



VALÉRIA FERNANDES MARANHÃO

**PREVALÊNCIA DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES, OCORRIDOS NA CIDADE DO RECIFE.**

Recife

2005

VALÉRIA FERNANDES MARANHÃO

**PREVALÊNCIA DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES, OCORRIDOS NA CIDADE DO RECIFE.**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado em Odontologia, com área de concentração em Clínica Integrada, Departamento de Prótese e Cirurgia Buco-Facial, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Josimário João da Silva

Co-orientador: Prof. Dr. Geraldo Bosco Lindoso Couto

**Recife
2005**

Maranhão, Valéria Fernandes

Prevalência de maus-tratos em crianças e adolescentes, ocorridos na cidade do Recife. – Recife : O Autor, 2005.

63 folhas : il., fig., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Odontologia, 2005.

Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Epidemiologia – Saúde preventiva. 2. Crianças e adolescentes – Maus-tratos – Tipos de agressões. 3. Vítimas de violência – Profissional de odontologia – Conhecimento da causa I. Título.

**616.314:343.62 CDU (2.ed.)
617.609 CDD (22.ed.)**

**UFPE
BC2005-428**

Ata da 46ª Defesa de Dissertação do Curso de Mestrado em Odontologia do Departamento de Prótese e Cirurgia Buco- Facial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 05 de maio de 2005.

Às 8:30(oito horas e trinta minutos) do dia 05 do mês de maio do ano de dois mil e cinco, reuniram-se na sala "A" do Curso de Pós Graduação em Odontologia do Departamento de Prótese e Cirurgia Buco -Facial da UFPE, os membros da Banca Examinadora, composta pelos professores: Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro - UFPE, atuando como (presidente), Profa. Dra. Margarida Maria Pontes de Carvalho – UFPB, atuando como primeiro examinador, Profa.Dra. Márcia Maria Vendiciano Barbosa Vasconcelos - UFPE, atuando como segundo examinador, para julgar o trabalho intitulado “ **PREVALÊNCIA DE MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, OCORRIDOS NA CIDADE DO RECIFE**”, da CD VALERIA FERNANDES MARANHÃO, candidata ao Grau de Mestre em Odontologia, na Área de Concentração em CLÍNICA INTEGRADA, sob orientação da prof. Dr. JOSIMARIO JOÃO DA SILVA e Co-orientação do Prof.Dr. GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO. Dando início aos trabalhos O Coordenador do Programa de Pós Graduação em Odontologia Prof. Dr. Geraldo Bosco Lindoso Couto, fez a abertura dos trabalhos convidando os senhores membros para compor a Banca Examinadora, em seguida foram entregues aos presentes cópias do Regimento Interno do Curso de Mestrado em Odontologia, que trata dos critérios de avaliação para julgamento da Dissertação de Mestrado. O presidente da mesa após tomar posse dos trabalhos e conferir os membros convidou a mestranda, VALERIA FERNANDES MARANHÃO, para expor sobre o aludido tema, tendo sido concedido trinta minutos. A candidata expôs o trabalho e em seguida colocou-se a disposição dos Examinadores para arguição. Após o término da arguição os Examinadores se reuniram em secreto para deliberações formais. Ao término da discussão, atribuíram a candidata os seguintes conceitos: Profa. Dra. Margarida Maria Pontes de Carvalho - UFPB (**Aprovada**), Profa.Dra. Márcia Maria Vendiciano Barbosa Vasconcelos (**Aprovada**), Prof.Dr. José Thadeu Pinheiro (**Aprovada**) a candidata recebeu três conceitos (**Aprovada**) é considerada (**Aprovada Por mérito e decisão unânime da Banca Examinadora foi Aprovado com distinção**), devendo a candidata acatar as sugestões da Banca Examinadora de acordo com o Regimento Interno do Curso. Face a aprovação, fica a candidata, apta a receber o Grau de Mestre

Confere com o original

Em 18/10/2005



Ozicleire Sena de Araújo
Secretária do Programa de Pós
Graduação em Odontologia
SIAPE - 11333995

em Odontologia, cabendo a UFPE através de sua Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação, tomar as providências cabíveis para os devidos fins. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente da Banca Examinadora encerrou a sessão e para constar eu, Oziclere Sena de Araújo Silva, lavrei a presente Ata que vai por mim assinada, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pela recém formada mestre pela UFPE, VALERIA FERNANDES MARANHÃO.

Oziclere Sena de Araújo Silva
Recife, 05 de maio de 2005

Recife, 05 de maio de 2005.

[Assinatura]
Prof. Dr. JOSE THADEU PINHEIRO - UFPE
Presidente

[Assinatura]
Prof. Dra. MARGARIDA MARIA PONTES DE CARVALHO - UFPB
1º Examinador

[Assinatura]
Prof. Dra. MARCIA MARIA VENCICIANO BARBOSA VASCONCELOS - UFPE
2º Examinador

Confere com o original

Em 28/08/2005

[Assinatura]

Oziclere Sena de Araújo
Secretária do Programa de Pós
Graduação em Odontologia
SIAPE - 11333995

Dedico este trabalho, primeiramente, a DEUS que iluminou meus passos durante toda minha trajetória, nos momentos de transtorno deu-me serenidade e força para continuar.

À minha mãe que me ensinou a superar todos os obstáculos e chegar até este momento.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Josimário João da Silva, por toda a colaboração.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Geraldo Bosco Lindoso Couto, pela contribuição, sendo mais que um professor, em alguns momentos fazendo o papel de um pai, duro nas horas certas, e carinhoso nos momentos difíceis.

Às minhas amigas Márcia Vasconcelos, Paula Andréa, Alice Kelly, Jônia Antunes e, em especial à Kátia Botelho, minha maior incentivadora para realização do mestrado. A vocês, que em todos os momentos ajudaram-me, e apoiaram-me no transcorrer da pesquisa.

A Luiz Tenório meu namorado que pacientemente superou minhas ausências e meu estresse, ao amigo Elano Lorenzato que pela sua amizade incansavelmente colaborou na realização dos meus trabalhos sempre carinhosamente.

À professora Renata Cimões pela ajuda.

Ao Serviço de Assistência Social do Hospital da Restauração em especial a Assistente Social Catarina.

Ao coordenador do IV Distrito Sanitário Cirurgião-Dentista, Antônio Carlos.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

“E, me fala de coisas bonitas.

Que eu acredito e não deixarão de existir

Amizade, palavra, respeito, caráter,

Bondade, alegria e amor.

Pois não posso, não devo, não quero.

Viver como toda essa gente que insiste em viver

E não posso aceitar sossegado

Qualquer sacanagem ser coisa normal”.

Milton Nascimento e Fernando Brant.

RESUMO

O objetivo da presente pesquisa foi determinar a prevalência de maus-tratos ocorridos em crianças e adolescentes na cidade do Recife, notificados no Hospital da Restauração, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2004. Uma amostra de 965 prontuários foi avaliada para determinar dados sócio-demográficos da vítima, além de tipo de abuso, local da lesão, e a necessidade de internamento. Os dados coletados referentes ao agressor foram: idade, sexo, grau de parentesco com a vítima e se o agressor exercia algum tipo de ocupação. A prevalência de maus-tratos observada na amostra foi de 38,6%, sendo que todos os tipos de abusos foram mais freqüentes nas meninas (50,7%). Os maus-tratos físicos foram os mais encontrados (58,3%), seguidos de negligência (37,4%) e abuso sexual (3,2%). Do total de lesões 25,8% envolvia cabeça, seguido de lesões sistêmicas (17,6%) e face (9,5%). Em 90% dos casos, as vítimas foram internadas. Segundo a causa da lesão, arma de fogo foi o agente mais freqüente (24,6%). Quanto ao grau de parentesco vítima/agressor, a mãe biológica foi a maior responsável com 40%, seguido de estranhos (31,8%) e pai (9,2%). Os resultados dessa pesquisa mostraram que a prevalência de crianças vítimas de maus-tratos atendidas no Hospital da Restauração é alarmante. A falta de informação estatística e epidemiológica sobre o mau-trato infantil é conseqüência, em parte, da falta de notificação. Notificar tem valor importante no processo que visa diminuir as atitudes e os comportamentos violentos por parte de qualquer agressor, e que assegura a integridade da criança e do adolescente vitimizados.

O segundo objetivo deste trabalho foi avaliar o grau de conhecimento dos Cirurgiões Dentistas e Estudantes de Odontologia com relação à violência infantil. Foi constatado que existe o conhecimento, mas poucos tinham consciência da importância sobre o tema.

Palavras Chaves: Maus-tratos Infantis – Abuso Físico – Violência Infantil

ABSTRACT

The aim of the present study was to verify the prevalence of children and adolescent's abuse in the city of Recife – Brasil notified at the Hospital da Restauração, in the period between January of 2003 and December of 2004. 965 records were assessed to verify socio-demographic data of the victim, kind of abuse, part of the body injured and hospitalization need. The collected data about the aggressor were: age, sex, kind ship with the victim and if the person was employed or not. The prevalence of abuse in the subjects was 38,6%. All kind of abuse was more frequent with girls (50,7%). Physical aggression was more frequent (58,3%), followed by negligence (37,4%) and sexual abuse (3,2%). Of all bodily harms, 25,8% involved the head, 17,6% was systemic injury and 9,5% was at the face. 90% of the victims were hospitalized and fire guns were the most frequently used (24,6%). The biologic mother was the aggressor in 40% of the cases, followed by strangers (31,8%) and the father (9,2%). The results of the study showed that the prevalence of children victims of abuse in this group is alarming. The lack of epidemiologic information about children's abuse is, in part, consequence of the absence of notification. Notifying is important to avoid the violent behavior of the aggressor and to ensure the integrity of the victim. The second aim of this study was to verify the knowledge about child abuse from dentists and graduate students. It was verified that they know about it but they don't know the importance of the subject.

Key Words: Child abuse – Physical abuse – Violence Child

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 Direitos da Criança e do Adolescente	19
2.2 Violência: uma realidade social	21
2.3 Grau de conhecimento dos Profissionais e a importância da notificação	26
3 OBJETIVOS	30
3.1 Objetivo Geral	30
3.2 Objetivos Específicos	30
4 MATERIAIS E MÉTODOS	32
4.1 Locais do Estudo	32
4.2 Universo	32
4.3 Amostra	32
4.4 Desenho do Estudo	34
4.5 Fase Descritiva	35
4.6 Análise Estatística	35
4.7 Considerações Éticas	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	37
5.1 Resultados da prevalência de maus-tratos na criança e no adolescente	37
5.2 Resultados referentes ao questionário aplicado aos alunos	40
5.3 Resultados referentes ao questionário aplicado aos Cirurgiões-Dentistas	44
6 CONCLUSÕES	48
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE A	54
APÊNDICE B	55
APÊNDICE C	56
APÊNDICE D	57
ANEXO 1	60
ANEXO 2	61
ANEXO 3	62
ANEXO 4	63
ANEXO 5	64



LISTA DE FIGURAS

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Fluxograma do estudo

34



LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição do número de vítimas de violência, segundo o tipo de abuso.	37
TABELA 2 – Distribuição das vítimas de violência, segundo o local da lesão.	38
TABELA 3 – Distribuição das vítimas de violência, segundo o agente causador da lesão.	39
TABELA 4 – Distribuição das vítimas de violência, segundo o grau de parentesco com o agressor.	39
TABELA 5 – Atitude dos alunos frente a uma criança que apresentasse marcas de espancamento.	41
TABELA 6 – Atitude dos Cirurgiões-Dentistas frente a uma criança que apresentasse marcas de espancamento.	45



INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Define-se o abuso ou maus-tratos pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete danos físico, psicológico ou sexual contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa. Atualmente, a violência infantil é um tema que vem sendo discutido, cada vez mais no Brasil. As grandes desigualdades sócio-culturais da população brasileira são apontadas como principal causa da violência. Menos da metade da população infanto-juvenil vive em lares adequados e apenas 34% desta população que ingressa no ensino básico chega à sua conclusão. Os que não conseguem concluir são oriundos, em sua maioria, de famílias pobres. Deste modo, todos esses aspectos precipitam o crescimento dos diversos tipos de violência, principalmente no ambiente domiciliar (DESLANDES, 1999).

Dados da década de 60 relatam que as mães eram as maiores responsáveis por abuso infantil, porque tinham contato mais constante com os filhos. A partir de 1970 registrou-se um aumento no número de homens envolvidos com abuso infantil. Menção especial foi feita para os padrastos e namorados das mães das crianças. Porém os pais naturais estavam envolvidos em 49% dos casos de abuso infantil (TEM BENSEL, KING, 1975).

A violência contra a criança pode manifestar-se de várias formas. Pode expressar-se através do abuso físico, sexual, emocional e negligência. Uma intervenção pontual poderá interromper o ciclo da violência e evitar a morte da criança ou adolescente. O diagnóstico do abuso infantil baseia-se no reconhecimento de indicadores comportamentais e dos sinais e sintomas físicos comuns às crianças abusadas e negligenciadas. A doutrina da proteção integral, fruto de amplo processo de mobilização política e social é o principal avanço legal

conquistado na história da infância e da juventude brasileira. O Estatuto da criança e adolescente é dirigido a toda a população infanto-juvenil, sem exceção de classe social e raça (DESLANDES, 1997; ABRÁPIA, 1997; MONTEIRO et al, 1999 ECA - ESTATUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE, 2001).

Dessa forma, esta pesquisa teve como objetivo, mostrar a necessidade de verificar os maus-tratos na criança e no adolescente ocorridos na cidade do Recife, tentando abordar os três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário. O primeiro compreende as ações voltadas para a sensibilização dos profissionais de saúde a respeito de medidas preventivas da violência para que possam atuar, no campo da educação e da informação, junto a pessoas, grupos e a comunidade em geral. O nível secundário se refere a formas de identificação, diagnóstico de casos e estratégias de intervenção precoce. Por fim, o terceiro nível corresponde ao atendimento em serviços hospitalares e institucionais - comunitários e organização de serviços de saúde, envolvendo maior grau de complexidade, a fim de adequar a atenção aos casos de violência em termos de tratamento e ou reabilitação.



REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Os Direitos da Criança e do Adolescente.

Segundo Chaim (1995); ABRÁPIA, (1997), a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA - (Lei nº 8.069, de 13/07/1990) teve como objetivo resguardar os direitos e liberdade das crianças e adolescentes perante à Sociedade e ao Estado. O artigo 131 estabelece que o Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei. Identificar maus-tratos e notificá-los às autoridades são obrigações dos profissionais que lidam com crianças e adolescentes e, em especial, dos profissionais de saúde.

O Estatuto da Criança e do Adolescente–ECA (Lei nº 8.069, de 13/07/1990) descreve no seu **ART. 4º** – “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 cultura, à dignidade, o respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”. Já o **ART 5º** afirma que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”. E o **ART. 130** complementa que “verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual imposto pelos pais ou responsável, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum”.

Gomes (1998), em seu estudo, observou que na área de saúde pública faz-se necessário tornar mais visível o que está por trás dos atos violentos para que se possa melhor atuar. Por outro lado, o próprio processo de registro das denúncias traz um maior entendimento sobre a forma como os dados foram obtidos. A análise do encaminhamento das denúncias, após decorrido um tempo, é de fundamental importância para que os Conselhos de Direitos da Infância e os Conselhos Tutelares possam ter um quadro sobre o que vem sendo feito na área dos direitos da infância e nele destacar ações a serem implementadas em face de uma realidade constatada.

Consideramos que, através do cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente e de políticas públicas de assistência à família, meta prioritária na prevenção deste fenômeno social, seja possível abolir os sentimentos de desesperança, abandono, privação e de proteção, simbolizados pela questão crônica das agressões físicas contra a criança e pelo comportamento anti-social e violento desenvolvidos pelos adolescentes. Faz-se necessário uma proposta interdisciplinar de prevenção através do desenvolvimento de políticas públicas que propiciem, informação e educação, proteção familiar e social, assistência médica psicológica às crianças e adolescentes vitimizados, possibilitando seu desenvolvimento mental e emocional saudáveis; assistência à saúde mental das famílias em sofrimento, visando curar as seqüelas psicológicas; e a implantação de um programa interdisciplinar direcionado ao atendimento a alcoolistas, dependentes químicos, desempregados e desajustados sociais (MONTEIRO et al, 1999).

2.2 Violência: uma realidade social

Para Santana (2003) os conceitos formulados para maus-tratos, abuso ou violência contra a criança e o adolescente são inegáveis e influenciados por valores históricos, culturais e científicos da sociedade. Tais fatores são responsáveis por legitimar ou condenar a violência dentro de uma sociedade específica, mas, em geral, há um consenso de que a sociedade nunca aceita como um comportamento social e, sim como um fator contrário ao bem estar. A criança vítima de maus-tratos físicos é geralmente identificada pelo exame clínico e complementar efetuados pelo profissional de saúde. Em geral, a criança ou adolescente pode apresentar a pele com equimoses, escoriações, hematomas e queimaduras. O segundo local do corpo mais comum em lesões por violência é o esqueleto, principalmente o crânio e os ossos longos. O sistema nervoso central é o terceiro local mais acometido, sendo as lesões de crânio a grande causa de morbidade e mortalidade.

Cariola (1995) define violência física como castigos corporais que resultam em ferimentos, aplicados usualmente com correias, chicotes, fios de ferro, fivelas de cintos, ripas de madeira, socos, pontapés, mordidas, arremesso do corpo da criança, e ainda queimaduras com cigarro, ferro e água fervendo.

Segundo Minayo (2002) negligência representa uma omissão em relação às obrigações da família e da sociedade de proverem as necessidades físicas e emocionais de uma criança. Expressam-se na falta de alimentos, de vestimentas, de cuidados escolares e com a saúde, quando as falhas não são os resultados de circunstâncias fora do controle e alcance dos responsáveis pelos adolescentes e crianças. Trata-se de um tipo de ação difícil de ser qualificada quando as famílias estão em situação de miséria

As conseqüências da violência que atinge diretamente a saúde da criança ou adolescente podem ser imediata, de médio e longo prazo. As imediatas são mais facilmente identificadas, já que tendem a deixar marcas visíveis, principalmente na pele ou no sistema ósseo articular. As conseqüências traumatológica e ortopédica decorrem de abuso físico, tais como traumatismo craniano, luxações e fraturas, e as lesões de pele como escoriações e hematomas, são os principais exemplos. Também não são raros os cortes, queimaduras e rompimentos de órgãos (HENDRICKS-MATTHEWS, 1993; ABRAPIA, 1997; DESLANDES, 1997; SILVA, STÊVÃO, VALCANAIA, 1999).

Na maioria das circunstâncias, as lesões são leves e passam despercebidas; sendo alguns traumas graves, necessitando de internamento hospitalar, podendo levar ao óbito. (HEICHENHEIM; HASSELMANN; MORAES, 1999). As situações mais graves correspondem a múltiplas lesões, causadas por uso de objetos como cintos, pedaço de madeiras, barra de ferro, entre outros.

Para Cavalcanti(a) et al (2000) o abuso e a negligência infantil representam um rompimento nas relações familiares daqueles que têm o dever de proteger as crianças. Muitos fatores podem contribuir para esta ocorrência, sendo necessário compreender que abuso infantil pode ser apenas parte da sintomatologia da disfunção familiar. A escassez de informações estatísticas e epidemiológicas sobre o abuso infantil é resultado, em parte, da falta de notificação e o temor frente às implicações legais e a dificuldade em se diagnosticar corretamente casos nos quais se presume a existência de maus-tratos.

Sampaio (2002) relatou que os envenenamentos são causas importantes de atendimento em crianças menores de quatro anos, sendo que os tóxicos mais encontrados, em

ordem crescente, são: remédios, produtos de uso domiciliares e derivados de petróleo. Caracterizando o alto índice de negligência ocorrido dentro do berço familiar. (Dados do Departamento de Segurança Infantil da Sociedade de Pediatria da Pernambuco).

Santos (1991) e Garbarino et al (1998), descreveram que a maioria dos casos de violência reincidirá (com igual ou superior gravidade) se não houver alguma ação que interrompa essa dinâmica. Esse raciocínio encontra farto respaldo em pesquisas que enfoca a violência doméstica contra criança e adolescente.

Carvalho et al (2001), realizaram um estudo na Delegacia de Repressão dos Crimes Contra a Criança e o Adolescente (DERCA, Salvador / BA). Participaram desse estudo crianças e adolescentes entre 0 a 18 anos de idade de ambos os gêneros. Todos os tipos de abusos mostraram-se mais freqüentes em meninas e subgrupos de 11 a 15 anos. O abuso físico foi o mais encontrado (50,7%), seguidos do psicológico (20,2%), sexual (18,0%), abuso físico e psicológico (7,7%) e negligência (3,4%). Os maiores agressores eram do sexo masculino (76,6%). Deste percentual, os pais e vizinhos foram os principais responsáveis pelos maus-tratos.

Ballone (2002), relata que a violência doméstica tem relevância sob dois aspectos: o primeiro; devido ao sofrimento indescritível que imputa às suas vítimas, muitas vezes de forma silenciosa; o segundo, comprovadamente, a violência doméstica inclui a negligência precoce e o abuso sexual, podendo impedir um bom desenvolvimento físico e mental da vítima. Através de dados, de 1997, do Ministério da Saúde, as agressões constituem a principal causa de morte de jovens entre 5 e 19 anos e maior parte dessas agressões provém do ambiente doméstico. Estatísticas confirmam que o tipo da violência mais comum é o abuso

sexual e a negligência. Nesta primeira, a agressão parte do pai ou padrasto. Em caso de negligência, as mães ou madrastas são apontadas como as que mais praticam este ato, sendo as mães biológicas as que negligenciam mais.

De acordo com Vanrell (2003), a incomensurável capacidade que o ser tem de ser cruel, é levada aos piores limites quando, este se torna capaz de lesar, maltratar e até matar não só seus próprios semelhantes, mas os seus descendentes. Uma mãe ou pai que assim age, demonstra ter perdido um dos mais elementares instintos, o de conservação da prole. Ao menos em tese, pensa-se na criança como um ser inserido no seu meio familiar do qual derivam, de forma natural e espontânea, todas as atenções afetivas e materiais que necessita para o seu normal desenvolvimento.

Deslandes (1999), afirmou que a violência ainda é uma “incômoda novidade” para agenda de saúde pública. Em primeiro lugar, porque a violência “desafia” os saberes hegemônicos no campo da saúde. Não é uma doença, embora cause lesões, dor, sofrimento e morte. Não tem “origem” em ação invasiva de microorganismos, sua causa não é nenhuma desordem orgânica – campos notório do saber de atuação média e pesquisa biológica. A violência não restringe enquanto um campo de saúde, ao contrario, é um problema que demanda a atuação interdisciplinar dos vários setores da sociedade civil e da organização governamental. Este é o segundo grande desafio que a violência constitui para o setor saúde: a demanda por articulação interna e com outros setores. Entretanto, nenhum outro serviço de saúde adquire tamanha visibilidade como nas emergências hospitalares. Este serviço é, para a maioria das vítimas de violência, a “porta de entrada no sistema público de saúde”. Podendo-se mesmo dizer que o atendimento de emergência é um poderoso indicador da violência que ocorre na cidade.

A violência traz em suas raízes fatores desencadeantes muito complexos a serem analisados não isoladamente do contexto social e global. Dentre eles, destaca-se autoridade, desenvolvida dentro da família, onde o homem aparece como transgressor e ainda a imposição da autoridade, que é praticada por indivíduos responsáveis pelas crianças. Assim o poder aparece como forma de manipulação extremamente perigosa nas relações entre criança e o adulto, podendo levar a criar danos físicos e ou psíquicos (DAMATTA, 1993).

A situação de pobreza no Brasil, e especialmente no Nordeste, deve ser levado em consideração ao abordar a questão da violência sexual, pois se constitui em indicadores de vulnerabilidade que submete vários segmentos, e a exploração de todos os seus tipos. Somado às questões culturais relativas à sexualidade e ao gênero. Todos esses aspectos se constituem em práticas de violência (poder / dominação) e violação de direitos humanos. Sendo que no abuso sexual, ou na exploração sexual, essas questões se apresentam em maior ou menor proporção (FERREIRA, 2002).

Arosemana et al 2001, afirmaram que abuso sexual é um ato praticado por alguém que sente prazer sexual com uma criança. Alisar, tocar partes íntimas, masturbar, exhibir os órgãos genitais, filmes pornográficos, praticar sexo oral, anal ou relação sexual (com ou sem penetração do pênis), são algumas das formas de abuso sexual. E a exploração sexual é qualquer prática de abuso sexual que coloque em risco a criança e o adolescente e que tenha por finalidade obtenção de lucro. Normalmente, o abusador são pessoas comuns, amigos, vizinhos e parentes próximos e estão acima de qualquer suspeita.

2.3. Grau de conhecimento dos profissionais e a importância da notificação

Por falta de conhecimento alguns profissionais deixam de cumprir com o Estatuto da Criança e Adolescente o qual obriga-os a identificar, tratar e denunciar aos órgãos competentes casos de maus-tratos da criança e adolescente, conforme Título III dos Crimes e das Infrações Administrativas, capítulo IV, artigo 245 “Deixar o médico, professor ou responsáveis por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escolar ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente, sob pena de multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência”, (ECA, 2001).

Segundo Vieira (1998), tem sido visto no Brasil um aumento dos relatos de casos de crianças maltratadas. É comum observar jornais, revistas e até a televisão abordando esse assunto, chamando atenção para os prováveis danos que essas situações causam às crianças e apontando para necessidade de que medidas sejam tomadas para evitar a violência praticada. Toda essa gama de informação demonstra que a responsabilidade é de todos. E dentro desse grande universo de pessoas, responsabilidade especial possui aqueles que lidam no dia-a-dia com crianças. O Odontopediatra ou o Cirurgião-Dentista que atende crianças também faz parte deste grupo.

A Academia Americana de Pediatria (1999), informou que, em todos os 50 estados americanos, médicos e Cirurgiões-Dentistas são requisitados para relatarem casos suspeitos de abuso e negligência infantil aos serviços sociais ou às autoridades locais. Os abusos físicos de maior ocorrência são as injúrias craniofacial, cabeça, face e pescoço, as quais ocorrem em

mais da metade dos casos de violência infantil. Um exame intra e extra-oral apurado é necessário em todos os casos suspeitos de violência. Algumas autoridades acreditam que a cavidade bucal pode ser o foco central para ocorrência do abuso físico em virtude de sua importância na comunicação, bem como da negligência com não manutenção da saúde bucal. Sendo a cavidade oral um sítio freqüente de abuso sexual em criança na pré-puberdade.

Estudo realizado por Burg; Hibbard (1995) informou que 50% das lesões em caso de maus-tratos físicos encontram-se na cabeça e região da face, e mais de 70% dos casos fatais atribuídos a maus-tratos são provenientes de injúrias na cabeça e pescoço. O Cirurgião-Dentista, dentre os profissionais de saúde, ocupa situação privilegiada na identificação da criança e adolescente vítimas de violência, podendo diagnosticar através dos sinais e sintomas durante seu atendimento.

O papel do cirurgião dentista é de grande importância na identificação e notificação de maus-tratos infantil, devendo estar adequadamente treinado e informado para realizar o diagnóstico, tendo o dever ético e legal quanto à notificação às autoridades e órgãos competentes (MARQUES, 2002).

Cavalcanti, Valença e Duarte, (2000), informaram que a violência doméstica e o abandono de crianças são problemas atuais da sociedade brasileira e mundial, ameaçando o bem estar físico e mental dos jovens. Diante deste fato, é crescente o número de profissionais das mais diversas áreas e da sociedade em geral mobilizados contra essas agressões. Os maus-tratos praticados pelos próprios pais ou responsáveis são extremamente comuns, assumindo proporções assustadoras em países que se organizaram para o recebimento de tais denúncias.

Gomes, 1998, afirmou que o setor público está pouco estruturado qualitativamente para conseguir uma boa qualidade nos registros dessas ocorrências e no seu encaminhamento. Faltam recursos financeiros, pessoal qualificado, equipamento e, principalmente, a mobilização das pessoas para que essas instituições possam desempenhar seus papéis na sociedade.



OBJETIVO GERAL

3. OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência de abuso e maus-tratos ocorridos em crianças e adolescentes da cidade do Recife, notificados no Setor de Assistência Social do Hospital da Restauração.

3.1. Objetivos Específicos

1. Determinar dados da vítima: idade; gênero; tipo de maus-tratos; local da lesão; necessidade de internamento e causa da lesão.
2. Determinar os dados do agressor: idade, gênero, grau de parentesco com a criança e adolescente e se exerce ocupação.
3. Avaliar o grau de conhecimento por parte dos Cirurgiões-Dentistas dos ambulatórios do IV Distrito Sanitário do Recife e alunos do 7º (odontopediatria I) e 8º (odontopediatria II) períodos do curso de Odontologia da UFPE, turma 2004, com relação à violência infantil.



MATERIAIS E MÉTODOS

4 MATERIAIS E METODOS

4.1 Locais do Estudo

O estudo foi realizado na cidade do Recife no período de novembro de 2003 a fevereiro de 2004, nos seguintes locais:

- Hospital da Restauração
- Ambulatórios (Policlínicas) do IV Distrito Sanitário do Recife
- Alunos matriculados na disciplina de Odontopediatria I (7º período), Odontopediatria II (8º período) e ambulatório do curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, ano 2004.

4.2 Universo

O universo foi constituído de prontuários do serviço de arquivamento médico e estatístico (SAME) do Hospital da Restauração referente ao período de janeiro de 2003 a dezembro de 2004, no total de 2.500 prontuários.

Aplicação de questionário a 37 profissionais que atendem crianças e adolescentes em ambulatórios da rede pública da cidade do Recife, lotados no IV Distrito Sanitário do Recife, e 76 alunos matriculados nas disciplinas de Odontopediatria I (7º período) e Odontopediatria II (8º período), do curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, em 2004.

4.3 Amostra

4.3.1 Amostra 1 – constou de 965 prontuários do SAME do Hospital da Restauração cadastrados pelo setor de Assistência Social. A faixa etária de criança e adolescente foi de 0 a 19 anos de idade, notificados no período de 2003 a 2004, onde foram coletados dados

referentes à vítima como: idade, sexo, tipo de maus-tratos, local da lesão, necessidade de internamento e causa da lesão, bem como dados referentes ao agressor: idade, sexo, grau de parentesco com a vítima e se o agressor exerce alguma ocupação. O critério de exclusão da amostra-1 foi: fichas incompletas sem os dados necessários para pesquisa

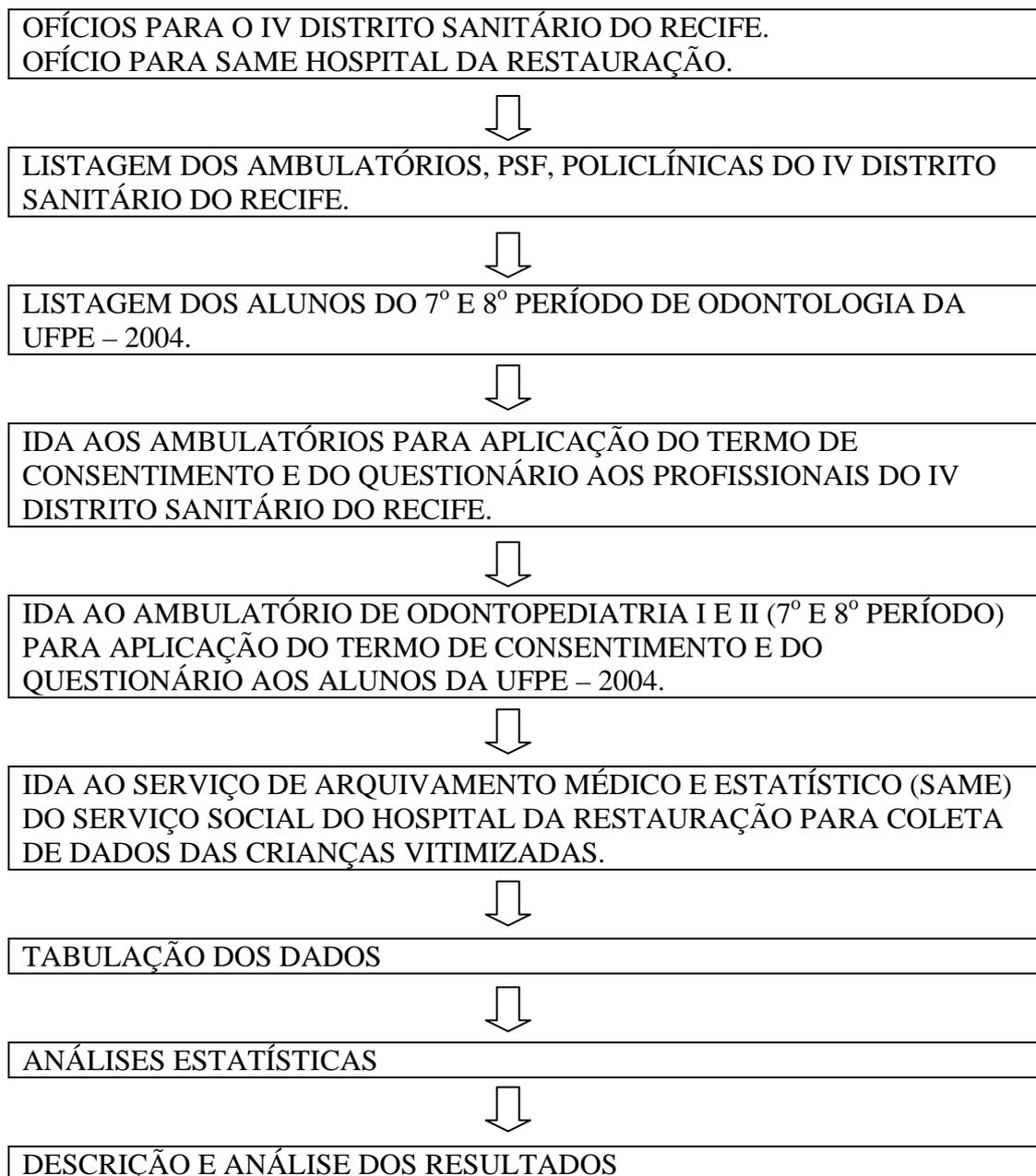
4.3.2 Amostra 2- O trabalho de campo constou da aplicação de questionário de pesquisa (apêndice C) confeccionado com perguntas simples de múltipla escolha aplicado a 37 Cirurgiões-Dentistas que atendem a crianças e adolescentes, em ambulatórios e policlínicas da rede publica da cidade do Recife, lotados no IV Distrito Sanitário, com relação a maus-tratos infantil abordando o conhecimento a respeito da questão da notificação aos órgãos competentes que tratam e protegem a criança e o adolescente vitimizado. O critério de exclusão da amostra - 2 foi: profissionais que não quiseram participar da pesquisa e os que não estavam presentes no momento da visita do pesquisador.

4.3.3 Amostra 3 - consistiu de questionário de pesquisa (apêndice B) confeccionado com perguntas simples de múltipla escolha aplicados a 76 estudantes do Curso de Odontologia da UFPE (34 alunos matriculados na disciplina de Odontopediatria I e 42 alunos matriculados na disciplina de odontopediatria II, no ano de 2004), com intuito de avaliar sua atitude e percepção a respeito do assunto. O critério de exclusão da amostra - 3 foi: estudantes que não quiseram participar da pesquisa e os que não estavam presentes no momento da visita do pesquisador.

4.4 Desenho do Estudo

A pesquisa caracterizou-se através do estudo transversal, quantitativo analítico que tem como vantagem ser um estudo simples, rápido e de baixo custo operacional.

Figura 1 – Fluxograma do estudo



4.5 Fase descritiva

Na fase descritiva os dados referentes à coleta dos prontuários do Hospital da Restauração foram consolidados e organizados em tabela de Excel, sendo realizado durante toda pesquisa pela pesquisadora, para em seguida ser submetido a análise estatística.

Na fase descritiva referente à aplicação do questionário aos profissionais e estudantes de Odontologia, os dados foram agrupados e organizados para análise estatística.

4.6 Análise Estatística

Os dados coletados foram reunidos através de frequência absoluta e relativa com o percentual apresentado em tabelas.

4.7 Considerações Éticas

Os preceitos éticos para a referida pesquisa tiveram como base a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa em humanos. Todos os profissionais e estudantes de Odontologia que participaram desta pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em participar do estudo (Apêndice D) O projeto de pesquisa foi encaminhado, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco tendo sido aprovado sob o número de protocolo 166/2003-CEP/CCS (Anexo 1). O referido projeto de pesquisa também foi enviado ao Comitê de Ética do Hospital da Restauração e recebeu parecer favorável com o número de protocolo 0057/03 (Anexo 2).



RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Resultados referentes à prevalência de maus-tratos na criança e adolescente

Do total de 2.500 (100%) de prontuários avaliados, 1.012 continham registro de maus-tratos. Sendo que destes, 47 prontuários foram excluídos por falta de dados suficientes que confirmassem a história de abuso. A amostra final foi composta de 965 prontuários de crianças e adolescentes vítimas de agressão, representando uma prevalência de 38,6% de maus-tratos. 625 prontuários (64,8%), da amostra final, eram crianças e adolescentes do sexo feminino e 340 (35,2%) crianças e adolescentes do sexo masculino. A idade informada em 957 prontuários, variou de 01 mês a 19 anos completos, com média de 8,8 anos (desvio-padrão = 5,6 anos). 98,7% das vítimas tinham idade até 17 anos. A distribuição do tipo de abuso encontra-se na Tabela 1. Aproximadamente 58,2% das vítimas sofreram abuso físico, concordando com Carvalho et al (2001) que em seu estudo encontrou um percentual de 50,7%, para o abuso físico. Em segundo lugar 37,4%, sofreram negligência, e o abuso sexual ocorreu apenas em 3,2% das vítimas, apresentado em menor quantidade podendo o abusador ser pessoas comuns, amigos, vizinhos e parentes, conforme resultados encontrados por Ferreira, (2002); Arosemana et al (2001), enquanto Ballone (2002) afirmou que o tipo de violência mais comum é o abuso sexual e a negligência.

TABELA 1. Distribuição do número de vítimas de violência, segundo o tipo de abuso.

Tipo de abuso	N	%
Físico	561	58,3
Negligência	361	37,4
Sexual	31	3,2
Outros	11	1,1
Total	965	100,0

A Tabela 2 mostra a distribuição das vítimas segundo o local da lesão. Aproximadamente 26,0% das lesões ocorreram na cabeça das vítimas, 17,6% foram do tipo sistêmico e 9,5% na região da face, concordando com os seguintes autores: Burg, Hibbar, (1995); Academia Americana de Odontopediatria, (1999); ABRAPIA, (1997); Hendricks, Matthews, (1993); Deslandes, (1997); Silva, Stêvão, Valcanaia (1999) os quais afirmaram que

50% de violência física são lesões craniofaciais, cabeça, face e pescoço. Desta forma o Cirurgião-Dentista e o profissional da área de saúde ocupam um papel importante na identificação e notificação da violência na criança e no adolescente.

TABELA 2. Distribuição das vítimas, segundo o local da lesão.

Local da lesão	N	%
Cabeça	237	25,8
Sistêmico	162	17,6
Face	87	9,5
Membros superiores	77	8,4
Membros inferiores	61	6,6
Tórax	51	5,5
Outros	245	26,6
Total	920	100,0

Informação sobre o internamento constava em 962 prontuários. Nesses, verificou-se que 868 (90,2%) das vítimas foram internadas e 94 (9,8%) não necessitaram de internação, confirmado, em parte, pelos resultados de Silva, Stêvão, Valcanaia, (1999) que encontraram um percentual de 76,3% de internamento, concordando com os autores: Heichenhen, Hasselmann, Moraes (1999), quando afirmam que algumas lesões são leves e passam despercebidas; mais a maioria são traumas graves, que necessitam de internamento hospitalar.

A Tabela 3 mostra a distribuição das vítimas, segundo o tipo de agente causador da lesão. Arma de fogo foi o agente mais freqüentemente utilizado na agressão (24,6%), seguida de espancamento (15,4%), queda (11,6%), objetos contundentes (8,5%), intoxicação (5,3%) e outros (21,5%), conforme afirma Cariola (1995), as causas comuns da violência resultam em ferimentos e espancamento, utilizando-se para tal, correias, chicotes, fios, ferro, pau, ripas de madeira, vidros, fivelas, mordidas, objetos contundentes e outros como: queimadura por água e leite quente e produtos químicos. Por outro lado, Sampaio (2002) afirmou que os envenenamentos ou intoxicações vêm crescendo como causa de atendimento em crianças menores de quatro anos, sendo por ordem crescente: remédios, produtos de uso domiciliares e derivados de petróleo, como produtos mais utilizados.

TABELA 3. Distribuição das vítimas de violência, segundo o agente causador da lesão.

Agente causador da lesão	N	%
Arma de fogo	232	24,6
Espancamento	145	15,4
Queda	109	11,6
Objeto contundente	80	8,5
Intoxicação	78	8,3
Arma branca	50	5,3
Atropelamento	45	4,8
Outros	203	21,5
Total	942	100,0

O grau de parentesco com o agressor só estava registrado em 622 prontuários. Para esses casos, a Tabela 4 mostra a distribuição das vítimas, segundo o grau de parentesco com o agressor. A mãe da vítima foi o agressor mais freqüente (40,0%), seguido por estranhos (31,8%), pai (9,2%), avó (7,2%) e outros parentes (11,8%). Surge como seres causadores da violência infantil os pais naturais 49,3%, sendo as mães as maiores responsáveis; confirmando assim os resultados encontrados por Tem Bensel, King, (1975) que foi de 49%. O Estatuto da Criança e Adolescente (2001), é claro no seu **ART. 4º** - “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público (...) garantir a vida, à saúde, à alimentação, à cultura, à dignidade, o respeito e à convivência com a família”, discordando com dados encontrados no resultado da pesquisa.

TABELA 4. Distribuição das vítimas de violência, segundo o grau de parentesco com o agressor.

Grau de parentesco	N	%
Mãe	249	40,0
Estranhos	198	31,8
Pai	57	9,2
Avó	45	7,2
Outros parentes	73	11,8
Total	622	100,0

A idade do agressor constava apenas em 357 prontuários, vem mostrar os problemas da necessidade do correto preenchimento, o qual dificulta uma boa coleta de dados, o que ocorreu durante a pesquisa. Nesse grupo de agressores, a idade variou de 15 a 65 anos, com média de 24,4 anos (desvio padrão = 10,7 anos). Informação sobre o sexo do agressor estava disponível apenas em 635 casos. Entre esses, 322 (50,7%) eram do sexo masculino e 313 (49,3%), do sexo feminino, concordando com Gomes, (1998), quando afirmou que o setor público está pouco estruturado qualitativamente e quantitativamente para conseguir um adequado registro e encaminhamento dessas ocorrências.

5.2 Resultados referentes ao questionário aplicado aos alunos.

Do total de alunos pesquisados, apenas (11,85%) havia atendido, na instituição, crianças que sofreram maus-tratos. Isto nos faz acreditar que a afirmativa de Deslandes (1999) é correta quando diz que o atendimento de emergência representa um poderoso indicador da violência ocorrida na cidade e, por isso, os casos de maus-tratos não são geralmente encontrados, no serviço ambulatorial, ou esses resultados mostram que os estudantes não recebem formação durante o curso de graduação para identificar esses tipos de problemas.

A maioria dos alunos (68,4%) acreditava ser capaz de identificar uma criança que sofreu maus-tratos. Sendo um resultado de grande relevância quando analisado de acordo com a afirmativa de Moura et al. (2000), em que 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 responsáveis. E, discordando de Cavalcanti et al. (2000), os quais relataram a dificuldade em se diagnosticar corretamente casos nos quais se presume a existência de maus-tratos.

A negligência se assemelha ao abandono, ou seja, a omissão às necessidades básicas da criança ou do adolescente, como alimentação, saúde, educação, vestimentas e afeto. Dos 76 estudantes, a grande maioria (98,7%) sabia o significado da palavra negligência, e de acordo com Vieira (1998), diante de tanta violência apresentada diariamente nos meios de comunicação, a responsabilidade é de todos. E dentro deste grande universo de pessoas, responsabilidade especial possui aqueles que lidam no dia-a-dia com crianças e adolescentes.

TABELA 5 – Atitude dos alunos frente a uma criança que apresentasse marcas de espancamento.

Atitude do aluno	N	%
Denunciar a órgãos competentes	19	25
Abordar pais ou responsáveis	46	60,5
Abordar a criança	21	27,6
Outra opção	04	5,3
BASE¹	76	

1 – considerando que o aluno poderia indicar mais de uma opção.

Segundo Vanrell (2003), a denúncia é de fato o caminho mais recomendado e que deve ser escolhido. Não apenas para não incorrer em ilícito penal de ter tomado conhecimento de um crime, e não comunicá-lo à autoridade competente, constituindo-se em verdadeiro cúmplice do crime, mas principalmente para evitar o agravamento da situação. Porém, apenas 25% dos alunos questionados denunciaria um caso de espancamento aos órgãos competentes, (Tabela 5). Este resultado ainda é muito baixo e precisa ser mudado pos, segundo Gomes

(1998), na área da saúde pública, é importante tornar mais visível o que está por trás dos atos violentos, para ser possível uma melhor atuação, com o objetivo de fornecer subsídios para as ações preventivas no campo da violência cometida contra a criança, além disto Cavalcanti et al., em 2000, relataram como um dos motivos para não comunicação às autoridades, é o temor frente às implicações legais. E, ainda, Santos (1991) e Garbarino et al (1998), informam que a maioria dos casos de violência reincidirão, (com igual ou superior gravidade) se não houver alguma ação que interrompa sua dinâmica.

Constatou-se que a maioria dos estudantes, (73,7%) não tinham conhecimento do significado da sigla ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente, o que sugere a falta de informação sobre esse estatuto, podendo assim estar infringindo o **capítulo IV, artigo 245** – Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento da atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escolar ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança e adolescente: **Pena** – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. ECA (2001).

A respeito do significado da sigla GPCA (Gerência de Polícia da Criança e do Adolescente), antiga DPCA, 80,3% dos alunos responderam que tinham conhecimento do que se tratava. Através do aumento de relatos de casos de maus-tratos em crianças e adolescentes, em jornais, revista e televisão sob a ótica policial, a população é “bombardiada” com tais informações. Sendo que esta abordagem não enfoca que a questão é de responsabilidade de todos, o que deveria ser feito. O Cirurgião-Dentista que atende crianças e adolescentes é peça importante na identificação e registro desta violência (MONTEIRO et al 1999; VIEIRA 1998).

Com o percentual de 68,4% dos alunos da graduação do 7º e 8º períodos da UFPE, ano 2004, verificou que os mesmos assumiram uma conduta intervencionista, frente às atitudes agressivas dos pais para com os filhos durante o atendimento odontológico. Concordando com os dados colhidos pela OMS (2001) a qual afirmou que os profissionais da odontologia são possuidores de capacidade técnica e têm a vantagem de ocupar uma posição especial na comunidade para ajudar aqueles que estão em perigo.

Com relação às funções do Conselho Tutelar 68,4% dos alunos tinham conhecimento de qual era sua a função e 31,6% não tinham o conhecimento. O **ART. 131** – ECA (2001) – estabelece que o Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes, definidos nesta lei.

É obrigação não só dos profissionais de saúde, mas também dos responsáveis por estabelecimentos que atendem à crianças e adolescentes, identificar, tratar e notificar as suspeitas de maus-tratos desses, diz o Estatuto da Criança e Adolescente **ART. 245**. Nos EUA, a Academia Americana de Pediatria (1999), médicos, e dentistas são cada vez mais requisitados para relatarem casos suspeitos de abuso e negligência infantil aos serviços sociais ou às autoridades locais. Porém, apenas (55,3%) dos alunos tinham o conhecimento sobre esta obrigação.

5.3 Resultados referentes ao questionário aplicado aos profissionais do ambulatório do IV Distrito Sanitário.

Observou-se que a maioria dos profissionais (54,3%) não havia atendido crianças que sofreram maus-tratos, podendo este fato ter passado despercebido. Discordando da afirmativa de Santana (2003), onde a criança vítima de maus-tratos físico é geralmente identificada pelo exame clínico e complementar feito pelos profissionais de saúde.

Os Cirurgiões-Dentistas foram questionados quanto a sua capacidade em identificar uma criança que tenha sofrido maus-tratos e a maioria (71,4%) respondeu sentir-se capaz de identificar crianças que sofreram maus-tratos, concordando com Marques (2002) que diz ser o Cirurgião-Dentista de grande importância na identificação e notificação de maus-tratos infantil devendo estar treinado para informar e diagnosticar.

Quase oitenta e três por cento dos profissionais afirmaram saber o significado da palavra negligência, concordado com a Academia Americana de Pediatria (1999), quando afirma que tornou-se rotina requisitar médicos e dentistas para relatarem casos de maus-tratos, abuso e negligência infantil aos serviços sociais ou autoridades locais e a mesma acreditava que a cavidade bucal podia ser foco central para ocorrência, do abuso físico em virtude de sua importância na comunicação, bem como da negligência com a manutenção da sua saúde.

TABELA 6. Distribuição da atitude dos Cirurgiões-Dentistas frente a uma criança que apresentasse marcas de espancamento.

Atitude	N	%
Denunciar a órgãos competentes	6	17,1
Abordar pais ou responsáveis	14	40,0
Abordar a criança	5	14,3
Outra opção	7	14,3
Branco	6	17,1
BASE ¹	35	

1 – considerando que o dentista poderia indicar mais de uma opção.

Segundo Hendricks - Matthews, 1993; Deslandes, 1997, a violência atinge a saúde da criança e do adolescente podendo ocorrer de imediato, a médio, e a longo prazo. A violência imediata provoca marcas facilmente identificáveis e as escoriações e hematomas são os principais exemplos. Porém só 17,1% dos profissionais denunciariam a órgãos competentes e 17,1% não responderam a questão caso tivesse contato com a criança. A maioria (40,0%) dos profissionais afirmou que abordaria os pais ou responsáveis. Diante desse fato torna-se crescente o número de profissionais, das mais diversas áreas, e da sociedade em geral, mobilizados contra essas agressões, conforme Cavalcanti (2000). A prevenção da violência deve ser realizada através da conscientização com medidas educativas, e de proteção à criança vitimizada.

Quanto ao significado da sigla ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente, a maioria dos dentistas (54,3%) desconhecia o significado, o que confirma a falta de conhecimento de alguns profissionais, deixando assim de cumprir com o Estatuto o qual obriga-os a identificar,

tratar e denunciar aos órgãos competentes casos de violência, (ECA, 2001). Esse fato afirma uma falta de abordagem sobre o tema na formação dos profissionais de saúde.

Quanto ao conhecimento, por parte dos Cirurgiões-Dentistas, do significado da sigla GPCA (Gerência de Polícia da Criança e do Adolescente), antiga DPCA, foi observado que a maioria (74,3%) afirmou saber seu significado, devido a constante abordagem da violência através dos meios de comunicação, como jornais, revistas e televisão, (VIEIRA 1998), sendo mais enfocada a informação policial dos que os direitos da criança e adolescente.

A maioria dos profissionais interfere, quanto à atitude grosseira dos pais no total de (80%), promovendo e resguardando assim o cumprimento dos direitos e liberdade da criança e adolescente perante a sociedade, definido na lei (Lei nº 8.069, de 13/07/1990- ECA, 2001).

Os Cirurgiões-Dentistas foram questionados sobre o conhecimento da função do Conselho Tutelar e 62,9% tinham conhecimento da função deste conselho, o qual é segundo ECA (2001), um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente (CHAIM, 1995).

A maioria desses profissionais (57,1%) afirmou ter conhecimento, da obrigatoriedade dos profissionais de saúde, de ensino fundamental, pré-escolar e creche que atendem crianças e adolescentes identificar, tratar e notificar suspeitas de maus-tratos em crianças e adolescentes, **ART. 245-ECA**, 2001, (ABRÁPIA, 1997).



CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

Conforme os resultados obtidos pode-se concluir:

A prevalência de maus-tratos encontrados no Hospital da Restauração, de janeiro de 2003 a dezembro de 2004, foi considerada muito alta (38,6%). Tendo o abuso físico ocorrido com maior frequência.

Arma de fogo foi o agente causador da violência mais utilizada e o local da lesão mais acometido foi a cabeça, justificando assim um alto índice de internamento.

A idade das vítimas variou entre 01 mês e 19 anos, com concentração maior aos 17 anos. Sendo a criança e a adolescente do sexo feminino mais vitimizada.

A violência contra a criança e o adolescente é freqüentemente praticada dentro da família, sendo os pais, os principais agressores, vindo as mães em primeiro lugar. A idade do agressor variou entre 15 a 65 anos. Nos prontuários existia um alto índice de ausência de informação quanto a ocupação do agressor.

Por causa do mau preenchimento dos prontuários quanto aos dados da vítima e do agressor, por parte dos funcionários responsáveis, gerou dificuldades na coleta de dados para o trabalho.

Os profissionais e os estudantes de odontologia demonstraram conhecimentos sobre a questão da violência, no entanto, poucos tinham a consciência da importância de identificação e notificação dos maus-tratos o que até então dificulta a prevenção e a erradicação da violência contra a criança e o adolescente.

Devido a falta de consciência da importância de identificação e notificação dos maus-tratos, por parte dos profissionais e estudantes de Odontologia, fica a sugestão da inclusão da temática sobre o conhecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente dentro da disciplina de Odontologia Legal.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABRAPIA, Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência. Maus-Tratos Contra a Criança e Adolescentes: Proteção e Prevenção. **Guia de Orientação Para Profissionais da Saúde**. 2 ed., p. 38, Rio de Janeiro.Petrópolis. 1997.
- ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA E ACADEMIA AMERICANA DE ODONTOLOGIA Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. **Pediatrics**, New York. v, 104, n.2, p.348-350, aug. 1999.
- AROSEMANA, C. A. L.; RODAT, E. ; NASCIMENTO, L.; MAIOR, M. S. T. S.; MALAFAIA, M. S.; AMARAL, M. E. W. R.; CAMILO, O. A. N.; COLUMBINO, R. S.; SANTOS, W. W. L. **Abuso e Exploração Sexual de Criança e Adolescentes: vamos falar sobre isso**.Recife, p.2-14, 2001.
- BALLONE, G. J. **Violência Doméstica**. In: psiqweb, Internet, disponível em:<http://www.psiqweb.med.br/infantil/violome.html> revisto em 2002. Acesso em: 24/01/2003.
- BURG, M. M. V.; HIBBARD, R. A. Child abuse education: Do not overlook dental professionals. **Journal of Dentistry for Children**, p.57-63, jan./ feb. 1995
- CAVALCANTI, A. L; FARIAS, C. M; BARBOS, J. C; MOUDEN, L. D. Conhecimento e Atitude dos Cirurgiões-Dentistas da cidade de João Pessoa Frente ao Abuso Infantil. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba. v. 5, n.28, p.470-474, nov/dez. 2000.
- CAVALCANTI, A.L; VALENÇA, A. M. G; DUARTE, R.C. O Odontopediatra Diante de Maus-Tratos Infantil – Diagnostico e Conduta. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba.v. 3, n.16, p.452-455. Nov/Dez. 2000.
- CARIOLA, T.C. A posição da criança vitima de maus-tratos na constelação familiar.**Pediatria Moderna**, v. 31, n.2, p. 158-162, abr. 1995.
- CARVALHO, A C. R; GARRIDO, L. C; BARROS, S. G; ALVES, A.C. Abuso e Negligência: estudo na delegacia de repressão aos crimes contra a criança e o adolescente. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba.v.4, n.18, p. 117- 123, mar/abr. 2001.
- CHAIM, L.A.F. Odontologia versus criança maltratada. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** São Paulo.v.49, n.2, p.142-4,1995.
- DAMATTA, R. **Conta de Mentiroso Sete Ensaio da Antropologia Brasileira**,Rio de Janeiro, 1993.
- DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de Violência na Emergência: “prevenção numa hora dessa?” **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 4, n. 1, p. 81-84, 1999.
- _____. Prevenir a Violência: um desafio para profissionais de Saúde. **Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública/ Centro Latino - Americano de Estudo sobre violência e Saúde** Jorge Careli, Rio de Janeiro, 39 p. 1997.

ESTATUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE. Estatuto da criança e do adolescente. Índice Temático do Estatuto Disposição Federal. Convenção sobre os Direitos da Criança. Informações sobre o DECCA - PE. Recife - Pernambuco. p. 12, p. 110. 2001.

FERREIRA, R. M. C. O. Contexto da violência sexual contra crianças e adolescentes: ênfase na realidade local, In: **Plano municipal de enfrentamento da violência sexual infanto – juvenil.** Recife, p.17-22, 2002.

HEICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M.; MORAES, C. L. Conseqüência da Violência familiar na Saúde da Criança e do Adolescente: Contribuição para Elaboração de propostas de ação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n.1, p. 109-121, 1999.

HENDRICKS-MATTHEWS, M.K. Survivors of abuse: health care issues. **Primary care** v. 20, p. 391- 406, 1993.

GARBARINO, J. GUITTMANN, E.; SEELEY, J. M. **The Psychologically Battered Child.** London. p.286, 1988.

GOMES, R. Da denuncia a importância um estudo sobre a morbi-mortalidade de crianças vítimas de violência. **Caderno de Saúde Publica.** Rio de Janeiro. V. 14, n. 2, p. 1-15 abr.jun 1998.

MARQUES, C. R. Abuso Infantil – **Uma Abordagem Adontologica.** 2002. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia), Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2002.

MONTEIRO, M. C. N.; CABRAL, M. A. A.; JODELET, D. As representações sociais da violência domestica: uma abordagem preventiva. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 4, n. 1, p.161-170, 1999.

MINAYO, M. C. S. O Significado Social e para a Saúde da Violência contra Crianças e Adolescente, in: **Violência e Criança.** Editora da Universidade de São Paulo. P.95-114, 2002.

MOURA, D.P.S, TOLEDO, O. A; BEZERRA, A. B. Reconhecimento de Crianças Vítimas de Maus-Tratos Responsabilidade do Odontopediatra. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê,** Curitiba, v. 3, n.14, p.318-322. Jul/Agos. 2000.

SANTANA, D. .Maus-Tratos na Infância e na Adolescência. Clinica Pediátrica. **Medstudents.** Disponível em: <http://www.medstudents.com.br/artigo> .Acesso em 27/04/2003.

SAMPAIO, M. J. Q. Acidentes com criança e Adolescente. **Jornal do Comercio.** Caderno família, p. 5, 2002.

SANTOS, H. O. Criança violada. **FCBIA,** São Paulo, p. 97, 1991.

SILVA, J.J; VALCANAIA, T.; STÊVÃO, E. Abordagem multidisciplinar. In: **Pediatria em Odontologia.** Editora Universitária – UFPE. Recife cap. 13, p. 483-513, 1999.

VANRELL, J.P. Maus – Tratos na Infância: **Aspectos Bio-Psico-Sociais,** p. 1-17. Disponível em: <http://www.pericias-forenses.com.br/maustratos.htm>. Acesso em: 07/02/03.

VIEIRA, A.R. Abuso Infantil. **J. Bras. Odontopediatr.Odontol.Bebê**, Curitiba.v.1, n.2, p.58-61. abr/jun, 1998.

TEM BENSEL, R. W.; KING, K.J. Neglect and abuse of children: historical aspects, identification, and management. **J. Dent. Child.** v. 42, n. 5, p. 16-26.sept / oct, 1975.



APÊNDICE – B**QUESTIONARIO PARA ESTUDANTES DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA FACULDADE
FERDERAL DE PERNAMBUCO DISCIPLINA DE ODONTOPEDIATRIA 7º E 8º PERÍODO
ENVOLVIDOS NA PESQUISA****SERVIÇO -----**

1. Você já atendeu uma criança que sofreu maus tratos?
Sim () Não ()

2. Você sente-se capaz de identificar uma criança que sofreu maus tratos?
Sim () Não ()

3. Você sabe o que é negligência?
Sim () Não ()

4. O que você faria diante de uma criança que apresentasse marcas de espancamento?
Denunciaria a órgãos competentes ()
Abordaria os pais ou responsáveis ()
Abordaria a criança ()
Outra opção ()

5. Sabe o que significa o ECA?
Sim () Não ()

6. Sabe o que é DPCA
Sim () Não ()

7. Qual a sua atitude frente aos pais que têm atitudes agressivas com a criança durante o atendimento?
Você não interfere () Você Interfere ()

8. Sabe qual a função do Conselho Tutelar?
Sim () Não ()

9. Você tem conhecimento que profissionais da área de saúde ou responsáveis por estabelecimentos de atenção a saúde e de ensino fundamental, pré-escolar ou creche, que atendem crianças e adolescentes, têm obrigação de identificar, tratar e notificar suspeitas de maus tratos em crianças e adolescentes?
Sim () Não ()

APÊNDICE – C**QUESTIONARIO PARA CIRURGIÕES-DENTISTAS LOTADOS NOS AMBULATÓRIOS DO IV
DISTRITO SANITÁRIO DA CIDADE DO RECIFE****SERVIÇO -----****01.** Você já atendeu uma criança que sofreu maus-tratos?

Sim () Não ()

02. Você sente-se capaz de identificar uma criança que sofreu maus-tratos?

Sim () Não ()

03. Você sabe o que é negligência?

Sim () Não ()

04. O que você faria diante de uma criança que apresentasse marcas de espancamento?

Denunciaria a órgãos competentes ()

Abordaria os pais ou responsáveis ()

Abordaria a criança ()

Outra opção ()

05. Sabe o que significa o ECA?

Sim () Não ()

06. Sabe o que é GPCA

Sim () Não ()

07. Qual a sua atitude frente aos pais que têm atitudes agressivas com a criança durante o atendimento?

Você não interfere () Você Interfere ()

08. Sabe qual a função do Conselho Tutelar?

Sim () Não ()

09. Você tem conhecimento que profissionais da área de saúde ou responsáveis por estabelecimentos de atenção a saúde e de ensino fundamental, pré-escolar ou creche, que atendem crianças e adolescentes, têm obrigação de identificar, tratar e notificar suspeitas de maus-tratos em crianças e adolescentes?

Sim () Não ()

APÊNDICE - D

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE

COMITÊ DE ÉTICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: “PREVALÊNCIA DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, COM REPERCUSSÃO NO COMPLEXO MAXILO FACIAL, OCORRIDO NA CIDADE DE RECIFE”

Pesquisadora responsável: VALÉRIA FERNANDES MARANHÃO

Endereço: Rua Guedes Pereira nº 114/502, Parnamirim, 52060-150, fone 3267.2492

Conselho Regional de Pernambuco – nº 3386

- **Objetivos:**

O objetivo deste estudo é determinar prevalência de e maus-tratos ocorridos em criança e adolescentes da cidade do Recife, notificado aos órgãos competentes, bem como avaliar o nível de conhecimento de Cirurgiões-Dentistas em relação à violência infantil.

- **Procedimentos:**

Os dados serão obtidos através de questionário confeccionadas (modelo em apêndice A e B) que foram aplicados aos alunos de graduação do 7º e 8º período de odontologia da Universidade Federal de Pernambuco do ano de 2204 (modelo em apêndice A e B).

- **Riscos:**

Inerentes à pesquisa de dados: até o momento não estar descrito na literatura, riscos com esse tipo de pesquisa.

- Benefícios:

Compreendo que não terei nenhum benefício financeiro por participar desta pesquisa. Contudo tenho consciência de que as informações colhidas poderão ser bastante úteis para Prevalência de Maus-Tratos em Criança e Adolescente, com Repercussão no Complexo Maxilo Facial, ocorrido na cidade Recife.

- Confidencial:

Estou ciente de que as informações colhidas através dessa investigação serão estritamente confidenciais, só sendo declaradas com minha permissão. Porém, estou de acordo que dados científicos, desde que não sejam identificados, poderão ser usados em Congressos e publicações, pois só poderão ser compartilhados com outros centros de saúde.

- Participação:

A minha decisão em participar ou não desta pesquisa, em nada influenciará no relacionamento com os demais membros da área. Estou ciente também de que posso retirar-me da pesquisa a qualquer momento.

- Duvidas:

Caso haja dúvida ou necessidade de explicação adicional, estarei livre para perguntar ao Profº Josimário João da Silva, 92624131 ou à pesquisadora Valéria Maranhão, pessoalmente ou no telefone 9975.7024.

Data: -----/-----/-----

Assinatura do pesquisador -----

Assinatura do pesquisado: -----

Testemunhas:

1-----

2-----



ANEXO 1



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 055/2005 - CEP/CCS.

Recife, 15 de junho de 2005.

Ref. Protocolo de Pesquisa n. 196/2003

Título original: "Prevalência de maus tratos em crianças e adolescentes, com repercussão no complexo maxilo-facial ocorridos na cidade do Recife."

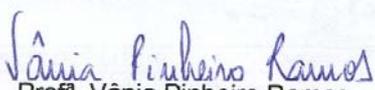
Título Original: Versão de 24/05/2005 – "Prevalência de maus tratos na criança e adolescente, ocorridos na cidade do Recife."

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco CEP/CCS/UFPE, registrou, anexou e analisou a sua solicitação de mudança de título do referido protocolo de pesquisa situação: Aprovado.

Ressaltamos que o pesquisadora responsável deverá apresentar relatório, no final do projeto.

Atenciosamente,


Profª. Vânia Pinheiro Ramos
Vice-Coordenadora do CEP/CCS/UFPE

À
Profª. Valéria Fernandes Maranhão
Coordenação de Pós-Graduação em Odontologia - CCS/UFPE.

ANEXO 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (versão outubro/99)

1. Projeto de Pesquisa: PREVALÊNCIA DE MAUS TRATOS EM CRIANÇA E ADOLESCENTES, OCORRIDOS NA CIDADE DO RECIFE			
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) ODONTOLOGIA		3. Código(s) 4.02	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) E
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso) GRUPO III		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()
8. Unitermos: (3 opções) VIOLENCIA NA INFANCIA, MAUS TRATOS INFANTIL SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos No Centro: Total:		10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião/Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica ()	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: VANERIA FERNANDES MARRANHÃO			
12. Identidade: J. 884.950		13. CPF: 353.447.014-49	19. Endereço (Rua, n.º): R. GUEDES PEREIRA N.º 114 APT-502
14. Nacionalidade: BRASILEIRA		15. Profissão: CIRURGIÃ-DENTISTA	20. CEP: 52060-350
16. Major Titulação: ESPECIALISTA		17. Cargo	21. Cidade: RECIFE
18. Instituição a que pertence:		23. Fone: 32672492	22. U.F.E: PE
		24. Fax: 32684612	25. Email: delafm@yahoo.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles positivos ou negativos. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 02/06/2005 Assinatura: Valéria Fernandes Maranhão CRO 3.839 CPF 353.447.014-49			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: UPE - Departamento de Odontologia Preventiva e Social		29. Endereço (Rua, n.º): Prof. MORRIS REGO SIN - C. UNIVERSITÁRIA	
27. Unidade/Orgão: R02 - Graduação de Odontologia		30. CEP: 50670-901	31. Cidade: RECIFE
28. Participação Estrangeira: Sim () Não ()		33. Fone: 21268838	32. U.F.E: PE
		34. FAX: 21268836	
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não () Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: CARLOS MENDES AGUIAR Cargo: VICE-COORDENADOR Data: 04/06/2005 Assinatura: Carlos Mendes Aguiar Vice-Coordenador Proj. de Pós-graduação em Odontologia			
PATROCINADOR			
36. Nome:		39. Endereço:	
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:
			42. UF:
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada:		46. Registro no CEP: 196/2003	47. Conclusão: Aprovado (X) Não Aprovado () Data: 01/10/2003
		48. Não Aprovado () Data: / /	
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: / / Data: / /			
Encaminhamento a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: / /		53. Coordenador Nome: Júlia Pinheiro Ramos Assinatura	
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. Nº Expediente:		56. Data Recebimento:	
		57. Registro na CONEP:	
55. Processo:			
58. Observações:			

ANEXO 3

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PARECER

Após avaliação do projeto intitulado de: **PREVALÊNCIA DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, OCORRIDOS NA CIDADE DO RECIFE**, Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração em reunião realizada em 29/09/03 emite parecer favorável, protocolo nº 0057/03.

Pesquisador(es): **Dra. VALÉRIA FERNANDES MARANHÃO**

Recife, 02 de junho de 2005.

Prof. Dr. Josimário Silva
Coordenador do CEP-HR

ANEXO 4



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Dra. Lúcia Brito

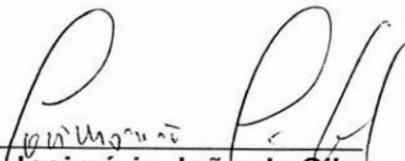
Do: Coordenador do CEP/HR

Dr. Josimário Silva

Recife, 01 de novembro de 2003.

Venho por meio desta encaminhar a V. S^a, protocolo e parecer de pesquisa intitulado PREVALÊNCIA DE MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM REPERCUSSÃO NO COMPLEXO MAXILO FACIAL OCORRIDO NA CIDADE DO RECIFE, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração em 29/09/03 para que possa ser dado início a pesquisa nas pendências do serviço e prontuários médicos (SAME), após autorização dessa diretoria.

Atenciosamente,



Dr. Josimário João da Silva
Coordenador do CEP/HR

ANEXO 5

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Distrito Sanitário IV dispõe das condições para realização da Pesquisa intitulada “Prevalência de Maus Tratos em Crianças e Adolescentes, com repercussão no complexo maxilo facial ocorridos na Cidade do Recife”, a ser realizado pela pesquisadora **Valéria Fernandes Maranhão**, que se encontra ciente dos aspectos éticos a serem observados por ocasião de sua realização.

Recife, 28 de agosto 2003


Antônio Carlos B. Cabral
Gerente do Distrito IV
Mst. 33.256-4