

# Conhecimento e Conduta de Cirurgiões-Dentistas Relacionados a Maus-Tratos Infantis em João Pessoa - Paraíba - Brasil

## Knowledge and Conduct of Dental Surgeons in Relation to Mistreatment of Children

CRISTINA COELI LEITE PONTES<sup>1</sup>  
JAINARA MARIA SOARES FERREIRA<sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Objetivou-se avaliar o conhecimento e a conduta dos cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família (PSF) de João Pessoa diante de maus-tratos infantis (MTIs). **Material e Métodos:** Neste estudo transversal descritivo, a amostra foi estratificada envolvendo 30% (n=54) dos 180 profissionais, distribuídos nos cinco distritos sanitários do município. Uma pesquisadora realizou a coleta de dados, através de questionário com questões objetivas e subjetivas. Realizou-se análise estatística descritiva com interpretação quantitativa e qualitativa. **Resultados:** Verificou-se que: 85,2% não obtiveram informações sobre MTIs na graduação e 77,8% não procuraram informação complementar. Souberam definir MTIs adequadamente 2 profissionais e 1 soube classificar. Foram identificadas como formas de MTIs as ações relacionadas a abuso físico (79,6%), psicológico (81,5%), sexual (88,9%) e negligência (64,8%). Os sinais mais e menos perceptíveis foram os de abusos físicos (50%) e sexuais (3,7%), respectivamente. Suspeitaram de MTIs 22 participantes (41%), sendo a conversa com os pais a conduta mais adotada pelos profissionais que haviam suspeitado (64,3%) e que não suspeitaram (31,3%). A incerteza das suspeitas foi o motivo para não denunciar, relatado por 28,6% dos profissionais que suspeitaram e 50% dos que não suspeitaram. **Conclusão:** Existe a necessidade de implementação de programas de educação continuada sobre MTIs no PSF de João Pessoa, preparando os cirurgiões-dentistas para atuarem de forma ativa na detecção e denúncia dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra a criança.

### DESCRIPTORIOS

Violência. Maus-tratos infantis. Programa Saúde da Família.

### SUMMARY

**Objective:** The goal was to evaluate the knowledge and conduct of dental surgeons in the Family Health Program (PSF) in João Pessoa in concern with child mistreatment (MTIs). **Material and Methods:** In this transversal and descriptive study the sample was stratified with 30% (n=54) of the 180 professionals and then distributed through the city's five sanitary districts. A researcher carried out the data collection by means of a form containing objective and subjective questions. A descriptive statistic analysis with quantitative and qualitative interpretation was then carried out. **Results:** It was verified that: 85.2% did not obtain information about MTIs upon graduation, and 77.8% did not seek further information. Only two professionals knew how to adequately define MTIs, and one knew how to classify it. Forms of MTIs were identified as: the actions related to physical (79.6%), psychological (81.5%), sexual (88.9%) abuse and negligence (64.8%). The signs deemed least perceptible were physical (50%) and sexual (3.7%) abuse, respectively. Suspicions about MTIs appeared with 22 participants (41%), and talking to the parents was the most adopted conduct by suspecting professionals (64.3%) and non-suspecting professionals (31.3%). Uncertainty with suspicions was the main reason for not denouncing them, reported by 28.6% of the professionals who suspected, and 50% of those who did not suspect. **Conclusion:** There is the need to implement continuing education programmes about MTIs in the PSF of João Pessoa. This will allow preparation for dental surgeons to conduct themselves actively in detecting and denouncing suspicious or confirmed cases of violence against children.

### DESCRIPTORS

Violence. Mistreatment of children. Family Health Program.

<sup>1</sup> Cirurgiã-dentista. Ex-bolsista do PIBIC da Universidade Federal da Paraíba

<sup>2</sup> Cirurgiã-dentista. Doutoranda em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Pernambuco

**A** violência infantil é um problema comum, crescente e que ocorre em todos os segmentos étnicos, culturais e sócio-econômicos da sociedade (DARUGE *et al.*, 2000; JESSE, 2000).

Os maus-tratos são considerados um problema complexo, multifatorial, resultante de uma combinação de fatores individuais, familiares e sociais, acarretando um comportamento parental destrutivo em relação ao processo de crescimento, desenvolvimento e bem-estar normais da criança (CAVALCANTI, 2003a; LUDWIG, 1998; MOURA *et al.*, 2000)

Os maus-tratos infantis podem ser entendidos como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento da criança (BRASIL, 2002).

Os maus-tratos infantis podem ser classificados conforme a ABRAPIA - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Criança e Adolescente (2006), em violência física (uso da força ou atos de omissão praticados pelos pais/ responsáveis, com o objetivo claro ou não de ferir, podendo deixar marcas evidentes); violência psicológica (compreende rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito e punições exageradas); negligência (ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento) e violência sexual (abuso de poder no qual a criança é usada para gratificação sexual de um adulto, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais com ou sem violência física).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), em seus artigos 13 e 245, é de responsabilidade do cirurgião-dentista, como profissional de saúde, a notificação de maus-tratos sofridos por crianças e adolescentes.

Mais de 50% das lesões decorrentes de maus-tratos infantis estão localizadas na região de cabeça, face e pescoço (ALVES e CAVALCANTI, 2003; CAIRNS *et al.*, 2005; CHAIM *et al.*, 2004; GUTMANN e SOLOMON, 2002; JESSE, 1995). Devido ao elevado percentual de injúrias orofaciais, os cirurgiões-dentistas encontram-se em posição estratégica para identificação, devendo estar instruídos quanto ao reconhecimento, documentação e notificação dos casos suspeitos (CARVALHO *et al.*, 2001; CAVALCANTI, 2003b; CHAIM *et al.*, 2004; CHAVES *et al.*, 2003; JESSE, 2000; RAMOS-GOMES *et al.*, 1998), além de fornecer os cuidados dentários emergenciais necessários (CAVALCANTI *et al.*, 2000; MOUDEN, 1998).

Apesar disso, a literatura relata uma baixa participação de cirurgiões-dentistas na denúncia frente a casos suspeitos de maus-tratos (CARVALHO *et al.*, 2001; CHAVES *et al.*, 2003; FERREIRA *et al.*, 2006).

**V**iolence against children is a common, crescent problem occurring in all ethnic, cultural and socio-economic areas of society (DARUGE *et al.*, 2000; JESSE, 2000).

Mistreatment is considered a complex, multi-factor problem, resulting from a combination of individual, family and social factors. This can cause destructive behavior in parents, in relation to the child's normal growth, development and well-being processes.

Child mistreatment may be understood as any action or omission that harms the child's well-being, his/her physical or psychological integrity and freedom, and right to full development (BRASIL, 2002).

Child mistreatment may be classified according to ABRAPIA – Multi-professional Brazilian Association for Child and Teenager Protection (2006), into physical violence (use of force or omission practiced by parents/tutors, with the objective, clear or not, of wounding, which may leave evident markings); psychological violence (includes rejection, depreciation, discrimination, disrespect and exaggerated punishments); negligence (action of omission by the person responsible for the child or teenager in providing for the basic necessities for his/her development) and sexual violence (abuse of power in which the child is used for an adult's sexual gratification, being induced or forced to sexual practices with or without physical violence).

According to the Children and Teenagers Statute (BRASIL, 1990), in its articles 13 and 245, the dental surgeon is responsible, as a health professional, for reporting any mistreatment suffered by children or teenagers.

More than 50% of the lesions caused by child mistreatment are located in the region of the head, face and neck (ALVES e CAVALCANTI, 2003; CAIRNS *et al.*, 2005; CHAIM *et al.*, 2004; GUTMANN and SOLOMON, 2002; JESSE, 1995). Because of the large percentage of oro-facial injuries, dental surgeons are strategically situated for identification, and must be instructed how to recognize, document and notify the suspected cases (CARVALHO *et al.*, 2001; CAVALCANTI, 2003b; CHAIM *et al.*, 2004; CHAVES *et al.*, 2003; JESSE, 2000; RAMOS-GOMES *et al.*, 1998), while providing the needed emergency dental care (CAVALCANTI *et al.*, 2000; MOUDEN, 1998).

Despite this, the literature reports a low participation of dental surgeons in denouncing suspected mistreatment cases (CARVALHO *et al.*, 2001; CHAVES *et al.*, 2003; FERREIRA *et al.*, 2006).

Poucos são os dados disponíveis na literatura sobre o conhecimento de cirurgiões-dentistas com relação ao diagnóstico e conduta diante de maus-tratos contra a criança. Portanto, não se sabe ao certo estes profissionais possuem e aplicam os conhecimentos necessários para que possam atuar na detecção e combate desta realidade, recuperando e conservando a saúde de seus pequenos pacientes, buscando melhorias na qualidade de vida infantil.

O objetivo deste trabalho foi avaliar o conhecimento e conduta dos cirurgiões-dentistas do Programa da Saúde da Família de João Pessoa diante dos maus-tratos infantis.

## MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisas envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba para avaliação.

O estudo foi do tipo transversal descritivo, realizado em Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa – PB, abrangendo os cinco Distritos Sanitários. O universo da pesquisa foi constituído por cirurgiões-dentistas das Unidades de Saúde da Família (N=180). A amostra foi estratificada e envolveu 30% destes profissionais (n=54) distribuídos nos cinco distritos sanitários: Distrito Sanitário I, N=48, n=14; Distrito Sanitário II, N=35, n=11; Distrito Sanitário III, N=57, n=17; Distrito Sanitário IV, N=26, n=8; Distrito Sanitário V, N=14, n=4.

A coleta de dados foi realizada por uma pesquisadora através de questionário anônimo e auto-aplicável, com questões objetivas e subjetivas sobre conhecimento e conduta dos cirurgiões-dentistas diante dos maus-tratos infantis, mediante prévia aceitação por meio do termo de consentimento livre e esclarecido. Foi realizado estudo piloto junto a cinco cirurgiões-dentistas (10% da amostra) objetivando avaliar a compreensão dos participantes em relação às perguntas do questionário.

Os dados coletados foram digitados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences SPSS v.11.0, trabalhados sob forma de estatística descritiva e interpretados em contexto quantitativo (por meio de freqüências em números absolutos e percentuais) e qualitativo conforme metodologia de VALA (1986), onde foi realizada a seleção das expressões-chave de cada discurso particular; identificação da idéia central de cada uma das expressões-chave; agrupamento das idéias centrais dos entrevistados e o registro de sua freqüência.

There is little available data in literature concerning the knowledge of dental surgeons in relation to the diagnosis and conduct when faced with child mistreatment. Therefore, it is not known whether these professionals have applied the knowledge necessary for acting in the detection and response to this reality; recovering and conserving the health of his/her little patients, seeking improvement in the quality of life of children.

The goal of this work was to evaluate the knowledge and conduct of dental surgeons in the Family Health Program (PSF) in João Pessoa in facing child mistreatment (MTIs).

## MATERIAL AND METHODS

This study was submitted to the appreciation of the human Ethics and Research Committee at the Paraíba Federal University Center of Health Sciences, for evaluation.

The study was transversal and descriptive, carried out in Family Health Units in the city of João Pessoa – PB, covering the five Sanitary Districts. The research universe was constituted by dental surgeons in Family Health Units (N=180). The sample was stratified and involved 30% of these professionals (n=54), distributed throughout the five sanitary districts. Sanitary District I, N=48, n=14; Sanitary District II, N=35, n=11; Sanitary District III, N=57, n=17; Sanitary District IV, N=26, n=8; Sanitary District V, N=14, n=4.

A researcher collected the data by means of an anonymous and self-applicable formulary, with objective and subjective questions about the knowledge and conduct of dental surgeons when facing child mistreatment, with previous acceptance by means of a term of free and enlightened consent. The pilot study was carried out with five dental surgeons (10% of the sample) with the objective of evaluating the participants understanding of the questions in the formulary.

The collected data was typed into the statistical program 'Statistical Package' for the Social Sciences SPSS v.11.0, then worked as descriptive statistics and interpreted into a quantitative context (by means of frequency in absolute numbers and percentages) and qualitative context according to the VALA (1986) methodology, where a selection was examined for key expressions in each particular discourse, the identification of the central idea for each of the key expressions, grouping of the central ideas of the interviewed person, and the registering of its frequency.

## RESULTADOS

A idade dos cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa variou entre 29 e 61 anos, sendo a faixa etária mais prevalente entre 41 a 50 anos. Pertenciam ao gênero feminino 83,3% dos pesquisados e 16,7% ao gênero masculino.

Grande parte dos cirurgiões-dentistas (85,2%) não teve acesso a informações sobre maus-tratos infantis durante a graduação. Dos participantes que tiveram acesso a essas informações, 2 (25%) consideraram-nas satisfatórias, 4 (50%) consideraram deficientes e 2 (25%) consideraram regulares.

Afirmaram ter buscado informações complementares sobre os maus-tratos infantis 11 profissionais (20,4%), enquanto 42 (77,8%) não o fizeram. Não respondeu a questão 1 profissional (1,9%).

Quando questionados se sabiam definir maus-tratos infantis (questão 2.4), 81,55% dos participantes responderam que sabiam definir, 16,7% responderam que não, e 1 participante não respondeu. A partir das respostas dos participantes que responderam à questão “Como você define maus-tratos infantis?” foi realizada uma análise de conteúdo, proposta por VALA (1986). As respostas mais frequentes podem ser observadas na Tabela 1.

## RESULTS

The participant dental surgeons ages varied from 29 to 61 years and the prevalent age group ranged from 41 to 50 years old. Females participants constituted of 83.3%, with the remaining 16.7% being males.

The majority of dental surgeons (85.2%) did not have access to information about child mistreatment during graduation. Of the participants who had access to this information, 2 (25%) considered it satisfactory, 4 (50%) considered it deficient, and 2 (25%) considered it regular.

11 professionals affirmed to have sought further information about child mistreatment (20.4%), while 42 (77.8%) did nothing more. 1 professional did not answer the question (1.9%).

When questioned whether they knew how to define child mistreatment, (question 2.4), 81.55% of the participants replied they did, 16.7% replied they did not, and 1 participant did not answer. From the answers of the participants who responded to the question “How do you define child mistreatment?” A content analysis was carried out, proposed by VALA (1986). The most frequent answers may be observed in Table 1.

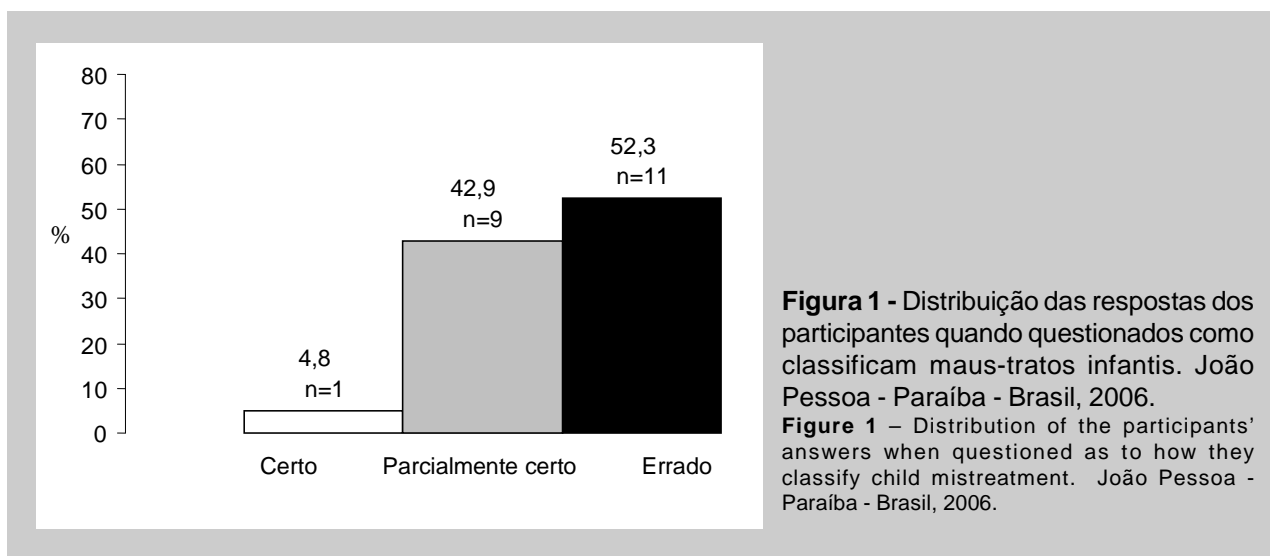
**Tabela 1** - Análise de conteúdo da questão: “Como você define maus-tratos infantis?” João Pessoa - Paraíba - Brasil, 2006.

**Table 1** – Question content analysis: “How do you define child mistreatment?” João Pessoa - Paraíba - Brasil, 2006.

Idéia central Central Idea	Respostas observadas Observed answers	n
Abuso físico Violência física e psicológica Physical abuse Violence/crime Physical and psychological violence	Violência/crime contra a criança; castigos; maus-tratos de adultos Todo tipo de agressão física ou psíquica; ação que interfira na integridade física ou moral da criança Against the child; punishments; mistreatment by adults Any kind of physical or psychological aggression; action that interferes with the child's physical or moral integrity	7 11
Violência física, psicológica e negligência Physical, psychological violence and negligence	Agressão física, impedimento de acesso a saúde e a escola; criança maltratada física e psicologicamente e explorada com trabalho Physical aggression, prevention of access to health services and school; child mistreated physically and psychologically and explored with work	8
Violência física, psicológica, sexual e negligência Physical, psychological, sexual violence, and negligence	Agressão física e psicológica e desrespeito ao estatuto da criança, agressão sexual, exploração do trabalho Physical and psychological aggression, and disrespect to the children statutes, sexual aggression, work exploration	2
Total		44

Quando questionados se sabiam classificar maus-tratos infantis, 39% dos profissionais responderam que sabiam classificar e 61% responderam que não. Para avaliar as respostas dos participantes que responderam questão “Como você classifica maus-tratos?”, foi seguida a classificação da ABRAPRIA (2006) para os tipos de abuso. Quando mencionadas as quatro categorias, a resposta foi considerada correta, quando apenas algumas destas categorias, a resposta foi considerada parcialmente correta, as idéias divergentes da classificação proposta foram consideradas incorretas. A Figura 1 mostra a frequência e a porcentagem das respostas observadas.

When questioned whether they knew how to classify child mistreatment, 39% of the participants replied they did, and 61% replied they did not. In order to evaluate the answers of the participants who answered the question “How do you classify mistreatment?” The ABRAPRIA classification (2006) for the abuse types was followed. When all four categories were mentioned, the answer was considered a correct one. When only one was mentioned, the answer was considered partially correct. Ideas that diverged from the proposed classification were considered incorrect. Figure 1 shows the frequency and percentage of the observed answers.



**Figura 1** - Distribuição das respostas dos participantes quando questionados como classificam maus-tratos infantis. João Pessoa - Paraíba - Brasil, 2006.  
**Figure 1** – Distribution of the participants' answers when questioned as to how they classify child mistreatment. João Pessoa - Paraíba - Brasil, 2006.

No que concerne à identificação das ações que podem ser consideradas maus-tratos pelos profissionais, observou-se a presença (total ou parcial) ou ausência de ações relacionadas à violência física, psicológica, sexual e negligência. A Tabela 2 revela a distribuição das ações consideradas corretas pelos profissionais.

In concern to the identification of the actions considered as mistreatment, it was observed the presence (total or partial) or absence of actions related to physical, psychological and sexual violence, and negligence. Table 2 reveals the distribution of the actions considered as correct by the professionals.

Para avaliar os exemplos citados pelos cirurgiões-dentistas como sinais perceptíveis de maus-tratos infantis foi realizada a análise de conteúdo expressa na Tabela 3.

In order to evaluate the examples mentioned by the dental surgeons as perceptible signs of child mistreatment, the analysis of the content expressed in Table 3 was carried out.

Os exemplos mais comuns referidos pelos cirurgiões-dentistas foram hematomas (22,2%), manchas no corpo (24,4%), queimaduras (22,2%), desnutrição (20%) e medo (15,5%).

The most common examples related to by the dental surgeons, were bruises (22.2%), spots on the body (24.4%), burns (22.2%), malnutrition (20%) and fear (15.5%).

Em relação à suspeita de maus-tratos pelos profissionais observou-se que 59% dos pesquisados suspeitaram de maus-tratos no decorrer de suas atividades profissionais, enquanto que 41% não.

In relation to the suspicion of mistreatment, it was observed that 59% of the researched members, during the course of their professional activities, suspected victims of mistreatment, while 41% did not.

**Tabela 2** - Distribuição das ações consideradas como maus-tratos pelos cirurgiões-dentistas. João Pessoa - Paraíba - Brasil, 2006.**Table 2** – Distribution of the actions considered as mistreatment by dental surgeons. João Pessoa - Paraíba - Brasil, 2006.

Respostas consideradas corretas Answers considered as correct	Violência física		Violência psicológica		Violência sexual		Negligência	
	Physical violence		Psychological violence		Sexual violence		Negligence	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Presença Total Total Presence	43	79,6	44	81,5	48	88,9	35	64,8
Presença Parcial Partial Presence	11	20,4	9	16,7	5	9,3	15	27,8
Ausência / Total Absence	0	0	1	1,9	1	1,9	4	7,4
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 3** - Análise de conteúdo das respostas dos cirurgiões-dentistas para exemplos de sinais de maus-tratos. João Pessoa - Paraíba - Brasil, 2006.**Table 3** – Content analysis of the answers of dental surgeons for examples of mistreatment signs. João Pessoa - Paraíba - Brasil, 2006.

Idéia central Central Idea	Respostas observadas Observed answers	n
Violência física Physical violence	Escoriações, equimoses, edemas, hematomas, fraturas, queimaduras Excoriations, ecchymosis, edemas, hematomas, fractures, burns	13
Violência sexual Sexual violence	_____	0
Relato de mais de um abuso Report of more than one abuse	Hematomas, semblante triste, medo, ansiedade, manchas na pele Hematomas, sad appearance, fear, anxiety, bruises on skin Lesões físicas, baixa auto-estima, timidez Physical lesions, low self-esteem, timidity	22
<b>Total</b>		<b>54</b>

A Tabela 4 aponta a conduta adotada pelos profissionais que relataram já ter suspeitado de maus-tratos em suas atividades no PSF.

No que diz respeito ao motivo por não ter realizado a denúncia, 2 profissionais (9,5%) disseram ter dificuldades para denunciar, 2 (9,5%) tiveram receio

Table 4 points to the conduct adopted by the professionals who reported to have suspected mistreatment in their PSF activities.

In concern to the reasons for not denouncing suspicions: 2 professionals (9.5%) said they had difficulties in denouncing, 2 (9.5%) feared the

**Tabela 4** - Conduta adotada pelos profissionais que relataram já ter suspeitado de maus-tratos em suas atividades no PSF. João Pessoa - Paraíba - Brasil, 2006.

**Table 4** - Conduct adopted by the professionals who reported to have suspected of mistreatment in their PSF activities. João Pessoa - Paraíba - Brasil, 2006.

Conduta / Conduct	n	%
Aguardou e observou / Waited and observed	4	18,2
Conversou com os pais/responsáveis Talked to parents/tutors	14	63,6
Denunciou / Denounced	1	4,5
Outra / Other	3	13,6
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

das conseqüências, 1 (4,8%) relatou falta de conhecimentos, 6 (28,6%) tiveram incerteza das suspeitas, 8 (38,1%) referiram outro motivo e 2 (9,5%) assinalaram mais de um motivo.

Em relação à conduta que seria adotada pelos profissionais se estes viessem a suspeitar de maus-tratos em suas atividades é mostrada na Tabela 5.

consequences, 1 (4.8%) reported lack of knowledge, 6 (28.6%) were uncertain of their suspicions, 8 (38.1%) reported another reason and 2 (9.5%) marked more than one reason.

The conduct that would be adopted by the professionals if they had come to suspect of mistreatment in their activities is shown in Table 5.

**Tabela 5** - Conduta que seria adotada pelos profissionais caso viessem a suspeitar de maus-tratos em suas atividades. João Pessoa - Paraíba - Brasil, 2006.

**Table 5** - Conduct that would be adopted by the professionals case came to suspect of ill-treatments in their activities. João Pessoa - Paraíba - Brazil, 2006.

Conduta / Conduct	n	%
Aguardaria e observaria / It would await and it would observe	5	15,6
Conversaria com os pais/responsáveis He/she would talk with the pais/responsáveis	10	31,3
Denunciaria / He/she would denounce	2	6,3
Outra /	4	12,5
Mais de uma resposta / More than an answer	3	9,4
Mais de uma resposta (incluindo denúncia) More than an answer (including accusation)	8	25
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>

Como motivos para não optarem pela denúncia, 11 profissionais (45,5%) mencionaram a incerteza das suspeitas, 5 (22,7%) disseram ter receio das conseqüências, 1 (4,5%) relatou dificuldades para denunciar,

Reasons for not denouncing were distributed as follows: 11 professionals (45.5%) mentioned uncertainty of their suspicions, 5 (22.7%) said they feared the consequences, 1 (4.5%) reported difficulties in

1 (4,5%) relatou falta de conhecimento, e 1 (4,5%) citou outro motivo. Deixaram de responder a questão 3 (13,6%) profissionais.

## DISCUSSÃO

Embora 85,2% dos cirurgiões-dentistas não obtendo acesso às informações sobre maus-tratos infantis na graduação e, dentre os que tiveram acesso a estas, 25% consideraram-nas satisfatórias, houve a busca por informações complementares por apenas 20,4% dos profissionais. A literatura apresenta resultados semelhantes no que diz respeito ao acesso às informações sobre maus-tratos, como os estudos de RAMOS-GOMES *et al.* (1998) e SILVA *et al.* (2006), onde 72% e 92,5%, respectivamente, não tiveram acesso às informações, e também no que se refere à qualidade das informações recebidas, como aponta GURGEL *et al.* (2001), onde 93,5% dos profissionais consideraram as informações sobre o tema deficientes.

Este resultado sugere a necessidade das faculdades de Odontologia serem estimuladas a incluir, nos seus programas educacionais, cursos regulares sobre a responsabilidade do cirurgião-dentista no diagnóstico, documentação, notificação e atendimento às crianças vítimas de maus-tratos infantis, corroborando com os estudos de CHAIM *et al.* (2004), GURGEL *et al.* (2001), RAMOS-GOMEZ *et al.* (1999) e VIJAY *et al.* (1999).

Sobre o conceito dos MTIs, 81,5% dos participantes relataram saber definir maus-tratos infantis, o que está de acordo com os estudos de GURGEL *et al.* 2001 e SILVA *et al.* 2006, onde os índices encontrados foram de 72,4% e 87,4%, respectivamente. Porém, ao se observar a análise de conteúdo (Tabela 1) das respostas para a pergunta “como você define maus-tratos infantis?”, verificou-se que os profissionais apresentam um conceito limitado dos maus-tratos infantis. Apenas 2 profissionais (3,8%) responderam de forma ampla e abrangente conforme relata o Ministério da Saúde.

Em relação à classificação dos maus-tratos, 33 cirurgiões-dentistas (61%) relataram saber classificá-los. Entretanto, ao analisar-se as respostas, verificou-se que apenas 1 profissional (4,8%) soube responder corretamente (figura 1), levando-se em consideração a classificação proposta pela ABRAPIA (2006), sugerindo

denouncing, 1 (4.5%) reported lack of knowledge, and 1 (4.5%) reported another reason. : 3 (13.6%) of the professionals failed to answer to the question

## DISCUSSION

85.2% of dental surgeons didn't possess access to information about child mistreatment on graduation and from among those who did, 25% considered the information satisfactory. There was a search for further information by only 20.4% of the professionals. The literature presents similar results to that concerning the access of information about mistreatment; the studies by RAMOS-GOMES *et al.* (1998) and SILVA *et al.* (2006), where 72% and 92%, respectively didn't have access to the information. There is also reference to the quality of the received information, as pointed out by GURGEL *et al.* (2001), where 93.5% of the professionals considered the information about the issue, deficient.

These results suggest the need for stimulating dentistry schools to include, in their educational programs, regular courses about the responsibility of the dental surgeon in the diagnosis, documentation, notification and care for children who are victims of child mistreatment. This is in conformity to studies by CHAIM *et al.* (2004), GURGEL *et al.* (2001), RAMOS-GOMEZ *et al.* (1999) and VIJAY *et al.* (1999).

Concerning the concept of the MTIs, 81.5% of the participants reported to know how to define child mistreatment, which conforms with studies by GURGEL *et al.* 2001 and SILVA *et al.* 2006, where the indexes found were of 72.4% and 87.4%, respectively. However, when observing the content analysis (Table 1) of the answers to the question, “how do you define child mistreatment?” it was verified that the professionals have a limited concept of child mistreatment. Only 2 professionals (3.8%) replied in a wide and encompassing way, as the Health Ministry reports.

In relation to the classification of mistreatment, 33 dental surgeons (61%) reported to know how to classify them. However, when the answers were analyzed, it was verified that only 1 professional (4.8%) replied correctly (figure 1). This took into account the classification proposed by ABRAPIA (2006), which suggests a deficiency in the detection by the researched



deficiência na detecção do tipo de abuso sofrido pela criança pelos pesquisados.

Quando se questionou quanto às ações que representavam maus-tratos (Tabela 2), boa parte dos profissionais respondeu a questão adequadamente, identificando todos os itens relacionados de abuso físico, psicológico, sexual e negligência como formas de maus-tratos. O elevado índice de respostas totalmente corretas para o abuso sexual, não foi referida em questões anteriores, relativas ao conceito e à classificação dos maus-tratos, onde poucos profissionais associaram a idéia de abuso sexual ao conceito dos maus-tratos (11,3%) ou a classificação (19,2%), achado similar ao encontrado por VIJAY *et al.* (1999), em que 33% dos profissionais identificaram o abuso sexual como forma de maus-tratos.

Com relação aos sinais perceptíveis de maus-tratos (Tabela 3), os sinais de abuso físico foram relatados em 13 casos e a associação de mais de um abuso foi a resposta mais citada (n=22). Dentre estas, a associação entre abuso físico e psicológico foi mais frequentemente citada (n=14), o que perfaz um total de 50% de sinais de abuso físico relatados. Os sinais de abuso sexual foram os menos citados (n=2).

A partir do exposto, sugere-se que os profissionais tendem a identificar mais frequentemente sinais de abuso físico, negligenciando os sinais de abuso sexual. De acordo com CAVALCANTI (2001); DARUGE *et al.* (2000) e MORAIS CALDAS *et al.* (2002), o abuso físico é a forma de maus-tratos de mais fácil diagnóstico.

Observou-se, no presente estudo, que 41% dos pesquisados nunca suspeitaram de maus-tratos infantis em suas atividades no PSF, resultados semelhantes aos encontrados em outras pesquisas, com um baixo número de suspeitas pelos profissionais: 16% no estudo de RAMOS-GOMEZ *et al.* (1998), 28% no de VIJAY *et al.* (1999), 32,7% no trabalho de GURGEL *et al.* (2001), 22,8% no de CHAIM *et al.* (2004) e 35% na pesquisa de SILVEIRA *et al.* (2005).

A principal conduta adotada tanto pelos profissionais que suspeitaram de maus-tratos infantis quanto para os que não suspeitaram foi a conversa com os pais (tabelas 4 e 5). Apenas 1 (4,5%) profissional dentre os que suspeitaram realizou a denúncia, e 10 (31,3%) dos que nunca suspeitaram propuseram-se a denunciar, totalizando 35,8% da intenção em denunciar o fato.

Os resultados da presente pesquisa indicam

profissionais do tipo de abuso sofrido pela criança.

Quando questionados sobre as ações que representavam o maus-trato (Tabela 2), a maioria dos profissionais respondeu a questão adequadamente. Eles identificaram todos os itens relacionados de abuso físico, psicológico, sexual e negligência como formas de maus-trato. O elevado índice de respostas totalmente corretas para o abuso sexual não foi referida em questões anteriores, relativas ao conceito e à classificação de maus-trato, onde poucos profissionais associaram a idéia de abuso sexual ao conceito de maus-trato (11,3%) ou à classificação (19,2%) achado similar ao relatado por VIJAY *et al.* (1999), em que 33% dos profissionais identificaram o abuso sexual como forma de maus-trato.

Em relação aos sinais perceptíveis de maus-trato (Tabela 3), os sinais de abuso físico foram relatados em 13 casos e a associação de mais de um abuso foi a resposta mais frequentemente mencionada (n=22). Dentre estas, a associação de abuso físico e psicológico foi a mais frequentemente mencionada (n=14), o que perfaz um total de 50% dos sinais de abuso físico relatados. Os sinais de abuso sexual foram os menos mencionados (n=2).

Das expostas, sugere-se que os profissionais tendem a identificar mais frequentemente os sinais de abuso físico, negligenciando os sinais de abuso sexual; de acordo com, CAVALCANTI (2001); DARUGE *et al.* (2000) e MORAIS CALDAS *et al.* (2002), o abuso físico é a forma de maus-trato de mais fácil diagnóstico.

Observou-se, no presente estudo, que 41% dos pesquisados nunca suspeitaram de maus-trato infantil em suas atividades no PSF, resultados semelhantes aos encontrados em outras pesquisas, com um baixo número de suspeitas pelos profissionais: 16% no estudo de RAMOS-GOMEZ *et al.* (1998), 28% no de VIJAY *et al.* (1999), 32,7% no trabalho de GURGEL *et al.* (2001), 22,8% no de CHAIM *et al.* (2004) e 35% na pesquisa de SILVEIRA *et al.* (2005).

A principal conduta adotada tanto pelos profissionais que suspeitaram de maus-trato infantil quanto para os que não suspeitaram foi a conversa com os pais (tabelas 4 e 5). Apenas 1 (4,5%) profissional dentre os que suspeitaram realizou a denúncia, e 10 (31,3%) dos que nunca suspeitaram propuseram-se a denunciar, totalizando 35,8% da intenção de denunciar o fato.

Os resultados da presente pesquisa indicam

baixa participação de cirurgiões-dentistas na denúncia (79,6%) frente a casos suspeitos de maus-tratos, concordando com os estudos de CARVALHO *et al.* (2001) e CHAVES *et al.* (2003) onde nenhum caso foi relatado por cirurgião-dentista, bem como com o trabalho de FERREIRA *et al.* (2006), onde ocorreu a participação apenas de 2 cirurgiões-dentistas em denúncias a Conselhos Tutelares.

No que se refere ao motivo para não denunciarem os casos suspeitos de maus-tratos, a incerteza das suspeitas foi o motivo alegado por 45% dos profissionais, corroborando com o estudo de GURGEL *et al.* (2001), que observaram como principal motivo para não realizar a denúncia o receio do diagnóstico incorreto (40%); e com os estudos de SILVEIRA, MAYRINK e NÉTTO (2005) e VIJAY *et al.* (1999) em que a incerteza das suspeitas foi relatada por 42% e 86% dos participantes, respectivamente.

É importante que o tema maus-tratos infantis seja bem abordado nos cursos de graduação de odontologia, bem como nos cursos de capacitação e educação continuada do PSF, uma vez que a maioria dos participantes (79,6%) que não denunciaram/denunciariam os casos de maus-tratos contra a criança, referiram como motivo a incerteza do diagnóstico. Estas observações concordam com os pensamentos de CAIRNS, MOK e WELBURY (2005), CARVALHO *et al.* (2001), CHAIM, DARUGE e GONÇALVES (2004), GURGEL *et al.* (2001), RAMOS-GOMEZ, ROTHMAN e BLAIN (1999), SILVEIRA, MAYRINK e NÉTTO (2005) e VIJAY *et al.* (1999).

A partir dos dados desta pesquisa e dos trabalhos citados, verificou-se que os cirurgiões-dentistas não estão envolvidos ou não estão cientes de seu dever moral, legal e ético diante dos maus-tratos, embora estejam em situação privilegiada para identificarem esses abusos.

Torna-se importante lembrar que o reconhecimento da violência contra a criança não se limita apenas ao seu conhecimento por parte do cirurgião-dentista, mas no entendimento da complexidade que envolve o tema por estes profissionais que devem estar comprometidos com o bem-estar social e melhoria da qualidade de vida de seu paciente infantil.

De acordo com os dados obtidos no presente estudo, é lícito concluir que: a) Grande parte dos participantes (85,2%) não obteve informações sobre

(79,6%) when faced with cases of suspected mistreatment. These were in accordance with the studies by CARVALHO *et al.* (2001) and CHAVES *et al.* (2003) where no cases were reported by dental surgeons, and with the work of FERREIRA *et al.* (2006) where there were only 2 occurrences of the dental surgeons participating in denouncements to the Guardianship Councils.

In reference to the reasons for not denouncing the suspected cases as being those of mistreatment, 45% of the professionals stated uncertainty about their suspicion, conforming to the study by GURGEL *et al.* (2001) who observed that fear of incorrect diagnosis by 40% of researched professionals was the main reason for non-denouncement. These figures also conform to studies by SILVEIRA, MAYRINK and NÉTTO (2005) and VIJAY *et al.* (1999) in which, uncertainty about suspicions were reported by 42% and 86% of the participants, respectively.

It is important that the child mistreatment issue be thoroughly tackled in dentistry graduation courses, as well as in the PSF training and continued education courses. This is for the reason that the majority of the participants (79.6%) who did not denounce/would denounce mistreatment cases against children, declared uncertainty as their reason for the diagnosis. These observations agree with the thoughts by CAIRNS, MOK and WELBURY (2005), CARVALHO *et al.* (2001), CHAIM, DARUGE and GONÇALVES (2004), GURGEL *et al.* (2001), RAMOS-GOMEZ, ROTHMAN and BLAIN (1999), SILVEIRA, MAYRINK and NÉTTO (2005) and VIJAY *et al.* (1999).

From the data of this research and that of the mentioned works, it was verified that the dental surgeons are not involved, or are not conscious of their moral, legal and ethical duty in face of mistreatments. This is despite the fact they are in a privileged situation where they find themselves able to identify these abuses.

It becomes important to remember that the knowledge of violence against the child does not limit itself only to the knowledge of the dental surgeon but also lends itself to the understanding of the complexity that surrounds the issue by these professionals, who must be committed to the social well-being and betterment of their child-patients life quality.

According to the data obtained in this present study, it is licit to conclude that: a) The vast majority of

maus-tratos durante a graduação e não procuraram informação complementar sobre o assunto (77,8%); b) Os sinais de abuso físico foram os mais frequentemente identificados pelos profissionais (50%); c) A maioria dos pesquisados optou por não denunciar (79,6%) os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos infantis; d) Existe a necessidade de implementação de programas de educação continuada sobre o tema maus-tratos infantis no PSF de João Pessoa, para que os cirurgiões-dentistas possam atuar de forma ativa na detecção e denúncia dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra a criança.

the participants did not obtain information about mistreatment and did not seek further information about the issue (77.8%). b) The signs of physical abuse were the most frequently identified by the professionals (50%) and the majority of the researched opted to not denounce (79.6%) the suspected or confirmed child mistreatment cases. c) There is a need for the implementation of continued education programs concerning the child mistreatment issue in João Pessoa PSF, so that dental surgeons may be active in the detection and denouncing of suspected or confirmed cases of violence against children.

## REFERÊNCIAS

### References

1. ABRÁPIA. *Reconhecendo os diferentes tipos de violência*. Disponível em : [http://www.abrapia.org.br/homepage/tipos\\_de\\_violencia/tipos\\_de\\_violencia.html](http://www.abrapia.org.br/homepage/tipos_de_violencia/tipos_de_violencia.html) acesso em: 20 out. 2006.
2. ALVES PM, CAVALCANTI AL. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico. Uma revisão de literatura. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, 9(3/4):29-35, 2003.
3. BRASIL. *Lei nº 8.069*, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 13 jul. 1990.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 96 p. ilus. Série Cadernos de Atenção básica (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 8, 131). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia\\_intrafamiliar8.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar8.pdf)> Acesso em: 15 set. 2006.
5. CAIRNS AM, MOK JYQ, WELBURY RR. Injuries to head, face and neck in physically abused children in a community setting. *Int. J. of Paediatr. Dent.*, 5(5):310-18, 2005.
6. CARVALHO ACR, GARRIDO LC, BARROS SG, ALVES AC. Abuso e negligência: estudo na delegacia de repressão aos crimes contra a criança e adolescente. *J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê*, 4(18):117-123, 2001.
7. CAVALCANTI AL. Child abuse: oral manifestations and their recognition by dentists. *Rev. Odontol. UNICID*, 15(2):123-128, 2003a.
8. CAVALCANTI AL. Manifestações físicas do abuso infantil: aspectos de interesse odontológico. *Rev. Paul. Odontol.*, 25(5):16-19, 2003b.
9. CAVALCANTI AL. *Maus-tratos Infantis. Guia de Orientação para profissionais de saúde*. João Pessoa: Idéia, 2001.
10. CAVALCANTI AL, VALENÇA AMG, DUARTE R. O odontopediatra diante dos maus-tratos infantis - diagnóstico e conduta. *J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebe*, 3(16):451-455, 2000.
11. CHAIM LAF, DARUGE E, GONÇALVES RJ. Maus-tratos Infantis: Avaliação da Capacidade de Diagnóstico dos Cirurgiões-dentistas. *Rev. APCD*, 58 (1):42-46, 2004.
12. CHAVESAMB, FEITOSASH, MOREIRA PVL, SOUSAAS, ROSENBLATT A. Avaliação dos fatores relacionados a maus-tratos a crianças e adolescentes. *J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebe*, 6 (32):303-309, jul./ago. 2003.
13. DARUGE E, CHAIM LAF, GONÇALVES RJ. *Criança maltratada e a odontologia – Conduta, percepção e perspectivas*. Medcenter.com Odontologia. jul, 2000. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=117&idesp=13&ler=s>> Acesso em 06 set. 2006.
14. GURGEL CAS, CARVALHO ACR, BARROS SG, ALVES AL. Maus-tratos contra crianças: atitudes e percepção do cirurgião-dentista. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.*, 1(2):23-28, 2001.
15. GUTMANN ME, SOLOMON ES. Family Violence Content in Dental Hygiene Curricula: A National Survey. *J. Dent. Educ.*, 66(9):999-1005, 2002.

16. JESSE, SA. Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: a hospital survey. *J. Dent. Child.*, 62(4):245-249, 1995.
17. JESSE, SA. Reporting Child Maltreatment: Dentistry's Ethical Responsibility. *Tex. Dent. J.*, 117(10):36-40, 2000.
18. LUDWIG S. Abuso infantil. In: FLEISHER, G.R.; LUDWIG, S.; SILVERMAN, BK *Compêndio de Pediatria de Urgência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
19. MORAES-CALDAS I, AFONSO A, MAGALHÃES T. Os Maus-tratos físicos em Crianças e Jovens: uma Perspectiva Médico Dentária. *JBC J. Bras. Clin. Odontol. Integr.*, 6(34):340-344, 2002.
20. MOUDEN LD. The Dentists Role in Detecting and Reporting Abuse. *Quint. Int.*, 29(9):452-455, 1998.
21. MOURA DPS, TOLEDO AO, BESERRA ACB. Reconhecimento de crianças vítimas de Maus-tratos – Responsabilidade do odontopediatra *J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebe*, 3(14):318-322, 2000.
22. RAMOS-GOMES F, ROTHMAN D, BLAIN S. Knowledge and attitudes among California dental care providers regarding child abuse and neglect. *J. Am. Dent. Assoc.*, 129(3):340-348, 1998.
23. SILVA PFRM et al. Responsabilidade legal do cirurgião-dentista diante de maus-tratos infantis. *Rev. ABO Nac.*, 13 (6, supl.1): 95, 2006.
24. SILVEIRA JLG, MAYRINK S, NÉTTO OBS. Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau-SC. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin, Integr.*, 5(2):119-126, 2005.
25. SOCIEDADE BRASIELIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA. 23ª, REUNIÃO ANUAL. *Anais. Brazilian oral Research.*, São Paulo, v20: supl. 1, 2006. FERREIRA JMS, VALENÇAAMG, PIRES LB, MEDEIROS LADM, SARAIVA AVPV. Maus-tratos infantis: estudo em Conselhos Tutelares do município de João Pessoa (2004-2005).
26. VIJAY J, MESSERT LB, ARORAR, FUNG S, HATZIS E, NGUYEN T, et al. Child abuse and dentistry: A study of knowledge and attitudes among dentists in Victoria, Australia. *Aust. Dent. J.*, 44 (4):259-267, 1999.

**CORRESPONDÊNCIA**  
**Correspon dence**

Cristina Coeli Leite Pontes  
R. Francisco Brandão, 731 - Apto. 701 - Manaira  
58038-520 João Pessoa - Paraíba - Brasil

**E-mail**  
cristina\_coeli@hotmail.com  
rebrasa@ccs.ufpb.br