

CONHECIMENTO E ATITUDES DE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA EM RELAÇÃO A MAUS-TRATOS INFANTIS: EFEITO DE UMA ÚNICA AULA

LAURA DOS SANTOS HARTLEBEN¹; IVAM FREIRE DA SILVA JÚNIOR²;
ANDREIA DRAWANZ HARTWIG³; LUISA JARDIM CORRÊA DE OLIVEIRA⁴;
MARINA SOUSA AZEVEDO⁵;

¹Universidade Federal de Pelotas – laurahartleben@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – ivanfreire@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – andreiaharwig@hotmail.com

⁴Universidade Católica de Pelotas – luisacorreadeoliveira@hotmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – marinasazevedo@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Os maus-tratos são caracterizados como crime de sujeitar o dependente a punições, trabalho excessivo e/ou privação de alimentos e cuidados, colocando em risco a vida ou a saúde (BRASIL, 2019). Nesse contexto, os maus-tratos infantis (MTI) são definidos quando ocorrem em crianças e podem ser classificados como abuso físico, emocional e / ou sexual e negligência, podendo impactar negativamente a saúde infantil, suas famílias e comunidades (MINAYO, 2001).

O abuso infantil é um problema comum em todo o mundo que, embora subnotificado, em 2011, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) notificou 39.281 atendimentos por maus-tratos na rede pública de saúde (WAISELSZ, 2012). O aumento no número de casos mostra que é necessário exigir ações de controle por meio de medidas preventivas para os setores sociais envolvidos, bem como trabalhadores de saúde que, em contato com a criança, possam identificar os sinais de MTI (NUNES; SALES, 2016).

O Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece que os profissionais de saúde devem denunciar quaisquer casos suspeitos ou confirmados de MTI. Estudos com crianças maltratadas relatam que as regiões de cabeça e pescoço são as mais afetadas, proporcionando aos dentistas que atendem pacientes pediátricos uma posição privilegiada para identificar e registrar os casos de MTI (DA SILVA; GOETTEMES; AZEVEDO, 2016).

Entretanto, apesar da potencial atuação do dentista, a falta de conhecimento sobre sinais e sintomas de abuso, procedimentos de notificação as autoridades responsáveis, treinamento e protocolos de enfrentamento da violência ainda são raros para as equipes odontológicas são as dificuldades mais citadas pelos profissionais de saúde bucal (BJORKNES et al., 2019). Ademais, a inserção desse tema se mostrou incipiente nos currículos de graduação em odontologia em diversos países (MOURA et al., 2015). No Brasil, esse fato ocorre devido a liberdade das universidades quanto a escolha dessa disciplina na grade curricular da graduação, não sendo obrigatória ou exigindo um número mínimo de horas.

Por fim, não está claro se uma única aula antes da formatura poderia trazer algum benefício em termos de conhecimento e atitudes para os alunos em relação aos MTI (GOMES et al., 2011). Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar se uma aula de 2 horas abordando o MTI melhorou o conhecimento e as atitudes dos alunos.

2. METODOLOGIA

Este estudo transversal de amostragem não probabilística, incluiu alunos de odontologia matriculados no 7º e 10º semestres durante o segundo semestre de 2016 e todo o ano letivo de 2017 (3 turmas de graduação por semestre). Os alunos do 7º semestre foram o grupo de alunos sem aula MTI, sendo 141 alunos elegíveis no período da coleta de dados. O 10º semestre (grupo intervenção) foram aqueles que tiveram uma aula sobre MTI, sendo 159 alunos elegíveis durante os três semestres avaliados.

Foram excluídos os alunos de graduação que estavam se transferindo de outras universidades e/ou que tinham disciplinas em outras instituições de ensino.

A aula sobre maus-tratos infantis foi oferecida aos alunos do grupo intervenção na disciplina de Odontopediatria durante o 8º semestre, sendo 1 hora de aulas teóricas e 1 hora de discussão de casos clínicos, no mesmo turno, abordando definições e classificações, sinais e sintomas de maus-tratos, atuação do dentista em casos suspeitos e serviços de organização protetora disponíveis, através de slides do *Microsoft®Powerpoint* projetados em uma tela.

Para o grupo intervenção, o questionário foi aplicado quando eles estavam matriculados no 10º semestre; para os alunos que não receberam aula de MTI, o questionário foi aplicado quando eles estavam matriculados no 7º semestre.

A definição de MTI foi coletada por meio de uma pergunta aberta (*“Como você definiria o abuso infantil?”*). As respostas foram categorizadas a partir da definição de maus-tratos descrita no Código Penal Brasileiro (CPB), artigo 136. Uma resposta foi considerada correta quando afirmava que o MTI consistia em quando uma pessoa que deveria proteger uma criança a expôs a algum tipo de perigo ou cometeu alguma violência. Uma resposta incorreta foi categorizada quando as respostas não ofereciam nenhum elemento da definição do CPB.

Para os tipos de MTI, os alunos foram solicitados a descrever os tipos de MTI que eles tinham conhecimento. Com base na classificação da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA), os tipos corretos incluíram abuso físico, emocional/psicológico e sexual e negligência. As respostas dos alunos foram corretas quando mais de 2 tipos eram citados. A responsabilidade dos dentistas em identificar os casos de MTI foi coletada usando a pergunta: *“Você acha que é responsabilidade do dentista detectar os casos de MTI?”*.

Em relação ao conhecimento no caso de suspeita de MTI a coleta foi feita pela afirmação *“Quando eu me formar, saberei como agir quando encontrar um caso de suspeita de MTI”*. Em relação à variável das implicações para o dentista, questionou-se: *“Há implicação legal para o dentista que não atua diante de uma suspeita de caso de abuso?”*. Quanto à atitude dos alunos em caso de suspeita de MTI, uma questão aberta era *“Qual seria sua conduta diante de um caso suspeito de MTI?”*. A resposta foi considerada correta se o aluno respondesse que faria notificar a autoridade competente, ou se usado como sinônimo de “notificação”.

Os alunos que não compareceram no dia da aplicação do questionário foram procurados três vezes por um período não superior a um mês. O período de tempo entre a aula de MTI e a coleta de dados para o grupo que recebeu a aula de MTI foi de 6 a 9 meses após a aula.

A análise estatística descritiva foi realizada usando o STATA versão 12.0 (CollegeStation, TX, EUA). O teste Qui-quadrado foi usado para comparar os dois grupos de alunos, em relação às variáveis conhecimento e atitude. Diferenças com $P \leq 0,05$ foram consideradas estatisticamente significativas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 271 alunos responderam ao questionário. Houve uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de alunos em relação a todas as variáveis avaliadas ($P < 0,05$).

Em termos de definição de MTI, 26,36% dos alunos que não receberam aulas de MTI não sabiam o conceito correto, apenas 2,17% do outro grupo de alunos não sabia ($P < 0,001$).

Quase o dobro do número do grupo intervenção descreveu um maior número de tipos de MTI (> 2) em comparação com alunos que ainda não haviam frequentado a aula ($P < 0,001$). Sobre a responsabilidade do dentista em detectar MTI, 83,08% dos alunos que não frequentaram a aula MTI acreditam que é responsabilidade do dentista, comparado com 92,14% do outro grupo ($P = 0,049$).

Houve maior prevalência de alunos que concordaram com a afirmação “*Eu sei como agir diante de uma suspeita de caso de MTI*” entre os alunos que frequentaram a aula de MTI (quase 60,00%) em comparação com alunos que não o fizeram (levemente $> 20,00\%$) ($P < 0,001$). Quando questionados se havia alguma implicação legal para o dentista que não tomava nenhuma providência sobre suspeitas de MTI, 1,57% dos alunos do grupo que não recebeu aula de MTI responderam “Não”, 16,54% responderam “Sim”, e 81,89% não sabiam, 3,57% dos alunos do 10º semestre relataram “Não”, 52,86% responderam “Sim” e 43,57% não sabia ($P < 0,001$). Em relação às atitudes dos alunos em relação à suspeita de MTI, 95,59% dos alunos do 10º semestre relataram que notificariam a autoridade competente, enquanto 76,42% do outro grupo relataram esta atitude correta ($P < 0,001$).

Os resultados revelaram uma diferença significativa no conhecimento e na atitude dos alunos, uma melhoria em relação ao conhecimento sobre a definição, número de tipos relatados, responsabilidade dos dentistas e implicações legais e atitudes sobre MTI após a aula de 2 horas.

Entretanto, estudos mostraram que cursos ou aulas individuais resultaram em menos retenção de conhecimento do que treinamentos mais extensos. De acordo com esses achados, uma única auladurante o período acadêmico pode não ser suficiente para garantir o conhecimento e as atitudes dos dentistas em relação aos MTI.

Assim, uma possível sugestão para aprimorar o conhecimento e a competência do dentista para atuar em casos de MTI é garantir que, além das aulas de graduação, os dentistas busquem formação profissional regular e de atualização. Isso, pois, apesar de uma redução importante no percentual de respostas incorretas quanto à definição de MTI pelos alunos que frequentaram a aula, o percentual de respostas totalmente corretas permaneceu baixo.

Outra questão que precisa ser tratada em pesquisas futuras é a comparação de diferentes métodos de ensino. Neste estudo, utilizamos um método misto, (aulas expositivas e discussão de casos clínicos) e encontramos um resultado positivo, porém, não comparamos este método de ensino com outros para identificar quais são mais eficazes.

Ademais, outro ponto digno de ênfase foi o reconhecimento pelos alunos das implicações legais para o dentista que não agia no caso de suspeita de MTI. Nosso estudo demonstrou uma melhoria no conhecimento dos alunos sobre as implicações legais, no entanto, a porcentagem de alunos que relataram “Não sei” permaneceu alta mesmo depois da aula. É importante observar que a criminalidade não é a mesma em todos os países, talvez dificultando o

reconhecimento dos alunos sobre as questões jurídicas que envolvem a MTI, bem como a falha ou dificuldade do sistema de justiça brasileiro em colocar essa pena em prática.

4. CONCLUSÕES

Em conclusão, o presente estudo demonstrou que uma única aula na graduação abordando MTI melhorou o conhecimento dos alunos de odontologia sobre o tema MTI. No entanto, isso não foi suficiente para garantir um alto nível de conhecimento em todos os aspectos avaliados. Assim, os currículos odontológicos devem ser expandidos para preparar melhor os alunos para proteger as crianças da violência doméstica.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BJORKNES R.; IVERSEN A.C.; NORDREHAUG-ÅSTRON A., VAKSDAL BRATTABO I. Why are they reluctant to report? A study of the barriers to reporting to child welfare services among public dental healthcare personnel. **Health Soc Care Community**, v. 27, p. 871-879, 2019.

BRASIL. Basic penal collection. **Brasília: Federal Senate – Coordination of Editions Techniques**, p. 243, 2019.

DA SILVA-JÚNIOR, I.F.; GOETTEMES, M.L.; AZEVEDO M.S. Oral health status of children and adolescents victims of abuse: a literature review. **Revista Sul Brasileira de Odontologia**, v. 13, n. 2, p. 104-108, 2016.

GOMES L.S.; PINTO T.C.A.; COSTA E.M.M.B.; FERREIRA J.M.S.; CAVALCANTI S.D.A.L.B.; GRANVILLE-GARCIA A.F. Perception of students of dentistry on abuse in childhood. **Odontol. Clín.-Cient**, v. 10, n. 1, p. 73-78, 2011.

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.

MOURA A.R.; AMORIM A.; PROENÇA L.; MILAGRE V. Dentists and undergraduate dental students require more information relating to child abuse. **Medical Express**, v. 2, n. 2, p. 1-4, 2015.

NUNES A.J.; SALES M.C.V. Violence against children in Brazilian scenery. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 3, p. 871-880, 2016.

WAISELFISZ, J.J. Mapa da violência 2012 - Crianças e Adolescentes Do Brasil. 1 ed. São Paulo. **Instituto Sangari**, p. 7-11, 2012.