

## Maus-tratos infantis: estudo nos conselhos tutelares do município de João Pessoa no período de 2004 a 2005

Jainara Maria Soares FERREIRA<sup>a</sup>, Swelen Silva CYSNE<sup>b</sup>, Livia Brocos PIRES<sup>c</sup>,  
Luanna Abílio Diniz Melquíades MEDEIROS<sup>c</sup>, Ana Maria Gondim VALENÇA<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Clínica e Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, UFPB, 58051-900 João Pessoa - PB, Brasil

<sup>b</sup>Graduanda de Odontologia, Faculdade de Odontologia, UFPB, 58051-900 João Pessoa - PB, Brasil

<sup>c</sup>Cirurgiã-dentista pela Faculdade de Odontologia, UFPB, 58051-900 João Pessoa - PB, Brasil

Ferreira JMS, Cysne SS, Pires LB, Medeiros LADM, Valença AMG. Child abuse: study in advice tutorings of João Pessoa (2004-2005). Rev Odontol UNESP. 2007; 36(3):237-241.

**Resumo:** Este trabalho teve o objetivo de avaliar as ocorrências de maus-tratos infantis (MTIs) nos Conselhos Tutelares (CTs) de João Pessoa, PB, no período de 2004 a 2005. Para este estudo retrospectivo, de abordagem indutiva e observação indireta, 1829 ocorrências referentes aos MTIs disponíveis compuseram a amostra no momento de registro das informações. A coleta de dados foi realizada por quatro pesquisadoras previamente treinadas, mediante o preenchimento de uma ficha elaborada para o estudo. Avaliou-se a idade e o gênero das vítimas; a autoria da denúncia e da agressão; o lugar em que ocorreu a agressão; o local do corpo que sofreu a agressão; o tipo de abuso infantil; os sinais de MTIs; e a presença de lesões orais. Os dados foram analisados descritivamente. O MTI mais comum foi a negligência (65,3%), seguido de abuso psicológico (31,0%), abuso físico (20,0%) e abuso sexual (3,4%). As denúncias mencionaram o gênero masculino (52,2%) e a faixa etária de 0 a 3 anos (35,8%) como os mais acometidos pelos MTIs, sendo a mãe a principal autora das denúncias (30,5%) e das agressões (42,1%), e o local mais freqüente foi a casa da vítima (26,1%). Houve registro de agressão física na região da cabeça e do pescoço em 2,1% dos casos, equimose em 1,3% e lesões orais em 0,1%. Duas ocorrências de participação do cirurgião-dentista em denúncias foram registradas durante o período estudado (0,1%). Conclui-se que a negligência é a forma mais prevalente de MTIs registrados nos CTs de João Pessoa no período de 2004 a 2005, havendo mínima participação do cirurgião-dentista em relação às denúncias de MTIs.

**Palavras-chave:** *Violência; criança; abuso infantil.*

**Abstract:** This retrospective study evaluated the cases of alleged child abuse (CA) in Advice Tutorings (ATs) in João Pessoa, PB, in the period from 2004 to 2005, using an inductive approach and indirect observation. The sample was composed of 1829 alleged cases found in the ATs at the time when the information was recorded. The data was collected by four researchers, previously calibrated, using a form specifically designed for this study. The following data was recorded: the age and gender of the victims; the identification of the persons making the accusation and of the accused; the place where the aggression is said to have occurred; the part of the body that suffered the aggression; the type of child abuse; signs of CA and presence of oral lesions. The data were analyzed by descriptive statistics. The most common form of CA was neglect (65.3%), followed by psychological (31.0%), physical (20.0%) and sexual (3.4%) abuse. Males accounted for just over half (52.2%) of the alleged abusers and CA was most frequently found in the 0-3 years age group (35.8%). The mother was both the main accuser (42.1%) and the person most often accused (30.5%) of the aggression, and the most frequent place of the CA was the victim's home (26.1%). There was physical abuse reported in the area of the head or neck in 2.1% of the cases, ecchymosis in 1.3% and oral lesions in 0.1%. In two cases (0.1%) the denunciation of CA was

made by the dentist. In conclusion, the neglect is the most prevalent form of CA recorded in ATs in João Pessoa from 2004 to 2005, and there was little participation on the part of dentists in the denunciations to the ATs.

**Keywords:** *Violence; child; child abuse.*

## Introdução

A violência doméstica e o abandono de crianças ameaçam o seu bem-estar físico e mental, sendo considerados problemas atuais da sociedade brasileira<sup>5</sup>.

De acordo com o Ministério da Saúde<sup>16</sup>, os maus-tratos na infância são entendidos como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento infantil.

O cirurgião-dentista se encontra em situação privilegiada em relação à detecção desse tipo de violência<sup>1,11,14,17</sup>, uma vez que elevado percentual de injúrias ocorre na região da cabeça e do pescoço<sup>3,8,10,12</sup>.

Este profissional possui obrigação ética, legal e moral de notificar os casos potencialmente suspeitos de maus-tratos, resguardando assim a criança de ocorrências futuras, que poderão levá-la ao óbito<sup>6,13,15</sup>. No Brasil, a lei federal nº 8.069/90, do Estatuto da Criança e do Adolescente, artigos 13 e 245, discorre sobre a obrigação do profissional da saúde em denunciar casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra a criança e o adolescente ao Conselho Tutelar local.

O diagnóstico do abuso infantil baseia-se no reconhecimento de indicadores comportamentais e dos sinais e sintomas físicos comuns em crianças abusadas e negligenciadas<sup>4</sup>. O diagnóstico é iniciado quando o paciente entra no consultório odontológico onde devem ser observadas, atenciosamente, pelo profissional a aparência geral da criança, sua marcha, suas vestimentas e a interação com os pais<sup>6</sup>.

No que se refere aos dados epidemiológicos, a literatura<sup>4,7,9,12,18,19</sup> indica grande prevalência de maus-tratos infantis.

Estudos sobre a ocorrência de maus-tratos contra a criança possuem grande relevância social, uma vez que alertam o cirurgião-dentista, os profissionais da saúde e a população em geral para detecção e combate dessa realidade, buscando assim melhorias na qualidade de vida da população infantil.

Face ao exposto, o objetivo deste trabalho foi avaliar as ocorrências de maus-tratos infantis nos Conselhos Tutelares de João Pessoa, PB, no período de 2004 a 2005.

## Material e método

O estudo foi retrospectivo de abordagem indutiva e observação indireta, do tipo estatístico descritivo. A coleta de dados, para esta pesquisa, foi realizada por quatro pesquisadoras previamente treinadas, mediante o preenchimento

de uma ficha elaborada para o estudo (Quadro 1), a partir das ocorrências registradas nos Conselhos Tutelares de João Pessoa – PB (Região Norte, Sul, Sudeste e Mangabeira), com crianças de 0 a 12 anos no período compreendido entre os

**Quadro 1.** Ficha elaborada para o estudo. João Pessoa/PB, 2006

1. Idade: _____	2. Gênero: _____
3. Autor da denúncia:	
<input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão <input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Padrastos <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Outros familiares <input type="checkbox"/> Vizinhos <input type="checkbox"/> Professores <input type="checkbox"/> Cirurgião-dentista <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sem resposta	
4. Autor da agressão:	
<input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão <input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Padrastos <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Outros familiares <input type="checkbox"/> Vizinhos <input type="checkbox"/> Professores <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sem resposta	
5. Horário da agressão:	
<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite <input type="checkbox"/> Sem resposta	
6. Lugar da agressão:	
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Rua <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Sem resposta	
7. Local do corpo:	
<input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Tronco/membros superiores <input type="checkbox"/> Membros inferiores <input type="checkbox"/> Sem resposta	
8. Tipo de abuso infantil:	
<input type="checkbox"/> Físicos <input type="checkbox"/> Psicológicos <input type="checkbox"/> Sexuais <input type="checkbox"/> Negligência <input type="checkbox"/> Sem resposta	
9. Sinais de maus-tratos infantis encontrados:	
<input type="checkbox"/> Sem resposta <input type="checkbox"/> Contusões <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Abrasões <input type="checkbox"/> Fraturas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Edemas <input type="checkbox"/> Queimaduras <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Agressividade ou timidez extremas <input type="checkbox"/> Desenvolvimento de tiques <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Condiloma oral <input type="checkbox"/> Petéquias palatinas <input type="checkbox"/> Herpes labial <input type="checkbox"/> Gonorréia oral <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Má condição de saúde bucal (gingivite, alta atividade de cárie) <input type="checkbox"/> Outros _____	
10. Lesões na cavidade bucal:	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem resposta Em caso afirmativo, <input type="checkbox"/> Tecido mole <input type="checkbox"/> Tecido duro	

anos de 2004 e 2005. Ocorrências cujas conclusões referiam-se à inexistência de sinais e/ou lesões de maus-tratos infantis foram excluídas do estudo.

A classificação do tipo de abuso infantil seguiu as especificações da ABRAPIA<sup>2</sup>, como segue abaixo:

- A violência física foi considerada como uso da força ou atos de omissão praticados pelos pais/responsáveis, com o objetivo claro ou não de ferir, podendo causar marcas evidentes, sendo comuns relatos de murros e tapas, agressões com diversos objetos e queimaduras causadas por objetos ou líquidos quentes;
- A violência psicológica foi analisada como rejeição, deprecição, discriminação, desrespeito e punições exageradas;
- A negligência foi avaliada como ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento;
- A violência sexual foi considerada como abuso de poder em que a criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto, sendo induzido ou forçado a práticas sexuais com ou sem violência física.

## Resultado

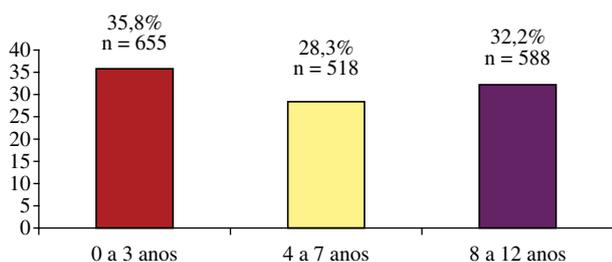
Compuseram a amostra 1.829 ocorrências referentes a maus-tratos infantis nos Conselhos Tutelares pesquisados. A faixa etária mais acometida pela violência infantil foi de 0 a 3 anos (35,8%), seguida de 8 a 12 anos (32,2%) e de 4 a 7 anos (28,3%). Não foi referida a faixa etária em 68 ocorrências (3,7%) (Figura 1).

Em relação ao gênero, 52,2% das crianças pertenciam ao gênero masculino e 45,9% ao gênero feminino. Não foi registrado o gênero em 36 ocorrências (2%).

A distribuição da autoria da denúncia e da agressão podem ser evidenciadas nas Tabelas 1 e 2.

A Figura 2 exibe a ocorrência dos maus-tratos infantis registrados nos Conselhos Tutelares de João Pessoa.

O horário de agressão, registrado mais frequentemente, foi à noite (3,6%), no total de 66 ocorrências; em seguida à tarde, com 0,9% (n = 16) e, pela manhã, 0,7% (n = 12). A



**Figura 1.** Gráfico da distribuição por idade das ocorrências registradas. João Pessoa/PB, 2006.

associação dos horários ocorreu em 1,9% dos casos (n = 35). Na maior parte das ocorrências o horário da agressão não foi referido (92,9%, n = 1.700).

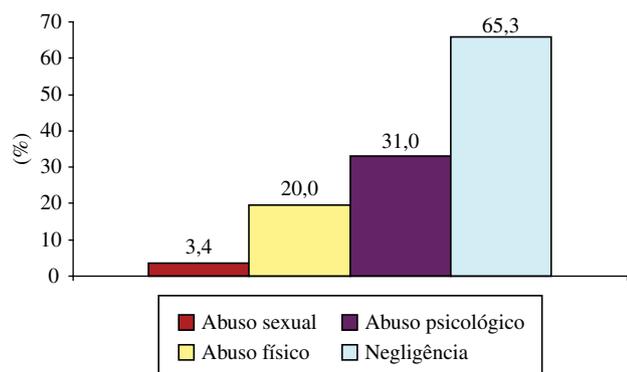
A maioria das agressões ocorreu em casa (26,1%, n = 478), em seguida, na rua (7,1%, n = 129) e na escola (3,1%, n = 56). Houve registro de mais de um local em 19 casos (1%). Além disso, outros locais foram referidos em 27 casos (1,5%).

**Tabela 1.** Distribuição da autoria da denúncia de maus-tratos infantis nos Conselhos Tutelares. João Pessoa/PB, 2006

Autor da denúncia	n	%
Sem resposta	365	20
Pais	11	0,6
Pai	319	17,4
Mãe	557	30,5
Irmão	13	0,7
Avós	168	9,2
Padrasto	3	0,2
Madrasta	3	0,2
Outros familiares	83	4,5
Mais de um familiar	10	0,5
Vizinhos	97	5,3
Professores	8	0,4
Cirurgião-dentista	2	0,1
Médico	5	0,3
Outros	185	10,1
Total	1829	100

**Tabela 2.** Distribuição da autoria da agressão dos maus-tratos infantis nos Conselhos Tutelares. João Pessoa/PB, 2006

Autor da agressão	n	%
Sem resposta	33	1,8
Pais	237	13,0
Pai	560	30,6
Mãe	770	42,1
Irmão	6	0,3
Avós	40	2,2
Madrasta	17	0,9
Padrasto	16	0,9
Padrastos	3	0,2
Outros familiares	19	1,0
Mais de um familiar	30	1,6
Vizinhos	23	1,3
Professores	4	0,2
Outros	71	3,9
Total	1829	100



**Figura 2.** Gráfico da distribuição de ocorrência dos maus-tratos infantis registrados nos Conselhos Tutelares. João Pessoa/PB, 2006. Foi aceito mais de um registro por ocorrência.

Em relação à ocorrência do abuso físico, os locais do corpo mais acometidos foram a cabeça e o pescoço (2,1%, n = 38), seguidos do tronco e dos membros superiores (1,1%, n = 20) e membros inferiores (0,4%, n = 8). Houve a associação desses elementos em 14 casos (0,8%). Em 1749 ocorrências não havia referência ao local afetado do corpo da criança.

Houve relatos de sinais de maus-tratos encontrados nas crianças em 3,5% dos casos (n = 64). Desses, relatou-se equimose (1,3%, n = 23), escoriação (0,6%, n = 11), edema (0,1%, n = 2), queimadura (0,2%, n = 3), bem como associação desses em 0,2% dos casos (n = 4). Houve ainda registros de má condição de higiene bucal em 2 casos (0,1%) e agressividade ou timidez extrema em 6 casos (0,3%). Outros sinais foram encontrados em 13 casos (0,7%). Lesões orais em palato duro foram relatadas em 2 casos (0,1%).

## Discussão

Pode-se verificar que 52,2% das crianças pertenciam ao gênero masculino e 45,9% ao gênero feminino, não havendo diferença significativa. Já Cavalcanti<sup>7</sup>, em João Pessoa, observou uma maior prevalência de maus-tratos no gênero feminino (65,5%) por meio da análise de 5979 laudos de exames de corpo de delito do departamento médico legal. Por sua vez, Valença, Abreu<sup>19</sup> ao verificarem 84 ocorrências de maus-tratos registradas em Conselho Tutelar do Rio de Janeiro, obtiveram prevalência do gênero feminino em 56%.

Em relação à faixa etária das crianças acometidas pelo abuso infantil (Figura 1), evidenciou-se que as crianças mais jovens (0 a 7 anos) foram mais afetadas (64,1%). Estes achados corroboram com o estudo de Chaves et al.<sup>9</sup> ao avaliarem 118 ocorrências de maus-tratos em Conselho Tutelar de João Pessoa, em que 57,6% dos casos representaram crianças de 0 a 7 anos, e com o estudo de Jessee<sup>12</sup> ao observarem que 74,8% dos 266 casos suspeitos de abuso infantil em ambiente hospitalar correspondiam a crianças menores de 3 anos de

idade. Esse resultado reflete, provavelmente, a dificuldade de crianças mais jovens procurarem ajuda.

No presente estudo, a mãe foi a principal autora da denúncia (30,5%) (Tabela 1). Chaves et al.<sup>9</sup> obtiveram maior prevalência de denúncias envolvendo outros familiares da vítima (20,3%). Vale ressaltar que houve apenas duas denúncias de cirurgiões-dentistas (0,1%) em nosso trabalho, o que indica uma necessidade de conscientização da classe odontológica sobre sua obrigação ética, legal e moral da notificação de casos potencialmente suspeitos de maus-tratos aos Conselhos Tutelares.

Verifica-se, por meio da Tabela 2, que a mãe foi a principal autora da agressão (42,1%), e o local mais freqüente foi a casa da vítima (26,1%). Esses resultados foram semelhantes aos do estudo de Chaves et al.<sup>9</sup>, referindo a autoria da mãe em 61,9% das ocorrências, e o de Cavalcanti<sup>7</sup> que afirma ser a casa da vítima (40,4%) o local mais prevalente. As conseqüências desses fatos podem gerar danos psicológicos duradouros, como agressividade ou timidez extrema, atitudes anti-sociais destrutivas, compulsivas e desenvolvimento de tiques<sup>11</sup>.

O horário noturno foi registrado como mais freqüente (3,6%) em nosso estudo. Esse fato também foi observado por Cavalcanti<sup>7</sup> em 44,4% dos casos.

No que concerne aos tipos de maus-tratos contra a criança, a Figura 3 mostra a maior prevalência de negligência (65,3%), seguida de abuso psicológico (31,0%), abuso físico (20%) e abuso sexual (3,4%). Esses resultados diferem do estudo de Carvalho et al.<sup>4</sup>, que obtiveram prevalência de 50,7% de abuso físico e 3,4% de negligência ao avaliarem 337 ocorrências de uma Delegacia de repressão aos crimes contra a criança e o adolescente em Salvador, e se assemelham ao estudo de Chaves et al.<sup>9</sup>, que estudaram 118 ocorrências de maus-tratos em Conselho Tutelar, obtendo a seguinte casuística: a negligência (34,7%), o abuso físico (25,4%), o abuso psicológico (6,8%) e o abuso sexual (8,5%).

Quando da ocorrência do abuso físico, os locais do corpo mais acometidos foram a cabeça e o pescoço (2,1%, n = 38). Jessee<sup>12</sup>, no Texas; Cavalcanti<sup>7</sup>, em João Pessoa; Valença, Abreu<sup>19</sup>, no Rio de Janeiro; e Silveira et al.<sup>18</sup>, em Santa Catarina também verificaram maior freqüência da ocorrência de maus-tratos nessa região em 66,2, 60,9, 22,6 e 44% dos casos, respectivamente. Um aspecto interessante diz respeito aos sinais de maus-tratos encontrados, onde a equimose (1,3%, n = 23) e a escoriação (0,6%, n = 11) foram os mais relatados. Cavalcanti<sup>7</sup> e Silveira et al.<sup>18</sup> também observaram maior prevalência de equimoses e escoriações.

Vale ressaltar a existência de elevado percentual de respostas em branco de itens como horário de agressão e região do corpo violentada, devido à inexistência desses itens específicos no formulário dos Conselhos Tutelares pesquisados. Este fato pode ser justificado pelas funções do Conselho Tutelar, que possui como atribuições receber

a notificação, analisar a procedência dos casos e convocar o agressor, para prestar esclarecimentos sobre os fatos denunciados ou ir in loco verificar o ocorrido com a vítima.

Identificar os casos suspeitos de maus-tratos e notificá-los às autoridades são obrigações dos profissionais que lidam com crianças e adolescentes, especialmente os profissionais de saúde.

Torna-se importante lembrar que o reconhecimento da violência contra a criança não se limita apenas a verificar sua ocorrência, mas sim entender a complexidade que envolve o tema, por esses profissionais que devem estar comprometidos com o bem-estar social e a melhoria da qualidade de vida de seu paciente infantil.

### Conclusão

Mediante a literatura consultada e de acordo com os dados obtidos no presente estudo, é lícito concluir que:

- a mãe foi a principal autora da denúncia e do abuso infantil;
- a violência contra a criança ocorreu mais comumente em casa;
- a negligência foi a forma mais prevalente do abuso infantil;
- houve mínima participação do cirurgião-dentista em relação às denúncias aos Conselhos Tutelares de João Pessoa.

### Referências

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent*. 2004;26:63-6.
2. Abrapia. Reconhecendo os diferentes tipos de violência [citado 2005 Out 20]. 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)
3. Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. Injuries to head, face and neck in physically abused children in a community setting. *Int J Paediatr Dent*. 2005;15:310-8.
4. Carvalho ACR, Garrido LC, Barros SG, Alves AC. Abuso e negligência: estudo na delegacia de repressão aos crimes contra a criança e adolescente. *JBP: J Bras Odontopediatr Odontol Bebe*. 2001;4(18):117-23.
5. Cavalcanti AL, Valença AMG, Duarte RO. Odontopediatra diante dos maus-tratos infantis - diagnóstico e conduta. *JBP: J Bras Odontopediatr Odontol Bebe*. 2000;3(16):451-5.
6. Cavalcanti AL. Abuso infantil: protocolo de atendimento odontológico. *Rev Bras Odontol*. 2001;58:378-80.
7. Cavalcanti AL. Prevalência, características e manifestações bucais de maus-tratos físicos em crianças e adolescentes na região metropolitana de João Pessoa-PB [tese doutorado]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2002.
8. Chaim LAF, Daruge E, Gonçalves RJ. Maus-tratos infantis: avaliação da capacidade de diagnóstico dos cirurgiões-dentistas. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2004;58(1):42-6.
9. Chaves AMB, Feitosa SH, Moreira PVL, Sousa AS, Rosenblatt A. Avaliação dos fatores relacionados a maus-tratos a crianças e adolescentes. *JBP: J Bras Odontopediatr Odontol Bebe*. 2003;6(32):303-9.
10. Gutmann ME, Solomon ES. Family violence content in dental hygiene curricula: a national survey. *J Dent Educ*. 2002;66:999-1005.
11. Jessee SA. Behavioral indicators of child maltreatment. *J Dent Child*. 1999;66:17-22.
12. Jessee SA. Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: a hospital survey. *J Dent Child*. 1995;62:245-9.
13. Jessee SA, Martin RE. Child abuse and neglect: assessment of dental students' attitudes and knowledge. *J Dent Child*. 1998;65:21-4.
14. Marques CR, Colares VA. Identificação do abuso infantil pelo odontopediatra. *J. Bras. Odonto-Psicol Pacientes Espec*. 2003;1:512-5.
15. Mouden DL. The dentist's role in detecting and reporting abuse. *Quintessence Int*. 1998;29:452-5.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar orientações para prática em serviço. Brasília; 2002. *Cadernos de Atenção Básica*, 2002; 8.
17. Persaud DI, Squires J. Abuse detection in dental environment. *Quintessence Int*. 1998;29:459-68.
18. Silveira JLG, Mayrink S, Sousa Netto OB. Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau-SC. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2005;5:119-26.
19. Valença AMG, Abreu FV. Prevalence and characteristics of child and adolescent abuse. *J Dent Res*. 1999;78:993.

