

CRIANÇAS VÍTIMAS DE MAUS-TRATOS E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL: UM ESTUDO COMPARATIVO REALIZADO EM PELOTAS-RS.

IVAM FREIRE DA SILVA JÚNIOR¹; ANDRÉIA DRAWANZ HARTIWG²; GIULIA
TARQUÍNIO DEMARCO³; VANESSA MÜLLER STÜERMER⁴; MARÍLIA LEÃO
GOETTEMS⁵; MARINA SOUSA AZEVEDO⁶

¹Universidade Federal de Pelotas– ivamfreire@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas– andriahartwig@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas– giugiu.demarco@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas– vanessa.smuller@gmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas– mariliagoettems@hotmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas– marinasazevedo@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Os maus-tratos na infância permeiam a sociedade desde os tempos mais primitivos (MINAYO, 2001), podendo se manifestar de diversas formas, como o abuso físico, sexual, psicológico e a negligência. A violência infantil possui uma alta prevalência no mundo (SHOLTENBORG et al., 2014), trazendo consequências físicas, mentais e comportamentais severas desde à infância até a vida adulta (GILBERT et al., 2009), podendo afetar a Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS) (AFIFI et al., 2007). Em relação à saúde bucal, a literatura tem observado que crianças vítimas de maus-tratos podem apresentar maior prevalência de cárie dentária e trauma dentoalveolar (SILVA-JÚNIOR et al., 2016).

Os parâmetros clínicos não são totalmente adequados para o novo conceito de saúde, onde esta não é apenas a ausência da doença, mas também um equilíbrio da saúde física com a mente e com as relações sociais, tal qual como o indivíduo se percebe em relação à sua qualidade de vida (BENNADI; REDDY, 2013). Nas últimas décadas, os indicadores de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) tem sido utilizados para compreender o impacto das desordens bucais no bem-estar geral e na qualidade de vida dos indivíduos (SISCHO; BRODER, 2011).

Assim, a saúde bucal como componente da saúde geral, também requer atenção. Na nossa busca, não foram encontrados nenhum estudo avaliando a QVRSB em crianças vítimas de maus-tratos. É possível que, devido as sequelas psicológicas do abuso e, muitas vezes, a ausência de estrutura familiar, haja uma percepção mais negativa da QVRSB. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar a QVRSB e comparar com um grupo de escolares sem registros de maus-tratos na cidade de Pelotas-RS.

2. METODOLOGIA

Este estudo transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (Protocolo: 1.267.179) e conduzido no Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente (NACA), localizado na cidade de Pelotas-RS entre Novembro de 2015 a Novembro de 2016. O NACA é um centro de apoio psicológico e social as crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, encaminhados dos órgãos notificadores da cidade de Pelotas-RS. Quarenta e oito crianças entre 8 e 10 anos de idade provenientes do NACA participaram do estudo.

Para um grupo comparativo, utilizou-se dados de 144 escolares, randomicamente selecionados, com a mesma faixa etária, provenientes de um banco de dados de um estudo conduzido em 2010 na mesma cidade (GOETTEMES et al., 2013), certificando-se de que estes escolares não tivessem registros no NACA. O pareamento entre as crianças dos dois grupos deu-se por idade, sexo e tipo de escola (pública ou privada). Com um total de 192 participantes e uma relação entre os grupos de 3:1 (3 crianças do grupo de comparação para cada criança vítima de maus-tratos), o estudo teve 80% de poder para detectar uma diferença média de 8,2, assumindo um nível de significância de 5%.

Para avaliar a QVRSB foi utilizado o Child Perception Questionnaire (CPQ) (JOKOVIC et al., 2004) na versão CPQ₈₋₁₀, correspondente a faixa etária em questão. Este instrumento foi validado para uso no Brasil por Martins et al. (2009) e possui 25 questões distribuídas em 4 subescalas (Sintomas Orais, Limitações Funcionais, Bem-estar emocional e Bem-estar social). As questões seguem uma escala do tipo Likert e são relacionadas a fatos das últimas 4 semanas da criança. As respostas possuem escores que vão de 0 (Nunca) até 4 (Todos os dias ou quase todos os dias). A soma dos escores gera um escore geral que varia de 0 a 100, e cada subescala varia de 0 a 20, exceto o “Bem-estar social” que varia de 0 a 40. Neste instrumento, quanto maior o escore, maior o impacto.

Foram coletados dados socioeconômicos e demográficos, como idade, sexo, renda familiar mensal, cor da pele e tipo de escola. As crianças foram questionadas ainda sobre medo odontológico. Além disso, as crianças foram examinadas para cárie dentária, através do Índice de Dentes Cariados, Perdidos/extraídos e Obturados (CPOD/ceod), o exame foi realizado por pós-graduandos previamente treinados e calibrados e seguindo todas as protocolos preconizados pela OMS para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal (OMS, 2013).

Foi realizada estatística descritiva (exato de Fisher e Qui-quadrado) para comparar as características entre os grupos. Para comparar as médias do CPQ₈₋₁₀ entre os grupos foi utilizado o test-t, sendo considerado estatisticamente significativo quando p foi menor que 0,05. Foi utilizado um modelo de regressão linear para avaliar os efeitos dos grupos no escore geral do CPQ₈₋₁₀ geral e em suas subescalas. Além da principal variável independente (presença dos maus-tratos), foi realizada inclusão de possíveis fatores de confusão no modelo ajustado (renda familiar mensal, tipo de escola, cor da pele, sexo, idade, medo odontológico e dentes cariados não tratados – componente C do índice CPOD/ceod). A utilização dessas variáveis foram apoiadas pela literatura (SCHUCH et al., 2015; FOSTER PAGE et al., 2013) e incluídas no modelo final independente dos valores de p na análise não ajustada. Os efeitos com valores de $p < 0,05$ foram considerados significantes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise bivariada, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação ao escore geral do CPQ₈₋₁₀. No que concerne as subescalas, somente sintomas orais ($p=0.039$) e limitações funcionais ($p=0.007$) foram observados um maior impacto no grupo das crianças vítimas de maus-tratos. Após o ajuste para as variáveis de confusão, observou-se que as crianças vítimas de maus-tratos apresentaram uma maior média no CPQ₈₋₁₀ geral e nas subescalas sintomas orais e limitações funcionais ($p < 0,05$), como observado na Tabela 1.

Tabela 1: Resultados da Análise de regressão linear (n=192)

Variável Dependente: CPQ ₈₋₁₀			
Variável Independente: Maus-tratos (0=Não 1=Sim)			
	Exp (β)	p	R ²
Escore Geral*	4.944	0.029	0.14
Sintomas Orais*	1.328	0.003	0.10
Limitações Funcionais*	1.907	0.003	0.13
Bem-estar emocional*	1.188	0.123	0.11
Bem-estar Social*	0.507	0.540	0.11

Ajustado para: Renda familiar, tipo de escola, cor da pele, sexo, idade, medo odontológico e dentes cariados não-tratados

Sendo assim, este estudo confirmou a hipótese de que crianças vítimas de maus-tratos apresentam um maior impacto na QVRSB quando comparadas com crianças que não viveram nesse contexto. Segundo Foster Page et al. (2013), as características psicossociais contribuem bastante para a QVRSB, podendo ser até mais importantes do que as características clínicas e sociodemográficas. Ainda que não mensuradas as características psicossociais neste trabalho, a literatura é conclusiva em relação as características de baixa autoestima, ansiedade e depressão nestas crianças (MINAYO, 2001).

Em relação ao maior impacto nas subescalas pertinentes a dor e limitada função no grupo de crianças vítimas de maus-tratos, é provável que isto seja resultado do trauma da violência sofrida. McGrath (1994) observou que a dor é influenciada pela situação em que os indivíduos estão passando e a percepção pode depender do ambiente, como cultura e família, podendo predispor a dor inclusive na ausência de doença orgânica.

Contrariando as nossas expectativas, bem estar emocional e social não apresentaram diferença estatística entre os grupos. Isto pode ser explicado pelo fato de algumas crianças, mesmo tendo passado por situações negativas, apresentarem uma resiliência emocional, como se fosse um esforço a fim de lidar com as adversidades vividas (CICCHETTI; ROGOSCH, 1997).

4. CONCLUSÕES

Com base nos resultados, é possível sugerir que crianças vítimas de maus-tratos precisam ser mais amplamente assistidas, não só no tratamento das desordens bucais, mas também na prestação de cuidados interdisciplinares, o que pode ajudá-los a enfrentar os problemas da melhor maneira possível.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINAYO, C.M.S. Violence against children and adolescents: a social and a health problem. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v.1, n.2, p.91-102, 2001.

SHOLTENBORGH, M.; BAKERMANS-KRANENBURG, M.J.; ALINK, L.R.A.; van IJZENDOORN, M.H. The prevalence of child maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. **Child Abuse Review**, York, v.24, n.1, p.37-50, 2015.

AFIFI, T.O.; ENNS, M.W.; COX, B.J.; de GRAAF, R.; ten HAVE, M.; SAREEN, J. Child abuse and health-related quality of life in adulthood. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v.195, n.1, p.797-804, 2007.

GILBERT, R.; WIDOM, C.S.; BROWNE, K.; FERGUSON, D.; WEBB, E.; JANSON, S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. **The Lancet**, London, v.373, n.1, p.69-81, 2009.

SILVA JÚNIOR, I.F.; GOETTEMMS, M.L.; AZEVEDO, M.S. Oral health status of children and adolescents victims of abuse: a literature review. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, Joinville, v.13, p.104-108, 2016.

BENNADI, D.; REDDY, C.V. Oral health related quality of life. **Journal of International of Society of Preventive and Community Dentistry**, Ahmedabad, v.3, p.1-6, 2013.

SISCHO, L. BRODER, H.L. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. **Journal of Dental Research**, v.90, p.1264-1270, 2011.

GOETTEMMS, M.L.; CORREA, M.B.; VARGAS-FERREIRA, F.; TORRIANI, D.D.; MARQUES, M.; DOMINGUES, M.R.; HALLAL, P.C.; DEMARCO, F.F. Methods and logistics of a multidisciplinary survey of schoolchildren from Pelotas, in the Southern Region of Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, p.867-878, 2013.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; TOMPSON, B.; GUYATT G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. **Pediatric Dentistry**, v.26, p.512-518, 2004.

MARTINS, M.T.; FERREIRA, F.M.; OLIVEIRA, A.C.; PAIVA, S.M.; VALE, M.P.; ALLISON, P.J.; PORDEUS, I.A. Preliminary validation of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire 8-10. **European Journal of Paediatric Dentistry**, Roma, v.10, p.135-140, 2009.

SCHUCH, H.S.; COSTA, FDOS. S.; TORRIANI, D.D.; DEMARCO, F.F.; GOETTEMMS, M.L. Oral health-related quality of life of schoolchildren: impact of clinical and psychosocial variables. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Medford, v.25, p.358-365, 2015.

FOSTER PAGE, L.A.; THOMSON, W.M.; UKRA, A.; FARELLA, M. Factors influencing adolescents' oral health-related quality of life (OHRQoL). **International Journal of Paediatric Dentistry**, Medford, v.23, p.415-423, 2013.

MCGRATH, P.A. Psychological aspects of pain perception. **Archives of Oral Biology**, v.39, p.55-62, 1994.

CICCHETTI, D.; ROGOSCH, F.A. The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. **Developmental Psychopathology**, v.9, p.797-815, 1997.