

## **SAÚDE BUCAL E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE MAUS TRATOS EM UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL**

**IVAM FREIRE DA SILVA JÚNIOR<sup>1</sup>; ANDRÉIA DRAWANZ HARTWIG<sup>2</sup>; GIULIA  
TARQUINIO DEMARCO<sup>3</sup>; VANESSA MÜLLER STÜERMER<sup>4</sup>; MARÍLIA LEÃO  
GOETTEMS<sup>5</sup>; MARINA SOUSA AZEVEDO<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [ivamfreire@gmail.com](mailto:ivamfreire@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [andriahartwig@hotmail.com](mailto:andriahartwig@hotmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – [giugiu.demarco@gmail.com](mailto:giugiu.demarco@gmail.com)

<sup>4</sup>Universidade Federal de Pelotas – [vanessa.smuller@gmail.com](mailto:vanessa.smuller@gmail.com)

<sup>5</sup>Universidade Federal de Pelotas – [mariliagoettems@hotmail.com](mailto:mariliagoettems@hotmail.com)

<sup>6</sup>Universidade Federal de Pelotas – [marinasazevedo@hotmail.com](mailto:marinasazevedo@hotmail.com)

### **1. INTRODUÇÃO**

O abuso infantil é considerado um fenômeno universal, sem predileção por raça, etnia, gênero, religião, cultura ou questões socioeconômicas e pode se manifestar de várias formas, como o abuso físico, sexual, psicológico e a negligência. A violência ultrapassou as fronteiras social e jurídica e hoje é considerado um problema de saúde pública (MINAYO, 2001).

O cirurgião-dentista apresenta papel de fundamental importância na detecção de vítimas de violência, já que a região da cabeça e face costuma ser a mais atingida, principalmente no que diz respeito ao traumatismo físico (CAVALCANTI; DUARTE, 2003), mas também GREENE; CHISICK; AARON (1994) observaram que crianças vítimas de violência doméstica apresentaram de 5,2 a 8 vezes mais chances de possuir dentes cariados não tratados do que as crianças não abusadas, outros autores também observaram pobres condições de saúde bucal entre crianças com histórico de maus tratos (KEENE et al., 2014; VALENCIA-ROJAS; LAWRENCE; GOODMAN, 2008).

As crianças estão sujeitas a várias condições clínicas que podem afetar seu estado de saúde bucal. Entretanto, os parâmetros clínicos sozinhos não medem até que ponto as desordens podem afetar o funcionamento normal. Para mensurar as consequências das desordens bucais na qualidade de vida do paciente tem sido cada vez mais utilizado os instrumentos de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) (GOETTEMS et al., 2014).

O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre as condições de saúde bucal e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal da criança e do adolescente vítima de maus tratos.

### **2. METODOLOGIA**

Este estudo transversal foi realizado no Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente (NACA), localizado em Pelotas-RS. O NACA conta com uma equipe que presta assistência social, psicológica e jurídica a crianças e adolescentes vítimas de maus tratos. A amostra de conveniência foi composta por indivíduos entre 8 e 18 anos de idade em atendimento entre Novembro de 2015 a Julho de 2016. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, sob parecer de número 1.267.179.

O exame clínico seguiu todos os protocolos de biossegurança preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999) e foi realizado em um local reservado dentro do NACA. O exame foi realizado por um único examinador previamente treinado e calibrado.

Para cárie dentária foi utilizado o Índice de Dentes Cariados, Perdidos/extraídos e Obturados (CPO-D/ceo-d), segundo os critérios da OMS (OMS, 1999) e posteriormente dicotimizados em 0 ou  $\geq 1$ . O Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) utilizou 6 dentes índices, examinados quanto a presença de placa e cálculo, ambos numa escala de 0 a 3, somados e divididos pelo número de dentes examinados, o resultado foi considerado ótimo quando esta proporção esteve entre 0 e 1, regular entre 1,1 e 2, ruim entre 2,1 e 3 e muito ruim acima de 3 (GREENE; VERMILLION, 1964).

O Índice de Sangramento Gengival (ISG), realizado nos mesmos dentes índices do IHOS (ANTUNES; PERES, 2013), foi categorizado em: 0-1 ponto sangrante, 2-3 pontos sangrantes e  $>3$  pontos sangrantes. Os critérios de O'Brien foram utilizados para avaliar o traumatismo dentário (O'BRIEN, 1994). Além disso, os indivíduos foram questionados sobre a presença de dor de dente nos últimos 6 meses e se haviam visitado um dentista alguma vez na vida.

Para avaliação do impacto da condição bucal na qualidade de vida e na auto-percepção de saúde oral foi aplicada a versão brasileira do questionário Child Perceptions Questionnaire (CPQ) (JOKOVIC et al., 2002). O CPQ dispõe de 4 domínios: sintomas bucais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social. Nas crianças de 8 a 10 anos foi aplicado o CPQ 8-10 e nos adolescentes de 11 a 18 anos a versão CPQ 11-14. A aplicação dos questionários foi realizada por estudantes de graduação e de pós graduação em odontologia previamente treinados, o examinador não se fazia presente a fim de evitar possíveis vieses. O impacto na QVRSB foi dicotomizado em ausente e presente.

Os dados socioeconômicos e demográficos, bem como de informações referentes ao tipo de abuso pelos órgãos notificadores foram coletados a partir da ficha utilizada no NACA.

Foi realizada estatística descritiva. Para testar a associação entre as variáveis utilizou-se o teste qui-quadrado e exato de Fisher e foi considerado estatisticamente significativo quando o  $p < 0,05$ .

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra total foi de 83 indivíduos. A média de idade foi de 11,5 anos, foram 36 indivíduos entre 8 e 10 anos e 47 entre 11 e 17 anos, 61,44% pertenciam ao sexo feminino. Aproximadamente 66% declararam-se de cor branca e 34% negros ou pardos.

Em relação ao tipo de abuso sofrido, 51,80% foi abuso sexual, 19,27% psicológico, 14,45% sofreram mais de um tipo de abuso 4,8% abuso físico, 3,6% negligência e 6% não foi considerado específico de um tipo de abuso.

O CPO-D/ceo-d médio foi de 1,9 dentes, sendo o componente cariado responsável por 70% desse índice, 38,55% da amostra não apresentava cárie, corroborando com o que foi encontrado por KEENE et al. (2014), onde entre 79 crianças vítimas de maus tratos na Inglaterra, 42% estavam livres da cárie, enquanto que entre o grupo controle (sem histórico de abuso) esse número era 68%. Ainda no estudo de KEENE et al. (2014), o componente cariado do índice CPO-D e ceo-d correspondiam por 97% e 83,75%, respectivamente. Crianças com alto índice

de cárie não tratada podem ser diagnosticadas como vítimas de negligência, já que negligência é a privação das necessidades básicas de sobrevivência (MINAYO, 2001). Porém, em países de alta desigualdade socioeconômica, como o caso do Brasil, tal dado pode se configurar como pobreza ao invés de negligência.

O IHOS médio foi de 1,11, sendo considerado bom, no entanto 14,46% da amostra apresentaram IHOS ruim. Nenhum indivíduo apresentou IHOS muito ruim. Quanto ao ISG, 67,47% dos indivíduos apresentaram pelo menos um ponto sangrante. É comum a vítima apresentar alguns comportamentos prejudiciais à saúde e que podem estar relacionados também à falta de autocuidado com sua higiene bucal refletindo no agravamento de doenças placa-dependentes, como a cárie e a doença periodontal.

Em relação ao traumatismo dentário, aproximadamente 35% da amostra apresentou alguma injúria, confrontando com o que foi encontrado por VALENCIA-ROJAS; LAWRENCE; GOODMAN (2008), em que encontraram uma prevalência de 6% entre crianças vítimas de abuso. Esta diferença pode estar no fato de que no nosso estudo foram consideradas desde as lesões em esmalte, mesmo que não necessitassem de tratamento, já no estudo referenciado, o levantamento se deu por mudança de cor da coroa do dente e/ou mobilidade.

Em relação à visita odontológica, 59% nunca foram ao dentista e aproximadamente metade queixaram-se de dor dentária nos últimos 6 meses. Estes dados podem justificar o alto número de dentes cariados não tratados encontrados neste estudo.

Quando analisado o CPQ separadamente, encontrou-se uma média do escore total de 18,55 para a versão de 8 a 10 anos e de 11,27 para a de 11 a 18 anos. As maiores médias para os dois CPQ's foram no domínio "sintomas bucais", alguns indivíduos até alcançaram quase o escore máximo. Para o "bem-estar emocional" houve quem alcançou o máximo entre os menores e que quase alcançou o escore máximo entre os adolescentes, revelando que a saúde bucal apresenta importante impacto entre esses domínios na nossa amostra.

Foi observado ainda que as médias do escore total e de todos os domínios do CPQ 8-10 neste estudo foram maiores do que as encontradas por SCHUCH et al. (2014), onde aplicaram este instrumento entre escolares da cidade de Pelotas. Embora não seja possível afirmar que crianças vítimas de maus tratos apresentem maior impacto na QVRSB do que aquelas sem esse histórico, supõe-se que pela questão emocional e de autoestima das vítimas associado às condições bucais mais precárias, haja um maior impacto entre elas.

Não houve associação estatisticamente significativa entre dados sociodemográficos e o fato de ter tido impacto na QVRSB. Já nas considerações clínicas bucais, apenas dor dentária nos últimos 6 meses revelou associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), onde houve maior impacto na QVRSB entre aqueles que sentiram dor de dente no último semestre.

#### 4. CONCLUSÕES

Ainda que os dados encontrados neste estudo não possam ser considerados representativos da população, a alta necessidade de tratamento odontológico aliada a baixa procura pelo serviço e o importante impacto na QVRSB encontrados, sugere que, associado ao histórico de maus tratos dos quais essas crianças e adolescentes vem sendo atendidas, também podem estar sendo vítimas de negligência dentária. Tornam-se necessários mais estudos no que tange negligência dentária nessa

população e, também, políticas públicas de saúde mais efetivas, a fim de diminuir a desigualdade no acesso ao serviço odontológico.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

CAVALCANTI, A.L.; DUARTE, R.C. Manifestações bucais do abuso infantil em João Pessoa – Paraíba – Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Paulo, v.7, n.2, p.161- 170, 2003.

GOETTEMES, M.L.; COSTA, F.; FLACH, R.; ROSA, Q; LUZ, M.S.; TORRIANI, D.D. Oral health-related quality of life of preschool children according to reasons for seeking dental care. **Clinical and Laboratorial Research in Dentistry**, São Paulo, v.20, n.1, p.31-38, 2014.

GREENE, J.C.; VERMILLION, J.R. The simplified oral hygiene index. **The Journal of the American Dental Association**, v.68, n.1, p.7-13, 1964.

GREENE, P.E.; CHISICK, M.C.; AARON G.R. A comparison of oral health status and need for dental care between abused/ neglected children and nonabused/nonneglected children. **Pediatric Dentistry**, v.16, n.1, p.41-45, 1994.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; STEPHENS, M.; KENNY, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. **Journal of Dental Research**, v.81, n.7, p. 459-463, 2002.

KEENE E.J.; SKELTON R.; DAY P.F.; MUNYOMBWE T. BALMER R.C. The dental health of children subject to a child protection plan. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.25, n.6, p.428-435, 2015.

MINAYO, M.C.S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista brasileira de saúde materno-infantil**, v.1, n.2, p.91-102, 2001.

O'BRIEN, M. **Children's dental health in the United Kingdom 1993**. In: Report of dental survey, Office of Population Censuses and Surveys. London: Her Majesty's Stationery Office, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Levantamentos básicos em saúde bucal 4.ed.** São Paulo: Santos, 1999.

SCHUCH H.S.; COSTA F.S.; TORRIANI D.D.; DEMARCO F.F.; GOETTEMES M.L. Oral health-related quality of life of schoolchildren: impact of clinical and psychosocial variables. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.25, n.5, p.358-65, 2015

VALENCIA-ROJAS N.; LAWRENCE H.P.; GOODMAN D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. **Journal of Public Health Dentistry**, v.68, n.2, p.94-101, 2008.