUSPEIÇÃO DE MAUS-TRATOS

No presente estudo, 43 profissionais entrevistados ou membros de sua equipe (36,4%) já suspeitaram de maus-tratos em sua clientela ao longo de sua vida profissional. Odontopediatras de ambos os sexos, das variadas faixas etárias, tempos de formação e de especialização relataram capacidade similar de suspeição de violência contra crianças e adolescentes.

A suspeição de maus-tratos também não está relacionada à inserção profissional dos entrevistados, dividindo-se semelhantemente entre profissionais autônomos, empregados do setor privado ou professor de odontologia particular. Também no serviço público não se observou diferença: ter emprego público em hospital, posto de saúde ou professor de faculdade de odontologia, não está relacionado com o fato do odontopediatra suspeitar de casos de abuso contra crianças e adolescentes.

A capacidade de suspeição de violência também não se distingue segundo a faixa etária da clientela: bebês, crianças e adolescentes.

O fato de que cerca de um em cada três profissionais já suspeitou da possibilidade de maus-tratos entre sua clientela infanto-juvenil merece algumas considerações. A suspeição de maus-tratos é dependente de inúmeros fatores, dentre os quais estão alguns entraves culturais e a deficiente formação profissional que não oferece conhecimento técnico suficiente sobre o tema. Vieira (1998) relatou algumas razões para a falha dos cirurgiões-dentistas em denunciar os maus-tratos infantis. Entre as que se destacam estão a falta de orientação sobre como identificar os sinais e sintomas de abuso e negligência e a inexistência de conhecimento de como proceder diante de um caso suspeito. Conclui que o dentista sai da faculdade sem estar capacitado para detectar uma criança ou adolescente vítima de abuso.

Outro estudo nacional realizado por Da Silva (2001) relata que 22,3% da amostra de 161 alunos de diferentes cursos de especialização ministrados em 4 municípios da Grande São Paulo (Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e São Paulo) informaram que já haviam suspeitado de que algum

paciente, criança ou adolescente, tivesse sido vítima de violência doméstica. A maioria dos sujeitos da pesquisa de Da Silva (76,5%) informou nunca ter recebido informações sobre violência doméstica durante sua vida profissional e acadêmica e, mesmo assim, mais de 1/5 da população já suspeitara ter tido contato com algum caso dessa natureza.

O estudo realizado por Cavalcanti *et al* (2002) na cidade de João Pessoa mostra que apenas 11% dos cirurgiões-dentistas estudados já haviam suspeitado de que algum de seus pacientes fosse vítima de maus-tratos.

Esses variados resultados encontrados podem ser decorrentes das diversas metodologias de pesquisa, bem como a reais diferenças existentes entre as localidades onde foram efetuados os estudos. Autores internacionais indicam parcela significativa de profissionais que já suspeitaram de casos de violência ao longo de sua prática profissional: 29% dos entrevistados no trabalho de Mc Dowell *et al* (1994), 36% relatado por Kassebaum *et al* (1991); e 50,3% relatado por Saxe & Mc Court (1991).

Vale apontar que o reconhecimento de qualquer forma de abuso, é dependente do desejo de considerá-lo no diagnóstico diferencial da queixa principal ou do sinal clínico que está se investigando (Krugman, 1992). Para tanto, é necessário que haja abertura e atualização de conhecimentos científicos para que se possa promover uma maior suspeição e capacidade diagnóstica entre odontopediatras.

Ramos-Gomes *et al* (1998) relataram que 84% da população estudada por eles informaram ter lido sobre violência familiar contra crianças e adolescentes.

No presente estudo, constatou-se que profissionais que buscaram informações sobre violência familiar em periódicos foram os que mais suspeitaram de maus-tratos, indicando que a atualização e continuidade do estudo é item fundamental para que se possa oferecer um atendimento eficaz. Dos odontopediatras que receberam informações sobre violência em periódicos, 51,2% já haviam suspeitado de casos de maus-tratos, enquanto dos que não receberam informações apenas 28,3% o fizeram ($p=0,032$).

Estes dados provavelmente sinalizam a ausência de informação dada nos cursos de graduação e pós-graduação sobre maus-tratos. A informação atualizada em periódicos parece ser uma forma de substituição que supre uma lacuna do ensino formal.

Quando questionados sobre o que os fez suspeitar se tratar de um caso de violência familiar contra crianças e adolescentes foram citadas as seguintes razões: a) *lesões no corpo e na face*: 16 relatos de queimaduras, escoriações, hematomas e outras marcas; b) *comportamento da criança*, relatado por 11 profissionais através de fatos como agressividade (criança batia com a cabeça na parede e ‘dentes estavam ruins’), a forma como a criança chegou ao consultório, comportamento ansioso, retraído, calada, quieta ou assustada, medo do responsável, roupas que tapavam todo o corpo em pleno verão; c) *estado físico da criança*, mencionado por 6 odontopediatras, tais como desleixo e desnutrição sem subsídio orgânico ou dificuldades sócio-econômicas; d) *comportamento dos pais/responsáveis* mencionado por 4 odontopediatras, com ações do tipo não responder perguntas sobre a criança ou ser agressivo, história diferente da associada à lesão; e) relato de maus tratos pelo *próprio paciente* (3).

Este grupo de motivos deveria ser discutido nos cursos de formação, pois mostra como é possível para o cirurgião-dentista diagnosticar e atuar frente ao problema.

6.4. DIAGNÓSTICO DE MAUS-TRATOS

Os odontopediatras, independente do sexo, mostram a mesma capacidade de diagnosticar crianças e adolescentes em situações de maus-tratos. No geral, 19,5% (23) dos entrevistados ou algum membro de sua equipe já diagnosticaram casos de violência contra crianças e adolescentes ao longo da vida profissional e os restantes 80,5% nunca diagnosticaram nenhum caso.

Também se constatou que a habilidade de diagnosticar a presença de violência contra crianças e adolescentes não depende da faixa etária do profissional, do tempo de formado e nem do tempo de especialização.

Observa-se, porém, alguma distinção quanto a capacidade de diagnosticar maus-tratos ao longo de sua vida profissional segundo a inserção ocupacional do profissional, com destaque para os que atuam em universidades e serviços públicos como postos de saúde/hospitais. Já diagnosticaram casos:

- 19,6% dos 107 profissionais autônomos;
- 23,5% dos 17 empregados do setor privado;
- 27,8% dos 18 profissionais que atuam em postos de saúde;
- 28,6% dos 7 odontopediatras que são professores de faculdades públicas de odontologia.
- 31,6% dos 19 odontopediatras que atuam em hospital público;

- 35,3% dos 17 professores de faculdade de odontologia particular.

Na tabela 5 estão apresentadas as informações do número de profissionais que atenderam pelo menos uma vez algum caso de violência familiar contra bebês, crianças ou adolescentes. Dentre os 23 que já atenderam/diagnosticaram algum caso de maus-tratos, 95,2% atenderam pelo menos um caso contra crianças e 35,3% contra adolescentes. Esses dados indicam que 20 dos 23 diagnosticaram maus-tratos em crianças e menor número em adolescentes. Também sobressai desta tabela o fato de que vários profissionais diagnosticaram maus-tratos em mais de uma faixa etária.

Tabela 5 – Número de profissionais que já diagnosticaram maus-tratos segundo faixa etária da clientela. ⁽¹⁾

Faixa etária	Total	
	N	%
Crianças (N=21)	20	95,2
Adolescentes (N=17)	6	35,3

(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.

Apesar de apenas 23 profissionais alegarem já ter suspeitado ou diagnosticado casos de violência familiar contra crianças ou adolescentes, o número total de casos é mais elevado, com predominância de crianças e adolescentes vitimizados. No total, 83 pacientes vítimas de violência familiar foram diagnosticados ao longo da vida profissional destes odontopediatras: 46 crianças, 37 adolescentes.

Na tabela 6 pode-se notar os tipos de maus-tratos diagnosticados pelos odontopediatras. Dentre os 20 profissionais que responderam ao item foram constatados 18 casos de violência física. Seguem em frequência os casos de violência psicológica, negligência ou abandono e violência sexual.

Tabela 6 – Tipos de maus-tratos diagnosticados

Tipo de violência	N	%
violência física (N=20)	18	80,0
violência psicológica (N=19)	15	78,9
negligência ou abandono (N=19)	13	63,4
violência sexual (N=14)	6	42,9

(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.

O número de casos atendidos pelos odontopediatras (83) se mostrou independente de variáveis como sexo, vínculo profissional e acesso a diferentes fontes de informação.

Dentre os que nunca receberam informações não foram identificados pacientes vítimas de agressão contra adolescentes enquanto que os que

receberam informações pelo menos uma vez na sua vida profissional reportam em média 0,3 casos (p.0,034).

O número de casos de adolescentes atendidos apresenta uma diferença estatística significativa entre aqueles que reconhecem a necessidade de notificação do problema à escola (p.0,036), observando-se média de 0,43 casos para os que informam sobre a notificação e nenhum caso para os que não possuem esse conhecimento.

Da mesma forma que ocorreu em relação a suspeição dos maus-tratos, a consulta a periódicos mostrou-se importante fator associado ao diagnósticos dos maus-tratos na amostra pesquisada. Dentre os profissionais que receberam informações sobre violência familiar em periódicos, 34,1% já haviam diagnosticado casos de maus-tratos, enquanto dentre os que não tiveram acesso a esse meio de informação apenas 8,9% diagnosticaram maus-tratos (p=0,032).

Vários autores reforçam a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, sendo fundamental para isto o recebimento de informações que os tornem aptos a fazê-lo.

Para Santana-Tavira *et al* (1998) a possibilidade de uma intervenção terapêutica precoce dependerá da argúcia em suspeitar de vitimização física, sutilmente buscando informações geralmente ocultas.

Posição compartilhada por Hibbard & Sanders (1995) ao afirmarem que para intervir de forma adequada, os profissionais devem estar dispostos a considerar a brutalidade ou a negligência como uma possibilidade; se castigos não forem admitidos, não poderão ser diagnosticados.

Do mesmo modo, Mouden & Brouss (1995) demonstraram que o cirurgião - dentista pode ajudar a proteger a criança de maus-tratos diagnosticando e relatando às autoridades competentes e aos serviços de proteção à infância os casos suspeitos de abuso infantil.

Em seu estudo Cavalcanti *et al* (2002) afirmam que é inegável a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce, tratamento e notificação do abuso infantil, devendo este profissional ser informado sobre suas obrigações morais, éticas e legais durante o curso de graduação.

Os odontopediatras, periodicamente, entram em contato com seus pacientes nas visitas de retorno podendo, dessa forma, verificar qualquer alteração física e comportamental dos mesmos, assim como dos seus pais e responsáveis (Toledo & Moura, 2000).

Bayer & Brito (1995) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar os conhecimentos dos cirurgiões-dentistas sobre abuso infantil; 85% dos entrevistados não tinham o conhecimento primário para o diagnóstico.

Da mesma forma, em outro estudo nacional, Chaim *et al* (2004) com base nos resultados observados em seu estudo, concluíram que a maioria dos cirurgiões - dentistas entrevistados por eles, parece não apresentar condições adequadas para diagnosticar casos de maus - tratos infantis.

Em outra pesquisa Da Silva (2001) afirma que 50% (16) dos cirurgiões dentistas entrevistados por ela, que já haviam recebido informações sobre violência familiar contra crianças e adolescentes, tinham tido contato com a temática a partir de outras fontes que não o curso de graduação.

Jessee & Martin (1998) concluíram em seu estudo, que as mulheres acham mais grave o assunto abuso infantil e negligência do que os homens, aspecto não constatado na presente investigação.

Somente 7% dos indivíduos da pesquisa de Malecz (1979) afirmaram ter recebido treinamento adequado para diagnosticar casos de violência familiar contra crianças e adolescentes; 75% informaram ter recebido treinamento insuficiente ou nenhum tipo de treinamento.

Ramos – Gomes *et al* (1998) relataram que 28% dos sujeitos de sua pesquisa informaram ter recebido treinamento formal para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes; apenas 16% declararam não ter recebido qualquer tipo de treinamento sobre o assunto.

Preocupante é o fato da maioria (76,5%) dos profissionais que participou do estudo de Da Silva (2001) nunca ter recebido informações sobre assunto. Os 19,80% que declararam já ter recebido informações sobre o assunto apontaram como fontes de tais informações: cursos de especialização (34,4%), cursos de graduação (9,90%), cursos promovidos por associações de classe (3,10%) e realizados em congressos de odontologia (3,10%); 3,70% do total dos entrevistados deixaram a questão em branco, 9,90% dos profissionais – ou 50% daqueles que alegaram já ter recebido informações sobre violência familiar contra crianças e adolescentes – afirmaram que essas informações foram recebidas de outras fontes, e alguns esclareceram que essas outras fontes eram não odontológicas – mídia e casos comentados por conhecidos, entre outros.

6.5 - LESÕES OROFACIAIS ENCONTRADAS NOS CASOS DE MAUS-TRATOS

Quanto aos tipos de lesões orofaciais encontradas pelos 23 odontopediatras que diagnosticaram maus-tratos nas crianças e adolescentes, as mais citadas foram: cárie rampante (11), cárie de mamadeira (9) e contusões e equimoses (9) (tabela 7). Isto pode ocorrer pelo fato dessas lesões serem mais facilmente reconhecidas como sinais de maus-tratos. O número excessivo de dentes cariados pode *sugerir* negligência por parte dos pais na prevenção e controle da cárie dentária, mas essa observação precisa ser tomada com muita cautela, face à falta de cultura e de cuidados de saúde pública no que se refere à prevenção da saúde bucal no país.

Tabela 7- Lesões orofaciais referidas nos casos de maus-tratos

Tipos de lesões	Total	
Lesões possivelmente associadas a negligência ⁽¹⁾	N (%)	
Cáries extensas e não tratadas (N=15)	4	26,7
Cárie rampante (N=19)	11	57,9
Cárie de mamadeira (N=19)	9	39,1
Lesões possivelmente associadas a abuso físico ⁽¹⁾		
Contusões e equimoses (N=17)	9	52,9
Lesões no lábio superior e freio labial (N=18)	7	38,9
Abrasões e lacerações (N=15)	4	26,7
Fratura coronária (N=16)	5	31,3
Fratura radicular (N=14)	3	21,4
Outros (N=22)	4	18,2
Intrusão (N=16)	5	31,3
Avulsão (N=28)	4	14,3
Luxação (N=14)	3	21,4
Queimaduras na face e na mucosa (N=15)	4	26,7
Lesões no freio lingual (N=15)	2	13,3
Lesões possivelmente associadas a abuso sexual ⁽¹⁾		
Petequias e eritema no palato (N=14)	1	7,1
Lesões nodulares ou em placas na cavidade bucal (N=13)	0	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.

Os quatro profissionais que relataram outros tipos de lesões orofaciais citaram os seguintes achados: ferida na comissura labial (1), fratura do maxilar e do nariz (1), não foram encontradas alterações orofaciais (1) e relato da criança sem haver trauma físico (1).

Massler (1945) definiu cárie rampante como tipo de cárie de aparecimento súbito, disseminada, de progressão rápida, resultando no comprometimento precoce da polpa e afetando os dentes em geral considerados imunes à cárie comum.

O aspecto clínico dos dentes na cárie de mamadeira em uma criança de 2,3 ou 4 anos de idade é típico e segue um padrão definido. Há envolvimento cariioso precoce dos dentes anteriores superiores, dos primeiros molares decíduos superiores e inferiores e dos caninos inferiores, geralmente os incisivos inferiores não são afetados (Mc Donald, Avery & Stookey, 1995).

Como afirmam Bayer & Brito (1995) alguns sinais e sintomas encontrados no abuso infantil são obviamente fáceis de enumerar e detectar, porém os quase patognomônicos ou os de maior relevância não são conhecidos pela grande maioria dos profissionais, o que dificulta, ou praticamente impossibilita, o diagnóstico e por conseguinte o tratamento e conduta para a cura dessa desordem.

É difícil relacionar a lesão ao tipo de maus-tratos, pois o profissional muitas vezes, por desinformação tem dificuldade de diferenciar uma lesão infligida de uma acidental.

6.6 - CONDUTAS ADOTADAS DIANTE DE CASOS DE MAUS-TRATOS

No geral encontramos os seguintes resultados quanto à conduta dos 23 odontopediatras que diagnosticaram casos de maus-tratos. A principal atitude

tomada foi orientar a família e encaminhamento a outros serviços seguida pela orientação á criança/adolescente (tabela 8).

Tabela 8 – Condutas adotadas diante de casos de maus-tratos ⁽¹⁾

Condutas	Total	
	N	%
orientação à família (N=17)	13	76,5
orientação à criança/adolescente (N=15)	8	53,3
encaminhamentos a outros serviços (N=14)	12	85,7
Outros (N=7)	2	28,6

(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.

Estes profissionais encaminharam seus pacientes vítimas de violência familiar aos serviços: ABRAPIA (1), assistente social (5), Conselho Tutelar (1), hospitalar (1), Vara da Infância e Juventude (2), pediatra (1), psicólogo (6), psicoterapia (1), UERJ – Fono (1) e Unidade de tratamento infantil (1).

As orientações dadas às famílias foram: aconselhamento (1), educação em saúde (2), maior atenção (1), aviso de que os denunciaria (1), encaminhamento para o serviço social (1) e informação sobre maus-tratos (1).

As orientações dadas às crianças/adolescentes foram: educação em saúde (2), prevenção (1), procurar outros familiares (1) e encaminhamento para

psicologia (1). Um odontopediatra relatou, de forma equivocada, a denúncia que fez como uma forma de orientação.

Em outros foram citados: readaptação (1), atendimento clínico (1) e tratamento (1).

Neste estudo, a conduta de encaminhar a serviços as crianças e adolescentes que sofreram violência familiar não foi influenciada pelos tipos de alterações orofaciais encontradas nessas vítimas.

Não se constatou associação estatística entre os tipos de violência familiar que crianças e adolescentes sofreram e a conduta de encaminhar a serviços. No geral, encaminhar a serviços foi a conduta de 81,8% dos odontopediatras que atenderam vítimas de violência física, de 77,8% dos que atenderam violência psicológica, de 100% que atenderam violência sexual e de 71,4% que atenderam casos de negligência ou abandono.

Neste estudo, a conduta de encaminhar a serviços as crianças e adolescentes que sofreram violência familiar não foi influenciada pelos tipos de alterações orofaciais encontradas nessas vítimas.

Nesta pesquisa, a conduta de orientar a família não evidenciou associação estatística com os tipos de alterações orofaciais encontradas nas crianças vítimas de violência familiar.(p-valores acima de 0,05).

Não foi possível encontrar associação estatística entre os tipos de violência familiar que crianças e adolescentes sofreram e a conduta de orientar a família. No geral, orientar a família foi a conduta de 84,6% dos profissionais que atenderam vítimas de violência física, de 75,0% dos que atenderam violência

psicológica, de 66,7% que atenderam violência sexual e de 90,9% que atenderam casos de negligência ou abandono.

Por outro lado, em nosso estudo a conduta de orientar a criança ou adolescente está relacionada ao fato dos indivíduos pesquisados encontrarem intrusões nas vítimas de maus-tratos atendidas por eles. *Dos pesquisados 100% dos que encontraram intrusão optaram por orientar as crianças e adolescentes, opondo-se a 25% dos que encontraram outras lesões que não intrusão, que optaram por esta conduta (p.021)*

Não se observou associação estatística entre os tipos de violência familiar que crianças e adolescentes sofreram e a conduta de orientar a criança/adolescente. No geral, orientar a criança/adolescente foi a conduta de 58,3% dos odontopediatras que atenderam vítimas de violência física, de 72,7% dos que atenderam violência psicológica, de 50% que atenderam violência sexual e de 77,8% que atenderam casos de negligência ou abandono.

Da Silva (2001) afirma que 57,8% dos cirurgiões dentistas que participaram de seu estudo manifestaram-se favoráveis a conversar e aconselhar as famílias envolvidas em episódios de violência familiar contra crianças e adolescentes.

Esse comportamento assemelha-se àquele demonstrado pelos entrevistados por Chaim (1995), dos quais 55% entenderam que diante da suspeita de estar diante de um caso de violência familiar, seria adequado ter um contato inicial com os pais ou responsáveis e na impossibilidade de solucionar o problema, contatar a polícia ou órgão competente, outros 12% acreditavam que o mais indicado seria apenas conversar com os pais e responsáveis.

Por outro lado, em nosso estudo a conduta de orientar a criança ou adolescente está relacionada ao fato dos indivíduos pesquisados encontrarem contusões/equimoses nas vítimas de maus-tratos atendidas por eles. Dos pesquisados 75% dos que encontraram contusões e/ou equimoses optaram por orientar as crianças e adolescentes. Enquanto 25% dos que não encontraram contusões/equimoses e sim outras lesões nas vítimas atendidas optaram por esta conduta (p.001).

Pode se afirmar que a significância entre a conduta de orientar a criança/adolescente e o fato dos indivíduos pesquisados acharem cárie de mamadeira nas vítimas de violência familiar atendidas por eles. Dos pesquisados, 75% dos que encontraram cárie de mamadeira optaram por orientar as crianças e adolescentes atendidas por eles. Enquanto 28,6% dos que não encontraram cárie de mamadeira e sim outras lesões nas crianças e adolescentes atendidas optaram por orientar as crianças e adolescentes (p.001). Não encontramos associação estatística com os outros tipos de alterações orofaciais.

Entretanto, não encontramos neste trabalho associação estatística entre os tipos de violência familiar que crianças e adolescentes sofreram e a conduta de orientar a criança/adolescente. No geral, orientar a criança/adolescente foi a conduta de 58,3% dos odontopediatras que atenderam vítimas de violência física, de 72,7% dos que atenderam violência psicológica, de 50% que atenderam violência sexual e de 77,8% que atenderam casos de negligência ou abandono.

Ao serem questionados sobre qual foi o desfecho/desenrolar dos casos de maus-tratos atendidos pelos odontopediatras, foram dadas as seguintes respostas: a) ficar sem informação sobre o desfecho foi relatado por 15

profissionais, pelo fatos do paciente não retornar, os pais sumirem do consultório ou se recusarem a comentar o assunto; b) ação pais/responsáveis, apontadas por 8 odontopediatras, como avó prestar queixa contra o pai da criança, avó pegar a criança para educar, melhora na atitude familiar durante as consultas, pais fizeram tratamento e retornaram, pai internado em clínica para alcoólatras e tratamento psicológico da família; c) ação dos serviços, destacada por 6 profissionais, a exemplo de afastamento e reintegração familiar, adoção, denúncia, notificação e encaminhamento aos órgãos competentes; d) ação do odontopediatra, apontada por dois profissionais, com orientações de educação em saúde e equilíbrio do meio bucal e tratamento restaurador.

6.7 - NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS

Na tabela 9 verifica-se que notificar os casos suspeitos ou confirmados foi a conduta indicada como a mais adequada a ser assumida pelos profissionais que viessem a detectar maus-tratos contra criança e adolescente. No total, 78,9% dos entrevistados assim procede. Por sua vez, 57,9% acham que devem ser notificados apenas os casos comprovados de violência (11 profissionais).

Nenhum profissional informou que não caberia ao odontopediatra efetuar notificações em caso de violência familiar.

Tabela 9 – 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.

Neste estudo dentre os 23 odontopediatras que tinham diagnosticado casos de violência familiar, 12 profissionais notificaram um caso de criança vítima de maus-tratos, 1 notificou dois casos e 2 notificaram três casos (seis não diagnosticaram crianças). Em relação ao número de casos notificados de adolescentes vítimas de violência familiar, 2 odontopediatras nunca notificaram ou tiveram vítimas adolescentes, 10 notificaram um caso, 1 notificou dois casos e 2 notificaram três casos.

Phebo (1992) descreveu os três níveis de atuação preventiva para os casos de maus-tratos. Em relação à prevenção secundária, a atuação deve ter por finalidade a detecção precoce da criança em situação de risco, impedindo os atos de violência e/ou sua repetição.

Djeddah *et al* (2000) afirmam que uma intervenção efetiva sobre o fenômeno da violência contra crianças e adolescentes requer a colaboração e a contribuição de todos os integrantes da sociedade.

Os profissionais devidamente esclarecidos sabem que é seu dever moral e legal identificar, documentar e notificar suspeitas de maus-tratos às crianças (Hibbard & Sanders, 1995).

Cavalcanti *et al* (2002) relatam em seu estudo que ao serem questionados quanto á obrigatoriedade, por lei, da denúncia do abuso infantil pelo cirurgião-dentista, 46,3% (38) dos profissionais afirmaram ser o dentista obrigado a denunciar casos de violência infantil.

Entretanto, no trabalho de Da Silva (2001) é pequeno o número de cirurgiões-dentistas que já efetuou uma notificação dessa ordem (1,2%), principalmente quando comparados com o número de profissionais que já tiveram suspeita (22,3%).

Resultado semelhante foi encontrado por Bayer & Brito (1995), dos 36% que disseram que já suspeitaram de casos de abuso, houve apenas 11,1% de relato à justiça.

Para Ten Bensel & King (1975), a relutância que a maioria das pessoas tem de notificar os casos suspeitos de violência doméstica contra crianças e adolescentes incluem o medo de se verem envolvidos com pais irados; a incerteza sobre o diagnóstico do caso, juntamente com a crença de que se for ignorado, o episódio não irá acontecer novamente; a falta de conhecimento sobre o que ocorre com a vítima após a notificação; a falta de contato com serviços de proteção à infância, polícia ou departamentos jurídicos; e, finalmente o medo de ser legalmente envolvido e a ignorância sobre os meios de proteção legal a quem faz a notificação.

Wesche (1999) cita a seguintes razões para a falha do cirurgião-dentista em realizar a denúncia: medo de envolvimento legal; medo de confrontos; isolamento em relação a serviços sociais ou agências de saúde; falta de confiança nos pais e na criança; indiferença com relação a problemas de família;

rompimento da relação profissional-paciente; medo de represálias físicas e verbais; falta de tempo para fazer a notificação, desconfiança sobre o fato do problema ser realmente investigado. A desconfiança da real efetividade da notificação na solução dos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes contribui para que os cirurgiões-dentistas comumente não façam notificação, colocando-os mais numa posição de defesa dos seus próprios interesses em detrimento de uma solução melhor para a vítima.

Em seu estudo, Malecz (1979), investigou porque 70% dos sujeitos de sua pesquisa afirmaram que não notificariam um caso suspeito de violência familiar, obteve as seguintes respostas: incerteza sobre o diagnóstico (41%); medo de se envolver em litígios (26%); falta de conhecimentos sobre a sintomatologia da Síndrome da criança espancada (19%); temor dos possíveis efeitos da notificação sobre a prática profissional diária (6%); relutância em acreditar que alguém passa ser violento com seus próprios filhos (4%); incerteza em confiar em um relato que se baseia na noção que a própria criança tem sobre a lesão (2%).

Guerra (1985) afirma que a resistência da área médica em aceitar a violência doméstica decorre da extrema idealização de que o amor parental é objeto em nossos dias.

Zaami, Mininni & Marinelli (1991) apontam o medo de que haja novo episódio de violência contra a criança ou adolescente, e conseqüente repercussão negativa da notificação sobre o menor, como justificativa para a não notificação entre médicos italianos. Esses autores também sugerem que os profissionais preferem evitar a intromissão em situações que pertencem à esfera privada da família.

Não foi possível encontrar associação estatística entre as variáveis violência física, psicológica, sexual, negligência ou abandono com notificar somente casos confirmados de maus-tratos, especialmente pelo pequeno número de observações. Dos odontopediatras pesquisados que atenderam casos de violência física (60%), acreditam que a conduta indicada em relação aos seus pacientes vítimas de violência familiar é notificar somente os casos confirmados. Esse percentual varia para 53,8% entre os que atenderam pacientes com violência psicológica, 40% para violência sexual e 72,7% para negligência ou abandono.

Pelo baixo número de respondentes também não foi possível encontrar associação estatística entre as variáveis: atender casos de violência física, psicológica, sexual, negligência ou abandono e notificar todos os casos suspeitos ou confirmados. Dos cirurgiões-dentistas pesquisados a maioria acredita que a conduta mais adequada a ser tomada em relação aos seus pacientes vítimas de maus-tratos é notificar todos os casos suspeitos e confirmados.

Jessee & Martin (1998), contam que, em seu trabalho, 215 dos 221 entrevistados alegaram ser obrigação moral denunciar casos suspeitos de violência.

Resultado semelhante foi encontrado por Zavras & Pai (1997), que concluíram em seu estudo que os indivíduos de sua pesquisa consideraram uma prática profissional aceitável e apropriada notificar casos suspeitos de abuso e negligência contra crianças.

John *et al* (1999) comentam que 2% dos sujeitos de sua pesquisa indicaram que ignorariam um caso suspeito de violência contra criança ou

adolescente. Isto pode ocorrer como afirma Mathewson (1993) por ser comum a indiferença do cirurgião-dentista quanto a problemas sociais e familiares associados à questão da violência.

Espera-se que com o crescimento da confiança nas instituições de proteção à criança e adolescente e com a sensibilização dos profissionais para a problemática da violência familiar, haja um envolvimento maior dos cirurgiões-dentistas com a questão dos maus-tratos, resultando num aumento no número de notificações.

7. BREVES CONSIDERAÇÕES

Esta pesquisa buscou elucidar o perfil dos odontopediatras frente aos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes segundo sexo, faixa etária, tempo de formado e tempo de especialização. Realizou-se então um estudo exploratório com o intuito de coletar e analisar dados que pudessem nos dar suporte para traçar este perfil. Apesar da baixa taxa de retorno dos questionários enviados, pudemos realizar algumas inferências a partir destes achados, pois como Babbie (2001) afirma, uma ausência de viés de resposta é muito mais importante do que uma alta taxa de resposta.

Uma grande limitação ao encontro de resultados foi o pequeno número de profissionais que já diagnosticaram casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, 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 uma maioria de profissionais com mais de 40 anos. Também conseguimos constatar que a amostra investigada é bastante experiente, sendo a maioria formada há mais de 15 anos. Com relação ao ano de

especialização a maior parte dos entrevistados, obteve seus certificados nas décadas de 80 e 90. Os que exercem sua prática odontológica no setor privado, trabalham de forma majoritária como autônomos e a maior concentração de locais de trabalho estão nas Zonas Norte e Sul. Nenhuma dessas variáveis mostrou estar relacionada com o diagnóstico, suspeita ou notificação de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

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. Este desconhecimento de sinais clínicos e comportamentais, levaria os profissionais a ficarem inseguros quanto ao diagnóstico, principalmente de determinados tipos de maus-tratos, como negligência e abuso sexual, onde muitas vezes a observação do comportamento da vítima é o fator determinante para detecção desses tipos de abuso. Portanto é preocupante o fato de apenas 0,6% dos cirurgiões-dentistas que participaram do estudo de Da Silva (2001) entender que a observação do relacionamento entre pais e filhos pode auxiliar no diagnóstico de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Quando inseridos em equipes, como é mais freqüente 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 freqüente 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* (1995) 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. Outras áreas como a Pediatria e Enfermagem têm uma produção constante sobre o assunto desde a década de 80, ao contrário da área odontológica que começa a realizar estudos a partir da segunda metade da década de 90 e com mais freqüência no século 21.

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, no encaminhamento do caso ou na falta de familiaridade dos sinais clínicos e comportamentais característicos aos maus-tratos. Essa ausência pode ser explicada pela insuficiência ou ausência de informações, instruções ou treinamento para identificar e notificar estes casos. Também a ausência de uma cultura que inclua o problema como parte do escopo profissional da odontopediatria contribui para este quadro.

O estabelecimento de um protocolo de atendimento, bem como a realização de cursos de atualização, permitiria uma padronização do comportamento dos odontopediatras frente aos casos de maus-tratos. Medidas como a adotada no estado de Nova Iorque em que se instituiu, a partir de janeiro de 1991, que o cirurgião-dentista que quiser obter ou renovar sua licença de trabalho deve participar de um curso ou treinamento para identificação e notificação de violência familiar contra crianças e adolescentes (Von Burg et al, 1998), podem vir a ser adotadas no Brasil, desde que discutidas pela classe e encampadas pela Associação Profissional.

Além disso seria fundamental um efetivo apoio por parte das Associações de classe aos profissionais que viessem a lidar com um caso de violência familiar contra crianças e adolescentes, fazendo que estes não se sentissem isolados em seus consultórios, fornecendo maior suporte e preparo para lidar com estes casos.

É preciso capacitar os odontopediatras com conhecimentos que o habilitem a lidar adequadamente com a questão da violência familiar e, assim, possibilitar a sua atuação como elo entre vítimas e serviços de proteção à infância, bem como uma maior inserção destes profissionais em equipes multidisciplinares que lidam com esta problemática. 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.

8. REFERÊNCIAS

ABRAPIA,2000.Os *gráficos da Abrapia*. Disponível em <<http://www.abrapia.org.br/graficos/graficoshtm>>. Acesso em 11 janeiro 2001.

ABRAPIA, 1997. *Maus Tratos contra Crianças e Adolescentes: Proteção Prevenção, Guia de Orientação para profissionais de Saúde*. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados.

ADAIR, S.M.; WRAY, I.A.; HANES, C.M.; SAMS, D.R.; YASREBI, S.& RUSSEL, G.M., 1997a. Perceptions associated with dentists' decision to report hypothetical case of child maltreatment. *Pediatric Dental*, 8: 461-465.

ADAIR, S.M.; WRAY, I.A.; HANES, C.M.; SAMS, D.R.; YASREBI, S. & RUSSEL, G.M.,1997b. Demographic, educational, and experiential factors associated with dentists' decision to report hypothetical case of child maltreatment. *Pediatric Dental*, 8: 466-499.

ASSIS,S.G.,1994. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 : 126-134.

ASSIS,S.G. & SOUZA,E.R.,1995. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. *Jornal de Pediatria*, 71: 303-312.

ATWAL,G.S.,1998. Bruising in non-accidental head injured children: prospective study of the prevalence, distribution, pathological associations in 24 cases. *Forensis Science International*,2:.215-230.

AZEVEDO,M.A. & GUERRA,V. N. A.,1995. *A Violência Doméstica na Infância e Adolescência*. São Paulo: Robe.

AZEVEDO, M.A. & GUERRA,V. N. A.,1998. *Infância e Violência Fatal em Família*. São Paulo: Iglu.

BABBIE, E., 2001. *Métodos de Pesquisa de Survey*. Belo Horizonte: UFMG.

BARDIN, L., 1977. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BAYER, J.H. & BRITO, J.H., 1995. Contribuição ao estudo do abuso infantil na área da odontologia. *Revista Odonto Ciência*, 20:69-79.

BECKER, D.B.; NEEDLEMAN,H.L. & KOTEL CHUCK,M.,1978. Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentists. *Journal of American Dental Association*, 97: 24-28.

BERENSTEIN, I., 1998. *Família e Doença Mental*. São Paulo:Escuta.

BLOCH,K.V.&COUTINHO, E.D.S.F., 2003. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. In: *Epidemiologia* (R.A. Medronho), pp. 107-113, São Paulo: Atheneu.

BLOVH,K.V. & KLEIN,C.H.,2003. Estudos seccionais. In: *Epidemiologia* (R.A. Medronho), pp. 125-151, São Paulo: Atheneu.

BLUMBERG,M.L. & KUNKEN,F.R.,1981. The dentists' involvement with child abuse. *New York State Dental Journal*, 2: 65-69.

BRASIL, 1978. *Código Penal*. São Paulo: Saraiva.

BRASIL,1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990*. São Paulo: Saraiva.

BRASIL, Ministério da Saúde. 1997. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente. *Violência contra criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica*. Brasília, DF: MAS, SASA.

BRUNO, N.,1999. Sospeto di abuso sui piccoli pazienti-il dentista può essere il primo a scoprire case di violenza sui minori. *Il Giornale dell' Odontoiatra*, 30: 4.

CAFFEY,J.,1946. Fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *American Journal Roentg*, 8:163-173.

CASAMASSIMO,P.S.,1984. Oral facial lesions in sexual abuse. In: *Clinical Management of Child Abuse and Neglect: a Guide for the Dental Professional* (R.G. Sanger & D.C Bross). pp.43-51,Chicago: Quintessence Publishing Co.,Inc.

CAVALCANTI, L. A.; VALENÇA, A.M.G. & DUARTE,R.C.,2000.O Odontopediatra diante de maus-tratos infantis. Diagnóstico e conduta. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*,16: 451-455.

CAVALCANTI, L. A.; FARIAS, C. M. M.; BARBOSA, J.C. & MOUDEN, L.D., 2002. Conhecimento e atitudes dos cirurgiões-dentistas da cidade de João Pessoa

frente ao abuso infantil. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*, 5:470-474.

CHAIM,L.A.F.,1995. Odontologia versus criança maltratada. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*,2: 142-144.

CHAIM, L.A.F.; DARUGE, E.& GONÇALVES, R. J., 2004. Maus-tratos infantis - avaliação da capacidade de diagnóstico dos cirurgiões-dentistas. *Revista da Associação paulista de Cirurgiões-Dentistas*, 1:42-46.

COCHRAN, W.G.,1965. *Técnicas de Amostragem*. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1992. *Código de Ética Odontológica*. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia.

CROLL, T.P.,MENNA,V.J. & EVANS,C.A.,1981. Primary identification of an abused child in dental office: a case report. *Pediatric Dental*,4:339-342.

DA SILVA, M.R., 2001. *Avaliação da Conduta do Cirurgião-Dentista frente à Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes – Violência Física*. 2001. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.

DAVIES,G.R.; DOMOTO,P.K. & LEVY,R.L.,1979. The dentist's role in child abuse and neglect. Issues, identification, and management. *Journal of Dental Child*, 3:17-24.

DEAN, J.A.; COULOMBIER,D.; SMITH, D.C.; BRENDEL,K.A.; AMER,T.G. & DEAN,A.G.,1997. *Epi-Info Version 6.04b*. Atlanta: CDC.

DE ANTONI, C.; MESQUITA, J. & KOLLER, S.H, 1998. Uma família em situação de risco: resiliência e vulnerabilidade. *Interfaces: Revista de Psicologia*, 2:81-85.

DE PANFILIS, D. & ZURAVIN, S.J., 1999. Predicting child maltreatment recurrences during treatment. *Child Abuse Neglect*, 8:729-743.

DESLANDES, S.F., 1994. *Prevenir violência: Um Desafio para Profissionais de Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES – Jorge Careli.

DESLANDES, S.F., 1999. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4: 81-94.

DE TORRES, T.Z.G., 2003. Amostragem. In: *Epidemiologia* (R.A.Medronho), pp.283-293, São Paulo: Atheneu.

DJEDDAH, C.; FACCHIN, P.; RANZATO, C. & ROMEC, C., 2000. Child abuse: current problems and key public health challenges. *Society Science Medical*, 6:905-915.

EISENSTEIN, E. & SOUZA, R.P., 1993. *Situações de Risco à Saúde de Crianças e Adolescentes*. Rio de Janeiro: Vozes.

FARINATTI, F. A., 1997. A criança maltratada. *Revista do Departamento de Ciências Humanas e do Departamento de psicologia/ UNISC*, 7:86-94.

FISCHER, D.G. & Mc DONALD, W.L., 1998. Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse Neglect*, 9: 915-929.

FONSECA, M. A., 1992. Dental aspects of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatric Dental*, 3:152-157.

GREENE,P.E.; CHISICK,M.C. & AARON,G.R.A.,1994. A comparison of oral health status and need for dental care between abused/neglected children and nonabused/noneglected children. *Pediatric Dental.*,1: 41-45.

GOLDER,R.,1995. Non-accidental injury in children. *Dental Update*,2: 75-80.

GONÇALVES,H.S.; FERREIRA,A.L. & MARQUES,M.J.V., 1999. Avaliação de serviço de atenção à criança vítima de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, 6: 543-547.

GUERRA, V.N.A., 1985. *Violência de Pais contra Filhos: Procuram-se Vítimas*. São Paulo: Cortez.

GURGEL, C.A.S.; CARVALHO, A.C.D.R.; BARROS,S.G.D. & ALVES, A.C., 2001. Maus-tratos contra crianças: atitudes e percepção do cirurgião-dentista. *Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clínica Integrada*, 1: 23-28.

HAZLEWOOD,A.J., 1970. Child abuse: the dentists' role. *New York Dental Journal*, 5: 289-291.

HIBBARD,R.A. & SANDERS,B.J.,1995. Negligência e abuso da criança. In: *Odontopediatria*. (R.E Mc Donald & D.R Avery), pp.17-22, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

INGRAHAM,F.D. & HEYL,L.H.,1939. Subdural hematoma in infancy and childhood. *Journal of American Medical Association*, 112:198-204.

JESSE, S.A. & MARTIN, R. E.,1998. Child abuse and neglect: assessment of dental student's attitudes and Knowledge. *Journal of Dentistry for Children*, 1:21-24.

JESSEE,S.A.,1999. Child abuse and neglect: implications for the dental profession. *Texas Dental Journal*, 2: 40-46.

JOHN, V.; MESSER, L.B; ARORA, R.; FUNG, S.; HATZIS, E. & NGUYENT, T. 1999. Child abuse and dentistry: a study of Knowledge and attitudes among dentists in Victoria, Australia. *Australian Dental Journal*, 4: 259-267.

KAPLAN,H.I. & SADOCK,B.J.,1990. *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.

KASSEMBAUM,D.JK.; DOVE,S.B. & COTTONE, J.A.,1991. A recognition and reporting of child abuse: a survey of dentists'. *General Dental*, 3: 159-162.

KEMPE,C.H.,1962. The battered child syndrome. *Journal of American Medical Association*,7:17-24.

KITTLE, E.P.; RICHARDSON,D.S. & PARKER,J.W.,1986. Examining for child abuse and neglect. *Pediatric Dental*, 3: 159-162.

KRUGMAN, R., 1992. Abuso físico e sexual. In: *Pediatria Ambulatorial* (M. Green & R. J. Haggerty, org.), pp.455-460, Porto Alegre: Artes Médicas.

LANG, R.D., 1983. *A Política da Família*. São Paulo: Martins Fontes

LASKIN, D.M., 1973.The battered child syndrome. *Journal of Oral Surgery*,12:903.

MALECZ, R.E., 1979.Child abuse: the relationship to pedodontics: a survey. *Journal of Dental Child*, 3:193-194.

MARQUES, C.R. & COLARES, U., 2003. A identificação do abuso infantil pelo odontopediatra. *Jornal Brasileiro Odonto-Psico. Odontol.Pacientes Espec.*, 6:512-515.

MASSLER, J.N., 1945. Teenage caries. *Journal of Dental Child*, 12:57-64.

MATHEWSON. R.J., 1993. Child abuse and neglect : the dental profession's responsibility. *Compendium of Continuous Educational Dental*,5: 656-662.

MATTOS, R.A., 2001. Os sentidos da integrabilidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.,In: *Os sentidos da Integrabilidade na Atenção e no Cuidado à Saúde* (R.A. Mattos, org.), pp. 39-64, Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO.

Mc.DONALD,R.E. & AVERY,D.R. ,1991. Exame da boca e de outras estruturas relevantes. In: *Odontopediatria* (R.E.Mc. Donald & D.R. Avery), pp. 1-20, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Mc.DONALD,R.E.; AVERY,D.R. & STOOKEY, G.K., 1995. Cárie dentária na criança e no adolescente. In: *Odontopediatria* (R.E. Mc Donald & D.R. Avery), pp. 151-175, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Mc DOWELL,L.D.; KASSEBAUM,D.K. & FRYER Jr, G.E., 1994. Recognizing and reporting domestic violence: a survey for dental practitioners. *Special Care Dental*,2:49-50.

MINAYO,M.C.S. ,1994. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de. Saúde Pública*,10 :7-18.

MINAYO,M.C.S.& CRUZ NETO, O.,1999. Triangulacion de métodos en la evaluación de programas servicios de salud: In: *Salud. Cambio Social y Política*

(M.Bronfman & R.Castro, org.),pp. 65-80, Cidade do México:EDAMEX/ Instituto Nacional de Salud Pública.

MINAYO, M.C.S, 2003. Violência dramatiza causas. In: *Violência Sob o Olhar da Saúde* (M.C. Minayo & E.R.D Souza, orgs),pp 23-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

MINUCHIN, S., 1982. *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

MONTE ALTO,L.A.; MODESTO,A.; MASSAO,J.M.; SOVIERO,V. & RAMOS, ME.B.,1996.Criança maltratada. O que pode ser feito? *Revista Brasileira de Odontologia*,53: 22-26.

MORI,M. ,1994. *A Bioética: sua Natureza e História*. Rio de Janeiro: Humanidades.

MOSER, C.A. & KALTON, G., 1971.*Survey Methods in Social Investigation*. Estados Unidos da América: Heinemann.

MOUDEN, L.D. & BROSS, D.C., 1995.Legal issues affecting dentistry's role in preventing child abuse and neglect. *Journal of American Dental Association*, 8:1173-1180.

MOUDEN, L.D.,1998a.The role for dental professionals in preventing child abuse and neglect. *Journal of Southern California Dental Association*,10:737-743.

MOUDEN, L.D.,1998b. The dentists' role in detecting and reporting abuse. *Quintessence International*, 7: 27-30.

NAIDOO,S.,2000. A profile of the oral-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child Abuse Neglect*, 4:521-534.

NEEDLEMAN,H.L., 1986. Oral-facial trauma in child abuse: types, prevalence, management, and the dental professions' involvement. *Pediatric Dental*,1: 78-80.

NORONHA,E.M., 1969. *Direito Penal*. São Paulo:Saraiva.

PHEBO, L.B., 1992.Maus-tratos: prevenção é solução. *Jornal da ABRAPIA*, 6:6.

PINHEIRO, R.S. & DE TORRES, T. Z. G., 2003. Análise exploratória de dados. In: *Epidemiologia* (R.A.Medronho), pp.227-244, São Paulo: Atheneu.

PINTO, V.G.,1992. *A Questão Epidemiológica e a Capacidade de Resposta dos Serviços de Saúde Bucal no Brasil, 1992*. Tese de Doutorado, Brasília: Faculdade de Saúde Pública, USP.

RAMOS-GOMEZ, F.; ROTHMAN,D & BLAIN,S,1998. Knowledg and attitudes among California dental care providers regarding child abuse and neglect. *Journal of American Dental Association*,3:345-348.

RUPP,R., 1996. Child abuse and neglect: a review of the literature. *Journal of Kansas Dental Association*, 1:20-24.

SANGER,R.G. & BROSS, D.C., 1982. Implications of child abuse and neglect for the dental profession. *Journal of American Dental Association*, 104:55-56.

SANGER,R.G.,1984. Oral facial injuries in physical abuse. In: *Clinical management of child abuse and neglect. A guide for the dental professional*. (R.G Sanger,. & D.C Bross), pp.37-41,Chicago:Quintessence Publishing.

SANTANA-TAVIRA,R.; SÁNCHEZ-AHEDO,R. & HERRERA-BASTO,E.,1998. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública Mexico*, 1:58-60.

SAXE,M.D. & Mc COURT,J.W., 1991. Child abuse: a survey of ASDC members and a diagnostic-data-assessment for dentists. *Journal of Dental Child*, 5: 361-366.

SCHIMITT,B.D.,1986. Types of child abuse and neglect: na overview for dentists. *Pediatric Dental*, 1:67-71.

SFIKAS, P.M., 1996. Does the dentist have an ethical duty to report child abuse? *Journal of American Dental Association*, 4: 52-523.

SILVERMAN,F.N.,1972. Unrecognized trauma in infants, the battered child syndrome, and the syndrome of Ambroise Tardieu. *Radiology*, 104: 337-353.

SOPHER,I.M.,1997. The dentists and the Battered Child Syndrome. *Dental Clinical North American*, 1: 113-122.

SOUZA, E. A.B., 2002. *Avaliação do Conhecimento e Conduta de Médicos e Cirurgiões-Dentistas sobre Maus-Tratos e Violência contra Criança e Adolescente*. 2002. Dissertação de Mestrado, Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista.

SPENCER,D.E.,1996. Recognizing and reporting child abuse. *Journal of California Dental Association*, 5:43-49.

TARDIEU,A.A., 1860. Étude médico-legale sur les sévices et mauvais traitements exercés sue des enfants. *Ann d'Hyg Med Lég* ,13: 361-398.

TATE,R.J., 1971. Facial injuries associated with the Battered Child Syndrome. *British Journal of Oral Surgery*, 1: 41-45.

TEN BENSEL, R.W. & KING,K.J.,1975. Neglect and abuse of children: historical aspects, identification, and management. *Journal of Dental Child*,5: 348-358.

TOLEDO, A.O. & MOURA, D.P.S., 2000. Reconhecimento de crianças vítimas de maus-tratos: responsabilidade do Odontopediatra. *Jornal Brasileiro de odontopediatria e Odontologia do Bebê*, 14: 318-322.

TSANG,A. & SWEET, D., 1999. Detecting child abuse and neglect: are dentists doing enough? *Journal of Canadian dental Association*,7: 387-391.

VIEIRA,A.R.; MODESTO,A. & ABREU,V.,1998. Avaliação dos Casos de Abuso Infantil do Hospital Municipal Souza Aguiar (Rio de Janeiro) e sua Relação com o Cirurgião-dentista. *Pediatria Atual*,1: 21-32.

VON BURG, M. M.; HAZELRIGG, C.O.; SHOEMAKER, J.A. & HIBBARD,R.A., 1998. A statewide survey of dentists' knowledge of abuse. *Journal of Dental Child*,4: 321-324.

WELBURY,R.R.,1994. Child physical abuse. In: *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth*. (J.O.Andreasen & F.M.Andreasen), pp.181-193, Copenhagen: Munksgaard.

WELBURY,R.R. & MURPHY,J.M.,1998. The dental practitioner's role in protecting children from abuse 2. The orofacial signs of abuse. *British Dental Journal*,2: 61-65.

WESCHE, J.C., 1999. Dentists and mandated reporting of child abuse and neglect. *New York State Dental Journal*, 2:40-45.

WHITTAKER, D.K., 1990. The principles of forensic dentistry. Non-accidental injury, bite marks and archaeology. *Dental Update*,9:386-390.

WOOLLEY Jr,P.V. & EVANS Jr,W.A.,1955. Significance of skeletal lesions in infants resembling those of traumatic origin. *Science American Medical Association*,6: 539-543.

WRIGHT,J.T. & THORNTON,J.B.,1983. Osteogenesis imperfecta with dentinogenesis imperfecta: a mistaken case of child abuse. *Pediatric Dent.al*,3:207-209.

ZAAMI, S.; MININNI, T. & MARINELLI, E. 1991. Il bambino maltrattato in famiglia: aspetti medico sociali, giuridici, medicolegali. *Jura Méd*, 2: 249-259.

ZAVRAS, A.L. & PAI, L.H.,1997. Child abuse: attitudes and perceptions of health profession students- a pilot study. *Journal of Clinical Pediatric Dental*,1: 23-27.

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Cento Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
Av. Brasil, 4036 sala 700 – CEP 21040-361 – Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ – Brasil Tel(0XX) 21- 2290-4893

Caro Odontopediatra,

Você está recebendo um questionário que se destina a compreender a conduta dos Odontopediatras diante do fenômeno da violência familiar contra crianças e adolescentes. Este questionário é **anônimo**. Os participantes serão registrados no banco de dados através de números, não havendo qualquer nome ou identificação.

Este questionário faz parte da dissertação de mestrado intitulada: *A Atuação de Odontopediatras frente aos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro*, a ser defendida no Programa de

Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher no Instituto Fernandes Figueira/ Fundação Oswaldo Cruz, pelo cirurgião-dentista Paulo Cesar Moreira Campos, orientado pela Professora Doutora Simone Gonçalves de Assis.

É muito importante para o resultado da pesquisa que você receba o questionário, responda e nos envie de volta. Mesmo que você não trabalhe com criança ou adolescente, não realize trabalho clínico ou não tenha tido qualquer experiência com pacientes vítimas de violência familiar, é fundamental que você responda esse questionário e nos devolva, já que estaremos realizando uma estimativa de casos de maus-tratos na população atendida pelo Odontopediatra em geral.

Sabemos que o seu tempo é reduzido e a sobrecarga de afazeres é grande e por isso procuramos elaborar um questionário cujo preenchimento fosse ágil. Como a maioria das respostas é do tipo “sim” ou “não”, basta fazer um X em uma destas alternativas em cada questão.

Estamos enviando o questionário junto com o envelope de retorno já selado, basta colocar no correio.

Em função da relevância do tema e da escassez de publicações na área, estaremos no final da pesquisa divulgando os resultados para que você tenha um retorno da sua participação.

Caso concorde em participar do estudo basta enviar o questionário respondido no envelope anexo.

Agradecemos muito sua colaboração!

Paulo Cesar Moreira Campos

CRO 12393

Mestrando no Instituto Fernandes Figueira (IFF) –FIOCRUZ

Tels. para contato: (21) 2225-6631 ou (21) 9688-6484

e-mail: paulotorreao@hotmail.com

Simone Gonçalves de Assis

Professora doutora da ENSP-FIOCRUZ

Responsável do Centro Latino Americano de Violência

AS PERGUNTAS INICIAIS BUSCAM OBTER CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS ODONTOPEDIATRAS.

1- Sexo: A () Masc. B () Fem.

2- Faixa etária

A () entre 20 e 25 anos	D () entre 36 e 40 anos
B () entre 26 e 30 anos	E () mais de 40 anos
C () entre 31 e 35 anos	

3- Tempo de formado

A () de 1 a 4 anos	C () 10 a 15 anos
B () de 5 a 9 anos	D () mais de 15 anos

4- Período que fez o curso de especialização em Odontopediatria



A () até 1969	D () de 1990 até 1999
B () de 1970 até 1979	E () de 2000 a 2002
C () de 1980 até 1989	

EXEMPLO: lembre-se de que em cada questão, você deve assinalar todos os itens “sim” ou “não”. Por exemplo: se você trabalha em seu consultório particular e em um posto de saúde assinale desta forma:

A. consultório particular 1. (x) sim 2. () não
 B. centro/posto de saúde 1. (x) sim 2. () não

5- Local (is) de trabalho (s):

A. ATIVIDADE PRIVADA	a. () Autônomo b. () Funcionário c. () Professor de Odontologia d. () Outra _____ (descreva)
-----------------------------	---

B. ATIVIDADE PÚBLICA	a. () Posto de Saúde b. () Hospital c. () Cargo Administrativo d. () Professor de Odontologia e. () Outra _____ (descreva)
-----------------------------	---

C	<input type="checkbox"/>
Marcar aqui se não está exercendo odontologia	

6- Em que área do município do Rio de Janeiro você trabalha:

A Zona Norte	1 () sim	2 () não
B Zona Oeste	1 () sim	2 () não
C Zona Sul		2 () não
D Centro	1 () sim	2 () não

E	<input type="checkbox"/>
Marcar aqui se não está exercendo odontologia	

7- Faixa etária da clientela:

A bebês – 0 a 1 ano	1 () sim	2 () não
B crianças - de 2 a 11 anos	1 () sim	2 () não
C adolescentes – de 12 a 18 anos		2 () não
D adultos e idosos	1 () sim	2 () não

E	<input type="checkbox"/>
Marcar aqui se não está exercendo odontologia	

8- Você já recebeu alguma informação, instrução ou treinamento para identificar e notificar casos de violência familiar contra crianças e adolescentes?

A	Nunca recebi informações a respeito	1 () sim	2 () não
B	Na faculdade durante o curso de graduação	1 () sim	2 () não
C	No curso de especialização	1 () sim	2 () não
D	No curso de mestrado/doutorado	1 () sim	2 () não
E	Em cursos promovidos por associações de classe	1 () sim	2 () não
F	Em congressos de Odontologia	1 () sim	2 () não
G	Em periódicos	1 () sim	2 () não
H	Outros _____		

9- Você sabe quais dos órgãos abaixo poderiam ajudar ou deveriam ser notificados no caso de suspeita/confirmação de crianças e adolescentes vítimas de violência familiar?

A	Escola	1 () sim	2 () não
B	Conselho Tutelar	1 () sim	2 () não
C	Ministério Público	1 () sim	2 () não
D	Vara da Infância e da Juventude	1 () sim	2 () não
E	Conselhos Municipais de Defesa dos Direitos da Criança	1 () sim	2 () não
F	Polícia	1 () sim	2 () não

Se você não atende bebês, crianças ou adolescentes não precisa continuar a responder as perguntas abaixo, mas por favor, envie seu questionário pelo correio. Esta informação é crucial para o andamento da pesquisa. Se você atende crianças e adolescentes, por favor continue a responder o questionário.

10- Você ou algum membro de sua equipe (ACD, THD, recepcionista) já *SUSPEITOU* de algum caso de violência na família em que algum paciente seu (bebê, criança ou adolescente) foi a vítima?

1 () sim 2 () não

11- O que fez você suspeitar que poderia se tratar de um caso de maus tratos?

12- Você ou algum membro de sua equipe já *DIAGNOSTICOU* algum caso de violência na família em que algum paciente seu (bebê, criança ou adolescente) foi a vítima?

1 () sim 2 () não

Assinale com um X o número de casos que você atendeu em cada faixa etária:

13- Quantos pacientes vítimas de violência na família você atendeu em toda a sua vida profissional?

Bebês (0 a 1 ano)	() Nenhum	() _____ número casos
Crianças (2 a 11 anos)	() Nenhum	() _____ número casos
Adolescentes (12 a 18 anos)	() Nenhum	() _____ número casos

Caso nunca tenha atendido nenhum bebê, criança ou adolescente vítima de violência na família, pule para a questão 20.

14- Você notificou as autoridades competentes algum caso de bebê, criança ou adolescente vítima de violência na família?

- () Nunca
 () Uma vez
 () Duas vezes
 () Mais vezes () Especificar número

15- Em caso de notificação, você encaminhou o bebê, a criança ou o adolescente para algum serviço?

- 1 () sim _____ Para onde? 2 () não 3 () nunca identifiquei

16- Qual(is) o(s) tipo(s) de violência familiar que esse(s) bebê(s) /criança(s)/ adolescente(s) atendidos por você sofreram?

A violência física	1 () sim	2 () não
B violência psicológica	1 () sim	2 () não
C violência sexual	1 () sim	2 () não
D negligência ou abandono	1 () sim	2 () não
E outros tipos qual? _____	1 () sim	2 () não

17- Qual (is) o(s) tipo(s) de alteração(ões) orofacial(ais) encontrada(s) nesse(s) caso(s) de vítima (s) de maus-tratos?

A	Avulsão	1 () sim	2 () não
B	Luxação	1 () sim	2 () não
C	intrusão	1 () sim	2 () não
D	fratura coronária	1 () sim	2 () não
E	fratura radicular	1 () sim	2 () não
F	abrasões e lacerações	1 () sim	2 () não
G	contusões e equimoses	1 () sim	2 () não
H	queimaduras na face e na mucosa	1 () sim	2 () não
I	lesões no lábio superior e freio labial	1 () sim	2 () não
J	lesões no freio lingual	1 () sim	2 () não
K	petéquias e eritema no palato	1 () sim	2 () não
L	lesões nodulares ou em placas na cavidade bucal	1 () sim	2 () não
M	cárie rampante	1 () sim	2 () não
N	cárie de mamadeira	1 () sim	2 () não
O	cáries extensas e não tratadas	1 () sim	2 () não
P	outros: qual? _____	1 () sim	2 () não



18- Qual foi sua conduta diante desse(s) caso(s) ?

A	encaminhamentos a outros serviços	1 () sim Qual? _____	2 () não
B	orientação à família	1 () sim Qual? _____	2 () não
C	orientação à criança/adolescente	1 () sim Qual? _____	2 () não
D	Outros _____	1 () sim Qual? _____	2 () não

19- Qual foi o desfecho/desenrolar desse(s) caso(s)?

20- Que conduta o Odontopediatra deve assumir em relação aos seus pacientes que tenham sido vítimas de violência familiar?

A	notificar somente casos em que a prática de violência seja confirmada	1 () sim	2 () não
----------	---	-----------	-----------

B notificar todos os casos (suspeitos e confirmados)	1 () sim	2 () não
C não cabe ao Odontopediatra fazer essas notificações	1 () sim	2 () não

21- Outros comentários que queira fazer:

1- Sexo: **A** () Masc. **B** () Fem.

2- Faixa etária

A () entre 20 e 25 anos	D () entre 36 e 40 anos
B () entre 26 e 30 anos	E () mais de 40 anos
C () entre 31 e 35 anos	



3- Tempo de formado

A () de 1 a 4 anos	C () 10 a 15 anos
B () de 5 a 9 anos	D () mais de 15 anos

4- Período que fez o curso de especialização em Odontopediatria

A () até 1969	D () de 1990 até 1999
B () de 1970 até 1979	E () de 2000 a 2002
C () de 1980 até 1989	

5- Local (is) de trabalho (s):

A. ATIVIDADE PRIVADA	a. () Autônomo
	b. () Funcionário
	c. () Professor de Odontologia
	d. () Outra _____ (descreva)

B. ATIVIDADE PÚBLICA	a. () Posto de Saúde
	b. () Hospital
	c. () Cargo Administrativo
	d. () Professor de Odontologia
	e. () Outra _____ (descreva)

C Marcar aqui se não está exercendo odontologia

6- Faixa etária da clientela:

A bebês – 0 a 1 ano	1 () sim	2 () não
B crianças - de 2 a 11 anos	1 () sim	2 () não
C adolescentes – de 12 a 18 anos	1 () sim	2 () não
D adultos e idosos	1 () sim	2 () não

E Marcar aqui se não está exercendo odontologia

7- Você ou algum membro de sua equipe (ACD, THD, recepcionista) já *SUSPEITOU* de algum caso de violência na família em que algum paciente seu (bebê, criança ou adolescente) foi a vítima?

1 () sim 2 () não

8- Você ou algum membro de sua equipe já *DIAGNOSTICOU* algum caso de violência na família em que algum paciente seu (bebê, criança ou adolescente) foi a vítima?

1 () sim 2 () não



Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro

OF. CRO-RJ Nº 1948/2003

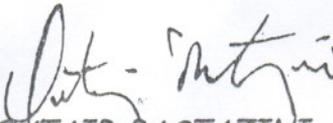
Rio de Janeiro, 30 de julho de 2003.

Prezada Dra.,

Em resposta a vossa solicitação, através de correspondência de 09 de julho p.p., aprez-nos encaminhar, em anexo, listagem dos Cirurgiões Dentistas inscritos neste CRO-RJ especialistas em Odontopediatria.

Com nossos cordiais cumprimentos, subscrevemo-nos,

Atenciosamente


OUTAIR BASTAZINI
Presidente

Ilma. Sra.

Profa. Dra. MARIA ELISABETH LOPES MOREIRA

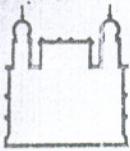
M. D. Coordenadora da Pós-Graduação

STRICTO-SENSU

Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher/IFF/FIOCRUZ

Av. Rui Barbosa, 716 - 4º andar - Flamengo

CEP 22250-020 - Rio de Janeiro - RJ



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira
Departamento de Ensino
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

Rio de Janeiro, 09 de julho de 2003

Ao Serihor Presidente do
Conselho Regional de Odontologia-Seção RJ
Sr. Ou tair Bastazini

Prezado Presidente ,

Apresentamos o aluno do curso de Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher/IFF/FIOCRUZ, Paulo Cesar Moreira Campos, com vistas à realização de Trabalho de Campo nesse Conselho. Ressaltamos que o projeto apresentado está vinculado à elaboração de sua dissertação de mestrado.

Esclarecemos, ainda, que o aluno é orientado pela Prof^a. Dr^a. Simone Gonçalves de Assis e desenvolverá seu estudo intitulado "*A Atuação de Odontopediatras Frente aos Casos de Abusos e Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes no Município do Rio de Janeiro*", realizando coleta de dados, no período de janeiro de 2004 à maio de 2004, necessitando portanto, a listagem dos odontopediatras inscritos nesse Conselho Regional, com nome, endereço e telefone para a seleção da amostra.

Solicitamos, também, que a listagem requerida nos seja enviada para os endereços:

Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher/IFF/FIOCRUZ
Av. Rui Barbosa, 716 – 4º andar – Flamengo – RJ
CEP: 22250-020 Tel: 021-2553-0052 R: 5403/5404
ou E-mail: pgscm@iff.fiocruz.br

Colocando-nos à disposição para quaisquer informações adicionais,
subscrevemo-nos

Atenciosamente,

Prof^a. Dr^a. Maria Elisabeth Lopes Moreira
Coordenadora da Pós-Graduação
STRICTO-SENSU