

ALEXANDRE SABATINI CAVAZZOLA

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS VOLTADOS AO
CUIDADO DA CRIANÇA EM RELAÇÃO À NEGLIGÊNCIA À
SAÚDE BUCAL COMO FORMA DE MAUS-TRATOS**

Tese de Doutorado

FLORIANÓPOLIS
2011

ALEXANDRE SABATINI CAVAZZOLA

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS VOLTADOS AO
CUIDADO DA CRIANÇA EM RELAÇÃO À NEGLIGÊNCIA À
SAÚDE BUCAL COMO FORMA DE MAUS-TRATOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Odontologia, Área de concentração: Odontopediatria

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª. Vera Lúcia Bosco

FLORIANÓPOLIS

2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

C377p Cavazzola, Alexandre Sabatini
Percepção de profissionais voltados ao cuidado da criança
em relação à negligência à saúde bucal como forma de maus-
tratos [tese] / Alexandre Sabatini Cavazzola ; orientadora,
Vera Lúcia Bosco. - Florianópolis, SC, 2011.

85 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina,
Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em
Odontologia.

1. Odontologia. 2. Crianças - Maus-tratos. 3. Crianças
- Cuidado e higiene. 4. Saúde bucal. 5. Odontopediatria. I.
Bosco, Vera Lúcia. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU 616.314

Dedico esta tese,

À minha mulher, amiga, companheira e colega ***Claudia de Abreu Busato***, pela compreensão, apoio incondicional e força nos momentos de estresse, dúvidas e dificuldades. Obrigado por tudo e por ter me dado “duas jóias preciosas”. Te amo...

Aos meus filhos ***Maria Luiza e Alexandre Filho***, não tenho palavras para expressar o sentimento que sinto por vocês. Vocês se tornaram a razão do meu viver. Desculpem as vezes que o Papai esteve ausente. Amo vocês...

Agradecimentos especiais:

Aos meus pais, ***Olacir e Bernardete***, por todos os ensinamentos, e a forma como conduziram minha criação, serei eternamente grato...

Aos meus irmãos, ***Luciana e Fernando***, por dividirem comigo as alegrias e tristezas deste caminho e a ***Luciana***, por ter compartilhado seu lar em determinados momentos...

À ***Professora Dra. Vera Lúcia Bosco***, minha orientadora e amiga, que sempre esteve pronta para oferecer seu carinho e atenção. Agradeço também pela disponibilidade, dedicação e confiança depositadas em mim, e pelo que representou na minha formação profissional e científica. Muito obrigado!!

Agradeço ainda:

Aos professores do *Curso de Pós-Graduação em Odontologia* e, especialmente, aos professores da *Disciplina de Odontopediatria*, pelos conhecimentos transmitidos.

Aos meus colegas do doutorado, *Carla Miranda, Catherine Schimitz Espezim, Helen Cristhiane Müller Nagano, Karin Faust, Maria Helena Pozzobon, Rui Tavares e Thaís Regina Kummer* pela amizade e pelos bons momentos compartilhados.

A todos, *amigos e colegas da Pós-Graduação*, pelo apoio, carinho e amizade formada, principalmente no início do curso.

Às secretárias *Ana Maria Vieira Frandolozo, Elizabete Caldeira de Andrade e Ivalda Delorme dos Santos*, pela presteza e atenção dispensados.

Aos meus familiares e amigos, por todo incentivo e apoio em determinados momentos.

A todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão de mais esta etapa.

CAVAZZOLA, A.S. Percepção de profissionais voltados ao cuidado da criança em relação à negligência à saúde bucal como forma de maus-tratos. 2011. 85f. Tese (Doutorado em Odontopediatria) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis

RESUMO

Este estudo buscou identificar a percepção de cirurgiões dentistas, professores e conselheiros tutelares sobre a negligência à saúde bucal como uma forma de maus-tratos à criança. Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório descritivo, no município de Lages, Santa Catarina, mediante entrevistas semi-estruturadas e os dados trabalhados pela técnica de análise de conteúdo. Verificou-se que o significado da saúde bucal está diretamente relacionado com a qualidade de vida e a ausência de doenças nas crianças, e que os entrevistados consideram precária a condição da saúde bucal das mesmas e destacam a família como principal responsável pela saúde bucal das crianças. Em relação à definição de maus-tratos, citaram principalmente a ação e omissão frente à integridade da criança, e que identificam esta situação principalmente através do comportamento que a criança apresenta e também por sinais clínicos. A conduta tomada por eles frente a esta situação foi a denuncia a órgãos competentes. Embora a maioria considere que a saúde bucal das crianças é negligenciada tanto pelos pais como pelo Estado, poucos entrevistados percebem uma relação direta entre maus-tratos e falta de cuidado ou negligência com a saúde bucal. Outro aspecto citado foram os traumatismos dentários como violência física sofrida pela criança. Entretanto, a maioria dos entrevistados refletiu sobre o tema: a falta de saúde bucal é maus-tratos ou pode ser falta de informação e conhecimento? Conclui-se que é necessário aprofundar o estudo sobre este tema, pois é fato que negligência à saúde da criança é uma forma de maus-tratos, porém o contexto em que isto acontece merece ser analisado de maneira sistemática.

CAVAZZOLA, A.S. Perception of professionals involved with childhood care in relation negligence to oral health as manner of maltreatment. 2011. 85f. Thesis (PhD in Dentistry – Pediatric Dentistry) – Federal University of Santa Catarina, Florianópolis.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the perception of pediatric dentistry dentists, school teachers and members of the Council of Guardianship of oral health negligence as a way of maltreatment against children. For that, a qualitative descriptive exploratory research was carried out in Lages, Santa Catarina, data were obtained through semi-structured interviews and analyzed by content analysis technique. It was verified that the meaning of oral health is directly related to quality of life and the absence of disease in children; interviewees consider fragile the children's oral health and pointed out the family as the main responsible for the oral health maintenance. Regarding the definition of maltreatment, the interviewees reported action or omission to children's integrity and the identification of those situations mainly through children's behavior and clinical signals. In these cases their own behavior is to denounce in to the police. Despite most of the subjects considered that the children's oral health is neglected by their parents as well as the government, only few perceived a direct relation between maltreatment and absence of care or negligence with oral health. Also, they cited dental trauma as a physical violence against children. However, most interviewees thought over the subject: Is the lack of oral health a maltreatment or can it be a lack of knowledge and information? Thus, it is necessary to deepen the research on this matter as it is a fact that negligence to children's health is a way of maltreatment, however, the context at what this situation happens deserves to be analyzed in a systematic way.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO GERAL.....	9
2. ARTIGO 1.....	13
3. ARTIGO 2.....	27
4. ARTIGO 3.....	40
5. REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO GERAL.....	52
6. ANEXOS.....	54
A. Parecer do Comitê de Ética – UFSC.....	54
B. Formulário utilizado na entrevista.....	55
C. Normas para publicação do artigo 1.....	56
D. Normas para publicação do artigo 2.....	63
E. Normas para publicação do artigo 3.....	73

1. INTRODUÇÃO GERAL

Atualmente a procura por qualidade de vida faz parte da realidade da maioria das pessoas, cada qual dentro do seu contexto. Entretanto, alguns fatores são comuns, como a busca pela saúde e bem estar.

Segundo a Organização Mundial de Saúde¹ qualidade de vida pode ser definida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A Constituição Federal Brasileira² relata que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

Dentro deste enfoque as situações que tenham impacto na saúde devem ser trazidas para debate e discutidas, dentre elas, a saúde bucal e os casos de maus-tratos na infância e adolescência, considerados problemas de saúde pública.

Mundialmente, quase 3.500 crianças e adolescentes morrem anualmente em decorrência de maus-tratos (físico ou negligência)³. Para cada morte por maus-tratos em menores de 15 anos, estimam-se 150 casos de abuso físico. No mundo todo, calcula-se um coeficiente de mortalidade por maus-tratos de 2,2 para cada 100.000 crianças do sexo feminino e de 1,8 a cada 100.000 crianças do sexo masculino⁴.

O Ministério da Saúde do Brasil aponta que as agressões constituem a primeira causa de morte de jovens entre 5 e 19 anos de idade, sendo que a maior parte dessas agressões provêm do ambiente doméstico⁵. Em 2005⁶, as agressões constituíram a primeira causa de óbito na faixa etária de 0 a 19 anos de idade (39,7%), com proporção expressiva na faixa etária de 15 a 19 anos (55,1%).

De maneira geral, percebe-se uma falta de dados reais referente à questão de maus-tratos no Brasil. O que se observa são trabalhos epidemiológicos regionalizados, realizados em diferentes ambientes, como conselho tutelar, delegacias de proteção ao menor, instituto médico legal e até mesmo em ambiente escolar, que de uma forma sucinta evidenciam parte da realidade. No entanto, identifica-se a intenção de mostrar à sociedade a existência do problema mediante os dados encontrados.

Os maus-tratos a crianças podem ser identificados como traumas não acidentais infligidos a uma criança por alguém designado a tomar

conta da mesma, sem nenhuma explicação razoável. Podem ser divididos em físicos, sexuais, psicológicos e negligência. Essas categorias se superpõem: todas as formas de maus-tratos apresentam componentes emocionais e o abuso sexual também é categoria de maus-tratos físicos⁷.

Para o Ministério da Saúde⁸, a expressão maus-tratos na infância envolve toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento infantil.

Dentre os tipos de maus-tratos a negligência é a que mais acomete as crianças segundo a literatura^{9,10}. Registros no Conselho Tutelar do município de Lages-SC no período de 2005 a 2007 mostraram uma ocorrência de 3.074 casos de maus-tratos, sendo mais detectada a negligência (47,7%), seguida de violência psicológica (45,3%), outros (ex. trabalho infantil) (4,8%), violência física (1,3%) e violência sexual (0,9%). Concluiu-se que os maus-tratos constituem um problema de saúde pública, necessitando de uma maior atenção dos profissionais independente da área, principalmente daqueles que lidam com crianças e adolescentes¹¹.

Os maus-tratos podem ser identificados através da constatação de lesões físicas, principalmente na região de cabeça e face, observação do comportamento da criança e da relação dela com seus responsáveis. Estas situações podem ser bem analisadas pelos cirurgiões dentistas, visto que muitos trabalham bem próximos de seus pacientes através da Estratégia de Saúde da Família onde fazem visitas domiciliares, tendo então um contato mais próximo e vivenciando a realidade do contexto desta criança. No ambiente odontológico durante uma anamnese mais detalhada juntamente com os responsáveis, suspeitas ou confirmações de maus-tratos podem aparecer.

Partindo do pressuposto de que os professores estão em posição favorável para a identificação de maus-tratos, foi realizada uma comparação entre o número de casos de maus-tratos registrados pelo Conselho Tutelar de Ribeirão Preto/SP com os casos observados por professores da rede pública e privada deste município. A prevalência observada no setor educacional confirmou a hipótese de que a prevalência oficial é bem menor, indicando que há um número significativo de crianças que estão ou podem estar sofrendo maus-tratos e sendo deixadas sem atenção ou proteção. As modalidades mais frequentemente identificadas, tanto nos estabelecimentos públicos quanto nos particulares, foram a negligência e os abusos psicológicos, às quais geralmente se dá menor importância, por serem consideradas

menos graves¹². Este estudo reforça a importância do setor educacional no diagnóstico e denúncias nos casos de maus-tratos

Professores e demais pessoas que trabalhem em escolas e creches, bem como profissionais da saúde, devem estar preparados para identificar situações de maus-tratos e conhecer os procedimentos necessários para comunicar às autoridades competentes¹³.

A denúncia ao Conselho Tutelar de situações de maus-tratos é dever dos profissionais da saúde, educadores e da sociedade. Esta questão da obrigatoriedade da denúncia está no Estatuto da Criança e do Adolescente¹⁴ no seu artigo 245, entretanto nem todos têm este conhecimento e talvez por esse motivo não realizem as denúncias.

Embora existam trabalhos na literatura falando sobre a relação existente entre maus-tratos e odontologia, poucos deles associam diretamente negligência à saúde bucal como forma de maus-tratos na infância. Entretanto, sabemos que falta de atenção às afecções bucais podem causar prejuízos funcionais e psicológicos na criança, além de prejudicar seu crescimento e desenvolvimento.

A negligência dentária foi definida pela Academia Americana de Odontopediatria¹⁵ em 2010 como um fracasso intencional dos pais ou responsáveis em buscar e seguir até o fim do tratamento necessário para assegurar um nível de saúde bucal essencial para adequada função e ausência de dor e infecção.

A negligência à saúde bucal da criança muitas vezes não é vista como um problema de maus-tratos, isto porque o maior problema encontrado é o aparecimento da doença cárie, o que para a maioria da população é uma situação normal e esperada. Entretanto, deixar uma criança ficar com dor, ou com um processo infeccioso em sua cavidade bucal não deve ser considerado algo normal e esperado. Neste sentido, a falta de cuidados com esta criança pode sim estar caracterizando uma forma de maus-tratos, pois segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, toda criança tem direito e deve ter acesso à saúde. As pessoas percebem os fatos de várias maneiras e, assim como para os pais deve ser normal os filhos apresentarem problemas dentários, para os professores e conselheiros tutelares também pode ser, porém cirurgiões dentistas sabem que a cárie é uma doença que pode ser evitada e não o “destino” de toda criança. Entretanto, será que o cirurgião dentista, professores e conselheiros tutelares percebem que uma criança com várias lesões de cárie pode estar tendo sua saúde negligenciada? Até que ponto pode-se dizer que os pais ou outros profissionais estão negligenciando a saúde das crianças?

Os dados da literatura apontam para a abrangência e magnitude da violência praticada contra crianças e adolescentes, assim como, enfatizam a importância de se conhecer a natureza e a realidade destes eventos. Há também necessidade de se formar um diagnóstico que auxilie na elaboração e implantação de estratégias de prevenção e intervenção¹⁶.

Assim, mediante um estudo qualitativo, buscou-se conhecer as percepções dos cirurgiões dentistas que atuam na Estratégia de Saúde da Família, professores do ensino fundamental e membros do conselho tutelar a respeito da condição da saúde bucal (artigo 1), definição, identificação de maus-tratos (artigo 2) e sobre negligência à saúde bucal como forma de maus-tratos na criança (artigo 3).

2. ARTIGO 1

O significado da saúde bucal para cirurgiões dentistas, professores e conselheiros tutelares, dentro do contexto de saúde e qualidade de vida.

Resumo:

Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos cirurgiões dentistas, professores e conselheiros tutelares, do município de Lages, Santa Catarina, sobre a condição da saúde bucal das crianças com as quais os mesmos têm contato, seu significado e de quem é a responsabilidade pela manutenção da mesma, mediante uma pesquisa de caráter qualitativo e exploratório descritivo, para a qual foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e os dados analisados pela técnica de análise de conteúdo. Percebeu-se que o significado de saúde bucal está diretamente relacionado à qualidade de vida para a maioria dos entrevistados. A condição da saúde bucal das crianças foi relatada como precária e esta condição foi atribuída a: fatores socioeconômicos, culturais, falta de cuidados, de conhecimento e informação, e falta de acesso aos serviços. A família é a principal responsável pela saúde bucal das crianças, além do Estado (cirurgião dentista, equipes de saúde) e a sociedade, destacando neste caso a escola. Verificou-se que, independente do grupo de profissionais entrevistados, a relação entre saúde bucal e qualidade de vida e esta com condições sociais, econômicas e culturais está evidente; e que é necessário uma parceria entre vários segmentos da sociedade para proporcionar saúde bucal para as crianças.

Palavras-chave: qualidade de vida, saúde bucal, crianças

Introdução:

A saúde bucal atualmente é tema discutido por todos os segmentos da sociedade, desde a formação universitária até em associações de moradores e não pode ser dissociada da saúde geral, pois dela faz parte. Todos os indivíduos devem dispor de uma condição de saúde bucal que lhes permita falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto, e se relacionar com outras pessoas sem constrangimento¹.

A relação entre saúde e qualidade de vida está no senso comum e é muito explorada pela mídia. Entretanto, são vários os conceitos expressos sobre esse tema. Analisando o conceito de saúde como sendo um completo estado de bem-estar físico, mental e social e que, segundo

a Constituição Brasileira, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde², pode-se inferir que, no momento atual, muitas pessoas não têm saúde.

A saúde é compreendida enquanto qualidade de vida e não meramente a ausência de doença, o que determina que os problemas de saúde sejam enfrentados valendo-se de ações intersetoriais, visto que extrapolam a responsabilidade exclusiva do setor saúde³.

A qualidade de vida pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁴.

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural⁵.

Restringindo mais esta questão temos a saúde bucal. Qual seu papel dentro deste contexto? O que ela significa e como é percebida por diferentes segmentos da sociedade?

No contexto da odontologia é mais fácil encontrar estas respostas, entretanto quando se procura informações sobre condições de saúde das crianças é necessário buscá-las com pessoas que convivem diretamente com as mesmas.

Frente às questões apresentadas, neste estudo, procurou-se investigar, conhecer e compreender como cirurgiões dentistas, professores do ensino fundamental, e conselheiros tutelares, do município de Lages, Santa Catarina, percebem e relatam o significado de saúde bucal, a condição de saúde bucal das crianças sobre sua supervisão e quem consideram responsável pela manutenção da saúde das crianças com as quais eles convivem no cotidiano de seu trabalho.

Procedimentos Metodológicos:

O número e os sujeitos desta pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter exploratório descritivo foram selecionados de forma intencional, procurando quem conseguiria manifestar maiores e melhores informações sobre o tema⁶. A amostra de participantes foi

composta por 10 cirurgiões dentistas que fazem parte das Equipes de Saúde da Família, nove professores da rede pública de ensino de escolas onde existem projetos de atenção à saúde bucal ou próximas a uma Unidade Básica de Saúde, e os cinco Membros do Conselho Tutelar que atuam na cidade de Lages/SC. As informações foram coletadas através de entrevista semi-estruturada, incluindo dados de identificação dos profissionais (gênero, data de nascimento, ano e local de graduação, pós-graduação, tempo em que trabalha no local) e da entrevista (local, data e hora).

Para avaliação do instrumento proposto, foi realizado um estudo piloto com dois participantes de cada categoria. Como o instrumento mostrou-se adequado aos objetivos do estudo, incluíram-se estas entrevistas na análise dos dados. As entrevistas foram realizadas por um único pesquisador, em local, hora e data escolhido pelos participantes. Foram feitas oito perguntas abertas, registradas em gravador digital, sendo, posteriormente, transcritas na íntegra. Os dados foram analisados pela técnica proposta por Bardin⁷. As transcrições foram lidas exaustivamente e, a partir destas leituras, foram formadas categorias temáticas, que sofreram recortes em torno dos temas avaliados.

Este estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, sendo aprovado pelo parecer 0402/08. O compromisso de manter a identidade dos participantes em sigilo foi alcançado mediante o uso de números, cada um correspondendo a um entrevistado e utilizando as siglas iniciais da categoria: cirurgião dentista (CD); professor (P) e conselheiro tutelar (CT).

Resultados e Discussão:

Em relação ao significado de saúde bucal emergiram idéias sobre o aspecto de qualidade de vida, onde vários fatores foram destacados pelos entrevistados, como ausência de doença, comunicação, estética, relacionamento e autocuidado.

Quando o tema é saúde, deve-se pensar nos conceitos de saúde, sendo que o mais simples seria a ausência de doença, até um conceito de saúde ampliado, considerada como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (auto-realização pessoal e afetiva) e sócio-ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza)⁸.

Para alguns entrevistados a questão da saúde bucal está diretamente ligada à ausência de doença, como fica evidente, principalmente, nos discursos dos cirurgiões dentistas:

CD1 – “ ...Não apresentar patologias na cavidade bucal, não ter cáries, não ter doença periodontal, não ter sangramento ...”; CD4 – “... saúde bucal é a ausência de doenças, é integridade de tecidos moles, duros...”, e CD6 – “ Saúde é o bem estar da pessoa, sem nenhuma patologia, sem problemas maiores... ”.

Esses discursos parecem evidenciar que alguns cirurgiões dentistas reduzem a concepção de saúde à mera "ausência de doença" e este fato pode levar a que os cuidados assumam a forma de "ações e procedimentos meramente técnicos" informados pela ciência biomédica e descolados do mundo vivido⁹.

Tornou-se lugar-comum, no âmbito do setor saúde, repetir, com algumas variantes, a frase: *saúde não é doença, saúde é qualidade de vida*. Por mais correta que esteja esta afirmativa, costuma ser vazia de significado e, freqüentemente, revela a dificuldade que temos, como profissionais da área, de encontrar algum sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico que, sem dúvida, domina a reflexão e a prática do campo da saúde pública⁵.

Os professores entrevistados também apontaram que ter saúde bucal é não ter doença, embora esta manifestação seja menos evidente em seus discursos:

P7 – “... dizer que tem a ver com a saúde dos dentes pode ser muito pouco. Aí vêm as questões da gengiva, da língua... Eu acho que são questões relacionadas ao que um dentista resolveria mesmo, são questões de dente seja por restaurações ou por problemas ortodônticos... eu imaginaria na saúde bucal aqueles problemas de aftas, de sapinho, assim que as crianças apresentam muito”; P4 – “...através da saúde bucal é que a gente tem qualidade de vida. Sem ela se torna bem complicado, pois é a porta de entrada de vírus, de uma série de coisas. Porque através da boca você pode ter complicações, infecções, enfim, “n” patologias”.

Quando o assunto é referente à criança, é a família que deve se responsabilizar pelos cuidados essenciais à saúde. Estes vão desde as interações afetivas necessárias ao pleno desenvolvimento da saúde mental e da personalidade de seus membros passando pela aprendizagem dos hábitos de higiene e alimentar⁹.

CD8 – “Se eu tivesse no tempo lá do consultório, ia dizer que era a falta de cárie, mas hoje penso diferente. Isso não é só a ausência de doença, é você dar informação para as pessoas para que elas possam se cuidar, para que elas possam conhecer o normal do anormal... ”.

Desse modo, pode-se dizer que a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente. Refere-se também ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde⁵.

Para alguns entrevistados o significado de saúde bucal está relacionado principalmente à questão da higiene bucal e como surge a doença: **P2** - *“Significa saúde, higiene, da boca parte o resto da saúde do nosso corpo, seria a porta de entrada para a saúde, a boca não estando bem cuidada dali surge um monte de coisa ruim, algumas doenças”*; **CD3**- *“...é claro ter um excelente cuidado com a escovação dos dentes, ela ser regular, também não esquecer do uso do fio dental, que pra muitos é um artigo de luxo pois não usam mesmo...”*; **CT3** - *“Ter os dentes bons, desde pequenininho, desde que comece a amamentar, já com a limpeza, com os cuidados, depois da primeira alimentação, quando começa a comer a papinha, toda vida cuidar, procurar limpar, deixar limpo, depois de cada alimentação...”*. Estes discursos evidenciam que os hábitos bucais de higiene instituídos no início da vida da criança serão a base para seus hábitos futuros.

A percepção dos fatores que interferem na qualidade de vida, relacionados a saúde bucal, foi semelhante entre os entrevistados, entretanto, foi enfatizado pelo grupo dos professores que a ausência de saúde bucal leva a problemas de comunicação, de relacionamentos, provavelmente devido suas próprias experiências pessoais ou profissionais. Por se relacionarem com muitas outras pessoas diariamente e, por estarem atentos, percebem as relações existentes entre seus alunos:

P1 - *“...porque você chega numa entrevista ou num determinado lugar você vai falar, você vai sorrir, vai aparecer teus dentes...”*; **P3** - *“Saúde bucal é qualidade de vida como um todo, ... você se gosta, sorri, se comunica melhor, sem isso há um bloqueio de tudo, vai haver restrições em alguma coisa da vida...”*; **P6** - *“É ter bons dentes, porque quando a gente chega diante de uma pessoa, a primeira coisa que elas identificam é o sorriso, é o cartão postal da pessoa... elas vão ter vergonha de sorrir e vão ficar tímidas e com o problema da dentição atrapalha no dia a dia dessas crianças e adolescentes”*; **P8** - *“É importante por causa de tudo, imagina quando eles falam, algumas sílabas, então eu digo pra eles prestem atenção, “ah professora! mas tá assobiando”, mas tá assobiando por que? Cadê teu*

dentinho da frente? Não é só a questão de se alimentar, nem pra ficar bonito, até pra falar é importante manter o dente com saúde bucal”.

Neste discurso o professor expressa que a falta de dentes pode prejudicar a fala, destacando outras alterações além da cárie dentária. Pois a cárie embora seja a doença que mais acomete a cavidade bucal, não é a única que pode trazer desconforto e seqüelas para os indivíduos. A perda precoce de um dente decíduo por cárie, traumatismo ou mesmo na troca fisiológica dos dentes pode causar alterações locais para a criança e interferir na sua vida social.

A preocupação com a aparência dos dentes e com problemas funcionais decorrentes de perdas dentárias influenciaram as mães a cuidar dos dentes de seus filhos¹⁰, sendo assim, cirurgiões dentistas e também os professores deveriam avisar aos pais quando notarem alterações no comportamento da criança relacionadas com a condição de saúde bucal.

O que foi relatado pelos entrevistados vem ao encontro das conclusões de Feitosa e Colares¹¹, que após realizarem uma revisão da literatura, consideraram que crianças portadoras de cárie precoce na infância, em especial em estágio avançado, apresentam comprometimento da qualidade de vida. A perda de qualidade de vida leva a problemas nutricionais com diminuições de peso e altura, pela presença de dor e perda de estrutura dentária que compromete as funções e a estética, com efeitos sobre a auto-estima e socialização de crianças neste importante período do desenvolvimento humano. Os professores que convivem diariamente com as crianças, mais facilmente percebem estas modificações. Por outro lado, os cirurgiões dentistas muitas vezes só têm contato com as mesmas durante a execução de procedimentos odontológicos. Pelo próprio exercício de sua função, poucos têm um contato maior com a criança sob seus cuidados. Atualmente, no entanto, a Estratégia de Saúde da Família preconiza a criação de vínculo entre profissional e seus pacientes e que este profissional atue não só na cura, mas principalmente na promoção de saúde.

Embora os percentuais citados pelo professor não tenham comprovação científica, fazem parte de sua vivência e devem ser levados em conta: ***P5 “... a saúde de um modo em geral interfere na aprendizagem da criança é coisa muito interessante, mas é verdadeira pode pesquisar:... 30% das crianças passam, são aprovadas no final do ano sem prova final. Estes são os que têm uma saúde bucal mais perfeita, então significa que 70% têm cárie dentária, dor de dente,***

uma série de problemas e a condição é precária, e dentro destes 70% temos problemas gravíssimos”.

Os professores percebem que o processo de aprendizagem e o desenvolvimento das crianças na escola também estão relacionados com sua condição de saúde bucal, como observado por Feitosa e Colares¹¹ ao citarem, em relação ao desenvolvimento social, que a criança poderá apresentar dificuldades de relacionamento, comprometendo o desempenho escolar e favorecendo as faltas à escola.

Os conselheiros tutelares apresentam, em seus depoimentos, uma visão mais ampla, não abordam especificamente a questão dental, mas os direitos da criança como um todo, citando questões alimentares, de moradia e de acesso aos serviços.

CT1 – “... seria ter bons dentes, ter saúde é muito além do que se alimentar, é se comunicar, é ter prazer em dar um sorriso. É algo que traga um bem estar para a pessoa...”; CT2 – “...está muito ligada à questão da totalidade do ser humano e o que a gente via era muito essa questão das pessoas se preocuparem muito com a questão da alimentação, com a questão da moradia e nunca com a questão da saúde bucal. E talvez seja por ali que começa toda a questão de saúde, é por ali que você ingere alimentos, dependendo do que você ingere acaba trazendo uma série de conseqüências...”.

Em sua maioria, os entrevistados consideram que a saúde bucal das crianças é precária, e atribuem esta situação a questões socioeconômicas e culturais, falta de conhecimento/informação e acesso aos serviços de saúde. Quatro cirurgiões dentistas a consideraram regular, embora concordem com a relevância dos aspectos citados.

Entretanto, no ano de 2010 foi realizado o SB Brasil 2010¹² com o diagnóstico das condições da saúde bucal da população brasileira. Em relação à faixa etária de 5 anos de idade o ceo-s foi de 2,3, porém, 80% dos dentes não estavam tratados. As crianças com 12 anos de idade apresentavam um CPO de 2,1, sendo que um número relativamente expressivo delas, 44% estavam livres de cárie.

Salienta-se também que os cirurgiões dentistas, ao falarem em seus discursos que encontraram algumas crianças ou comunidades com uma situação de saúde bucal regular, mostravam-se surpresos. Atribuíram esta situação à polarização da cárie dentária, caracterizada como algumas crianças apresentando muitas lesões de cárie e outras com ausência da doença:

CD8 - “... me surpreendi com a quantidade de criança que não tinha nenhuma cárie... esperava pior, porém se você somar essas crianças que não têm cárie com as outras, a condição geral é regular, muito

pela polarização da doença...”; CD6 - “em virtude da condição geral do país, uma condição regular. Aqui você tem que relacionar com o aspecto socioeconômico, e aí bem focado em algumas crianças com muita quantidade de cárie e outra sem nenhuma assim, bem polarizado...”.

Um desafio a ser enfrentado na área da saúde é a falta de informações e conhecimento sobre os problemas que comprometem a saúde bucal. Auxiliar os indivíduos a elaborar conceitos e modificar a sua prática, deve ser objetivo de profissionais que trabalham diretamente com a população. Para atingir este objetivo é necessário partir das percepções das famílias, sempre considerando o contexto histórico cultural e socioeconômico a qual elas pertencem.

A maneira pela qual as pessoas percebem o processo saúde-doença influencia as práticas e os cuidados em saúde bucal. Buscar compreender estas construções e valores é essencial para se trabalhar, de forma contextualizada, a falta de informação e os conceitos que ainda persistem, como a crença que a cárie dentária é um fenômeno “natural” e não um processo patológico¹³.

Alguns discursos, por uma questão cultural, expressam a cárie e as doenças bucais como algo inevitável. Portanto, isso vai interferir na forma como as pessoas se relacionam com a doença.

P1 – “É bem precário! ...já vieram também de uma cultura que.. Ah! não precisa tratar dos dentes...”;

CT5 – “Péssima. E é assim por um fator cultural. Os pais já não tem dentes na boca e acham normal os filhos terem os dentes estragados”.

Quando questionados sobre a responsabilidade de cuidar/zelar pela saúde bucal das crianças, os entrevistados, embora fazendo parte de grupos distintos, manifestaram-se de maneira semelhante. Todos citaram a família, alguns o Estado e a Sociedade, destacando neste caso a escola, com a responsabilidade pelo cuidado. Cada grupo enfatizou o seu ambiente de trabalho, assumindo a responsabilidade pelo cuidado.

O grupo dos cirurgiões dentistas nos seus discursos declarou a sua responsabilidade em relação à saúde bucal das crianças, e que a família é a principal responsável pelos cuidados. Alguns citam a escola como co-responsável e um deles, citou o Poder Público. Entretanto, nos seus discursos, colocaram-se na posição de indivíduos e não de Estado, lembrando que os profissionais entrevistados estão inseridos nas equipes de Estratégia de Saúde da Família, portanto, fazem parte do Estado.

Os professores citaram o núcleo familiar e a escola como responsáveis pela saúde bucal das crianças, além dos profissionais da odontologia e do Poder Público. Enfatizaram em seus discursos a

ausência da participação efetiva das famílias nas escolas e as responsabilidades que estão sendo atribuídas a ela e que nem sempre a escola consegue cumprir.

Os conselheiros tutelares citam os pais como responsáveis pela saúde bucal das crianças, mas todos colocam muito enfaticamente o dever do Estado, através do acesso aos serviços de saúde.

Para Couto e colaboradores¹⁴ a família é um dos contextos mais importantes da realidade de uma criança, pois é através dela que a criança é apresentada ao mundo ao seu redor. É importante observar que os pais exercem um papel fundamental na promoção e manutenção da saúde de suas crianças.

CD10 – “Dos pais ou responsáveis, afinal eles estão mais próximos. Mas também acredito que toda a equipe de saúde poderia estar interferindo nisso...”; CD6 – “...a família. Porque se a gente não conta com a família....”.

O papel da família na produção da saúde fica subordinado ao espaço de intervenção médica que ocorre nas instituições e serviços de saúde. Uma concepção tão pobre de saúde e de cuidados resultou na exclusão da família como agência significativa de produção de cuidados⁹.

Embora todos citem a família como responsável, alguns entrevistados enfatizam que os pais não estão exercendo a função de cuidadores, como observamos a seguir: ***CD3 - “A responsabilidade é dos pais, é de quem cria. E muitos deles não cuidam eu acho que é por preguiça, porque por falta de informação e esclarecimento não é! É preguiça mesmo...”.***

De acordo com Abreu e colaboradores¹⁵, a cobrança da sociedade em relação aos cuidados com os filhos e ao mesmo tempo o não cumprimento dessa “regra” acabam causando sentimentos negativos nas mães, prejudicando sua qualidade de vida. Portanto, ao orientar as mães, deve-se levar em conta a realidade em que elas estão inseridas, para junto delas construir um plano que seja mais adequado para cada família, nas circunstâncias em que elas vivem. Atualmente muitas famílias têm uma estrutura diferenciada como observado no discurso de ***P3: - “A primeira responsabilidade é do pai e da mãe e na nossa realidade não tem pai, a figura do pai foi e a da mãe também sumiu e em alguns casos aqui e não são poucos, é a vó que cuida, a negligência então é estampada”.***

A primeira referência que as crianças têm de cuidado deveria vir da família, independente de como está constituída. Neste contexto o conceito e o significado de família é que merece ser resgatado. Talvez

por ter conhecimento desta fragilidade das famílias na atualidade é que muitos entrevistados tenham o discurso como o que segue: **CT2** - *“... se nós formos olhar a questão legal, é responsabilidade primeiro da família. O estatuto prevê isso e deixa bem claro a responsabilidade da família, depois da sociedade e por último do Estado...”*.

Os conselheiros tutelares e professores utilizam o que está assegurado na Constituição Federal de 1988¹⁶, assim como o Estatuto da Criança e Adolescente¹⁷, sempre enfatizando os deveres do Estado, como segue: **P3** - *“Olha eu vejo que o Poder Público tem uma grande responsabilidade, quando você paga impostos eles deveriam estar fornecendo o trabalho gratuito...”*; **CT2** - *“...neste caso específico é do Poder Público porque é ele que tem que oferecer os serviços. Existe uma política pública que fala da integralidade e se isso não acontece, então ele tá sendo negligente...”*.

O Estado pode ser melhor exemplificado no discurso: **CT1**- *“Em primeiro lugar a responsabilidade é do Estado... quando falo em responsabilidade do Estado, entendo como sendo: o odontólogo, os professores, a agente de saúde que visita a casa, de todo esse pessoal...”*.

Historicamente, dentro do modelo do Estado de bem-estar, houve um esvaziamento das funções familiares com transferência de suas atribuições para outras instituições sociais¹⁸. Por outro lado, a escola muitas vezes está sendo obrigada a assumir responsabilidades além das que lhe são devidas: **P2** *“...hoje as escolas tão tomando iniciativa para o médico, é psicólogo, é odontologia, eles reverteram a situação... Eles (os pais) colocam a escola como principal cuidador, sempre querem mais...”*.

A escola é um espaço socialmente reconhecido para desenvolver o ato pedagógico, é uma instituição em que o ser humano passa longa e importante etapa de sua vida. Por sua missão educativa ser complementar à missão da família, a escola contribui na construção de valores pessoais e dos significados atribuídos a objetos e situações, entre eles a saúde³. Estas mesmas idéias apontadas pelo autor apareceram no discurso que segue: **P6** - *“... como eles passam a maior parte do período, com educadores, eu acho que seriam os educadores... nós educadores devíamos estar dando esta orientação... a gente tem fazer esta ponte, universidade, escola e orientar os pais também”*.

Os profissionais da saúde devem colaborar com a escola ao compartilhar conhecimentos e práticas que auxiliem o entendimento da saúde como direito do cidadão, instrumentalizando-a acerca das questões sociais mais abrangentes que determinam o “estar ou não

saudável”, como manifestado neste discurso: **CD1** - *“A gente passa as orientações, passa nas escolas, faço as escovações... porque quando tá na escola, na escola a gente acompanha...”*. As atividades em sala de aula e na escola devem incluir a saúde como tema gerador, podendo, as diferentes disciplinas, articular seus conteúdos programáticos com as condições de vida da população, possibilitando a reconstrução do conceito de saúde. No entanto, o que se vê na prática é que nem sempre os serviços de saúde e a escola conseguem concretizar suas propostas teóricas³.

De maneira geral a maioria dos entrevistados coloca a sociedade como um todo como responsável e, adequadamente, poucos citam a própria criança, como responsável pela sua própria saúde, como exemplificado nos discursos: **CT4** - *“... a família, a Secretaria de Saúde, do Posto de Saúde na verdade é um conjunto. A própria criança, são vários os responsáveis...”*; e **CD2**- *“A criança, o adolescente também tem uma parcela de culpa... Mas as crianças têm responsabilidade, pois depois de um tempo ela é a principal responsável pelos dentes dela...”*.

No entanto, como observado acima, alguns profissionais inserem a criança no processo de cuidado, sugerindo a percepção que os mesmos têm sobre autonomia ou autocuidado, quando a pessoa é responsável pela própria saúde.

Embora todos procurem um responsável pela saúde, ou, um culpado pela doença, todos os aspectos citados têm participação na formação destas crianças e, conseqüentemente, na manutenção da saúde bucal e geral das mesmas. Como enfatizado no discurso que segue: **P9** - *“A responsabilidade é de todos nós, não dá para culpar Governo ou Escola ou programas de saúde... as coisas não acontecem sozinhas, e se nós vivemos em sociedade é ela que é a responsável para que as mudanças aconteçam”*.

Este discurso resume o anseio de praticamente todos os entrevistados que é de problemas que vão muito além do que o indivíduo possa resolver sozinho, são questões que precisam ser trabalhadas a nível coletivo: **P9** - *“... Acho que tem três questões que são fundamentais: Primeiro a cultura, segundo a questão financeira e terceiro o descomprometimento do setor público com a saúde da população. A hora que a gente conseguir trabalhar com essas questões a gente começa a caminhar para uma perspectiva melhor”*.

Considerações finais:

Qualidade de vida, citada por muitos entrevistados, é uma mistura do senso comum e dos conceitos científicos, bem como o

conceito de saúde que emergiu nestas entrevistas. A mídia explora situações de bem estar e qualidade de vida, mostrando sorrisos bonitos, pessoas bonitas e bem cuidadas. Provavelmente os entrevistados também são influenciados por estes apelos.

A estética é vista distinta da saúde, entretanto não é possível fazer esta dissociação. Uma pessoa feliz geralmente é representada tendo saúde bucal adequada, com boas condições de vida e bem informada. É sabido que falta de saneamento básico, dificuldades econômicas não favorecem o cuidado das pessoas com seu corpo.

A família ainda é responsável pelos cuidados básicos de saúde, entretanto, esta responsabilidade vem sendo repassada para outras instituições. A nova estrutura familiar leva a novas formas de pensar nas responsabilidades e muitas vezes as crianças se vêem responsáveis por si mesmas.

A principal instituição a absorver funções que deveriam ser da família é a escola, que tenta resolver inclusive problemas de saúde bucal. O Estado fornece escova e creme dental, os professores auxiliam e incentivam a higiene bucal nas crianças, entretanto muitas delas só desenvolvem este hábito na escola, por não ter incentivo e orientação em casa.

A maioria dos entrevistados tem a percepção de que ter saúde bucal é necessário para viver uma vida plena, com seu corpo em perfeito funcionamento, participando de todas as atividades necessárias (estudar, brincar, se alimentar...).

O Estado é visto tanto como vilão como quanto salvador. Ele é que deve resolver os problemas de saúde da população, no entanto, é culpado por não oferecer o atendimento. Neste sentido devem-se considerar não só as obrigações do Estado, mas principalmente das pessoas que o representam. Ao integrar a Estratégia de Saúde da Família o cirurgião dentista, mesmo que não se perceba como tal, faz parte do Estado, e neste sentido, deve se responsabilizar pela manutenção da saúde bucal da sua comunidade.

O trabalho conjunto dos diferentes seguimentos da sociedade é que poderá modificar as condições de saúde bucal das crianças para melhor. O fato dos entrevistados entenderem que a saúde bucal é fundamental para a vida da criança e o sentimento de responsabilidade que todos demonstraram, ainda que evidencie a necessidade de maior atenção por parte destes segmentos, também demonstra que a sociedade como um todo, está alerta em relação ao que é necessário desenvolver.

Referências:

1. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol** 2003; 31 Suppl 1:3-23.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais)
3. Aerts D, Alves GG, La Salvia MW, Abegg C. Convergência entre vigilância da saúde e escola cidadã. **Cad. Saúde Pública** 2004; 20 (4): 1020-28.
4. World Health Organization. WHOQOL – measuring quality of life. **The World Health Organization quality of life instruments**. Geneva: World Health Organization; 1997.
5. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc e saúde coletiva** 2000; 5 (1): 7-18.
6. Morse JM. Determining sample size. **Qual. Health Res** 2000; 10 (1): 3-5.
7. Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.
8. Schall VT; Struchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública** 1999; 15 (supl 2): S4-S6.
9. Gutierrez DMD; Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc e saúde coletiva** 2010; 15 suppl.1: 1497-1508.
10. Robles ACC, Grosseman S, Bosco VL. Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. **Ciênc e saúde coletiva** 2010; 15 suppl.2: 3271-81.
11. Feitosa S, Colares V. As repercussões da cárie precoce na infância na qualidade de vida de pré-escolares. **Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê** 2003; 6 (34): 542-8.
12. Brasil. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa nacional de saúde Bucal. Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
13. Bardal PAP, Olympio KPK, Valle AAL, Tomita NE. Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa. **Ciênc e saúde coletiva** 2006; 11 (1): 161-7.
14. Couto CMM, Rio LMSP, Martins RC, Martins CC, Paiva SM. A percepção de mães pertencentes a diferentes níveis socioeconômicos sobre a saúde bucal dos seus filhos bebê. **Arq. Odontol** 2001; 37 (2): 121-32.

15. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG). *Ciênc e saúde coletiva* 2005; 10 (1): 245-59.

16. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

17. Brasil. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Ação Social; p 56, 1990.

18. Bilac ED. Família: algumas inquietações. In: Carvalho MCB, organizadora. *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC/Cortez; 2002. p. 29-38.

3.ARTIGO 2

A percepção de cirurgiões dentistas, professores e conselheiros tutelares a respeito de maus-tratos na infância: uma abordagem qualitativa.

Resumo

O objetivo deste artigo foi conhecer a percepção dos cirurgiões dentistas, professores e conselheiros tutelares, do município de Lages, Santa Catarina, sobre o que consideram, como identificam e qual conduta frente a situações de maus-tratos na infância e adolescência. Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter exploratório descritivo, cujos dados foram coletados mediante entrevistas semi-estruturadas, as quais foram transcritas e analisadas pela técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin. Para os entrevistados, o significado de maus-tratos está diretamente relacionado à ação e omissão dos direitos da criança. Em relação à identificação dos maus-tratos, a maioria dos profissionais reconhece através do comportamento da criança, assim como por sinais clínicos/físico que a mesma apresenta. A principal conduta adotada pelos cirurgiões dentistas e professores em casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos é a denúncia ao Conselho Tutelar. Os conselheiros tutelares são os responsáveis pela ação, averiguando e confirmando a existência de maus-tratos. A maioria dos entrevistados demonstrou conhecimento sobre o assunto e embora saibam como deve ser feita a denúncia, nem todos a fazem de maneira adequada. Todos se mostraram interessados no tema e gostariam de um maior preparo para lidar com situações de maus-tratos na infância e adolescência.

Palavras-chave: maus-tratos infantis, violência física, criança

Introdução:

Maus-tratos infantil é um termo diagnóstico que descreve uma variedade de comportamentos que se estendem desde uma disciplina severa até a tortura repetitiva e intencional. Trata-se de um fenômeno complexo resultante de uma combinação de fatores individuais, familiares e sociais¹.

A violência contra crianças e adolescentes não é um fato recente, de acordo com o estudo de Pires & Miyazaki², constituindo uma prática habitual e aceita por diferentes sociedades. Abandono em instituições, escravidão, exploração do trabalho infantil, mutilação de membros para causar compaixão e facilitar a mendicância e até infanticídio são abundantemente relatados pela literatura.

O número de crianças vítimas de maus-tratos vem atingindo grandes proporções nos últimos anos. Os maus-tratos têm sido explicados por diferentes justificativas, desde práticas e crenças religiosas, motivos disciplinares e educacionais, dificuldades econômicas e desajuste emocional.

No Brasil, os dados epidemiológicos sobre maus-tratos na infância e adolescência apresentam-se deficientes, não existindo informações estatísticas fidedignas sobre o tema. Isto se deve à ausência de notificação, que pode estar relacionada ao temor das implicações legais ou pela dificuldade de diagnóstico, o que dificulta um maior enfrentamento do problema.

Para o Ministério da Saúde³, a expressão maus-tratos na infância envolve toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento infantil.

Os maus-tratos podem ser identificados como traumas não acidentais infligidos a uma criança por alguém designado a tomar conta da mesma, sem nenhuma explicação razoável. Podem ser divididos em físicos, sexuais, psicológicos e negligência. Essas categorias se superpõem: todas as formas de maus-tratos apresentam componentes emocionais e o abuso sexual também integra a categoria de maus-tratos físicos¹.

Devido à gravidade do assunto, é fundamental que informações relativas aos maus-tratos infantis sejam compartilhadas com o maior número de profissionais que atuam e/ou participam do processo de formação da criança e do adolescente, na tentativa de reduzir quadros de violência nesta parcela vulnerável da população.

Professores e demais pessoas que trabalhem em escolas e creches, bem como profissionais de saúde, devem estar preparados para identificar situações de maus-tratos e conhecer os procedimentos necessários para comunicar a autoridade competente.

Os maus-tratos na infância e na adolescência são envolvidos por um profundo pacto de silêncio, o que leva a um tímido número de denúncias, entretanto constituem um problema social crescente. Qualquer cidadão em contato com crianças e adolescentes, deve ser capaz de diagnosticar, relatar e ajudar a orientar estas crianças e seus responsáveis⁴.

Os casos de maus-tratos estão cada vez mais próximos do cotidiano das pessoas; frequentemente presenciamos histórias de violência na mídia, e esse fenômeno necessita de uma efetiva ação da sociedade. Sendo assim, os profissionais que mantêm contatos

frequentes com crianças não podem estar alheios a tal situação e devem posicionar-se como mediador e articulador na rede de apoio de proteção às vítimas.

Frente ao exposto procurou-se conhecer e compreender o que cirurgiões dentistas, professores do ensino fundamental e conselheiros tutelares, do município de Lages, Santa Catarina, consideram maus-tratos, como identificam tais situações e qual a conduta que tomam frente a casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos na infância.

Procedimentos Metodológicos:

Foi desenvolvida uma pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter exploratório descritivo, com tamanho e sujeitos da amostra selecionados de forma intencional, procurando quem conseguiria manifestar maiores e melhores informações sobre o tema⁵. A amostra foi composta por 10 cirurgiões dentistas que fazem parte das Equipes de Saúde da Família, nove professores da rede pública de ensino e os cinco membros do Conselho Tutelar que atuam na cidade. As informações foram coletadas através de entrevista semi-estruturada, incluindo dados de identificação dos profissionais (gênero, data de nascimento, ano e local de graduação, pós-graduação, tempo em que trabalha no local) e da entrevista (local, data e hora).

As entrevistas foram realizadas por um único pesquisador, em local, hora e data escolhido pelos participantes. Foram feitas oito perguntas abertas, registradas em gravador digital, sendo, posteriormente, transcritas. A técnica escolhida para a análise dos dados foi à análise de conteúdo proposta por Bardin⁶. As transcrições foram lidas e a partir destas leituras formaram-se categorias temáticas.

Este estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, sendo aprovado pelo parecer 0402/08. O sigilo quanto a identidade dos participantes foi alcançado mediante o uso de números, cada um correspondendo a um entrevistado e utilizando as siglas iniciais da categoria: cirurgião dentista (CD); professor (P) e conselheiro tutelar (CT).

Resultados e Discussão:

Após análise dos discursos observou-se que quando questionados sobre o que consideram maus-tratos, emergiu como categoria: **“ação e omissão que coloquem em risco a integridade física e mental da criança”**, sendo relatados vários fatores, entre eles, a questão da violência física, abuso/violência sexual, violência psicológica e negligência.

Os discursos a seguir definem maus-tratos de forma semelhante ao relatado pela literatura e principalmente com a definição estabelecida pelo Ministério da Saúde, demonstrando que os entrevistados estão em sintonia com o tema:

CD4 – “É qualquer agressão ou omissão que coloque em risco a integridade física, mental da criança. É qualquer dano que possa influenciar no desenvolvimento normal da criança”.

CD6 – “... é tudo que envolve uma omissão para o bem estar e desenvolvimento da criança, é não se responsabilizar por um indefeso...”.

A violência física foi citada em todas as falas, provavelmente devido à notoriedade dada pela mídia aos casos de espancamentos e violência doméstica, por causarem grande impacto na sociedade. Também é impactante por apresentar como resultado marcas e seqüelas visíveis. Outro fator a ser considerado é a forma como a sociedade encara a violência física que pode estar presente na vida das pessoas com alguma normalidade, sendo que muitos foram habituados a aceitar a “palmadinha” e isto é percebido nas seguintes falas: **CD3 – “É bater... com força, não é qualquer palmadinha, mas bater com mais força a ponto de deixar marcas, deixar roxo...”**; **P4 – “... eu posso até falar besteira, mas umas “boas palmadinhas” as vezes é bom. Eu levava e não traumatizei e se meu pai usasse só a psicologia não sei se teria um grande entendimento e amadurecimento”.**

Segundo Johnson⁷ atos de agressão podem compreender desde palmadas, consideradas educativas, até tapas, espancamentos ou queimaduras. Assim, muitas crianças experimentam o dissabor da violência física. Infelizmente o uso da punição física ainda é um instrumento utilizado com frequência na educação dos filhos no cotidiano. Os pais tendem a defender essa forma de disciplina que pode favorecer a banalização e tornar crônica a violência doméstica⁸.

O abuso sexual foi citado por alguns entrevistados, mostrando através dos discursos que esta é uma forma de maus-tratos chocante e que revolta muito as pessoas. **CD3 – “...tem também o abuso sexual, que é bem grave...”**, **CD9 – “... e é claro o maior dos absurdos que é a violência sexual contra a criança”**; **P5 – “...tem uma série de situações, tem a violência sexual que a gente já presenciou...”.**

O abuso sexual pode ser classificado em: a) abuso sexual sem contato físico, através de telefonemas obscenos, exibicionismo, conversas sobre atividades sexuais com a intenção de despertar o interesse da criança; b) contato físico, através de carícias, penetração digital e violação; e c) a exploração sexual, que se constitui em

promover a prostituição infantil, obrigar as crianças a presenciarem atos sexuais de outras pessoas, entre outros¹. Esta forma de violência emergiu em uma das falas e o entrevistado ainda fez associação com a questão de violência psicológica: **P2 – “... considero maus-tratos o que eles (pais) fazem (sexo) na frente das crianças. Sabe, porque muitos não têm a concepção de pelo menos fazerem em outro ambiente, isso é também violência psicológica”.**

Aded *et al.*⁹ relatam que o abuso sexual tem conseqüências psíquicas que vão além daquelas causadas pelo fato em si. Uma criança que tenha sido abusada sexualmente será traumatizada por toda a vida, mas a ajuda especializada somente será procurada nos casos em que, futuramente, os traumas emocionais e psicológicos venham a se agravar.

A violência psicológica está associada a todas as formas de maus-tratos, e é definida como uma forma de rejeição, discriminação, desamor, depreciação ou desrespeito em relação à criança ou adolescente. Pode envolver comportamentos como punir, humilhar ou aterrorizar com graves agressões verbais e cobranças exageradas, baseadas em expectativas irreais em relação ao bom comportamento ou ao desempenho escolar. Pode envolver também o isolamento da criança, privando-a de experiências comuns à sua idade, de ter amigos, ou ainda indução à prostituição, ao uso de drogas e ao crime².

No momento em que é praticada, a violência psicológica muitas vezes não deixa marcas ou evidências visíveis, por isso seu diagnóstico inicial é difícil, embora, dependendo da idade da criança agredida, tenha um grande impacto para o seu desenvolvimento.

Os discursos a seguir ilustram o pensamento dos entrevistados sobre o tema: **CD3 – “...é gritar, ficar humilhando a criança também é uma forma de maus-tratos, é a violência psicológica...”;** **P4 – “...acho que o maior mau-trato que você pode ter com a criança e o adolescente é o psicológico...”;** **P8 – “Desde uma forma de olhar, porque às vezes uma forma de você olhar ou a forma como você diz uma palavra machuca muito mais do que você bater...”.**

Negligência envolve a omissão de cuidados básicos e de proteção à criança frente a agravos evitáveis e tem como conseqüência, portanto, o não atendimento de necessidades físicas e emocionais prioritárias¹⁰.

A negligência é o tipo mais frequente de maus-tratos, podendo ser classificada como: física, emocional e educacional². Os depoimentos a seguir ilustram que a negligência também emergiu das entrevistas:

CD1 – “...negligência a saúde, desde o pai que não leva a criança pra tomar uma vacina, uma negligência um mau-trato com a criança...”;

CD7 – “Maus-tratos é também a falta de atenção, a falta de cuidados, às vezes acham que a criança tem condição de se virar sozinha...”;

P7 – “...é privar a criança de determinadas coisas, seja do lazer, da saúde, da consulta ao dentista é negligência...”;

CT2 – “... maus-tratos é toda forma de negligência que vai impedir a criança e o adolescente de crescer e se desenvolver com saúde, como prevê o Estatuto...”.

O comportamento apresentado pela criança foi a característica mais citada quando os entrevistados foram questionados sobre a forma de como identificam situações de maus-tratos, sendo também relacionado como identificação a visualização de sinais clínicos.

Carvalho¹¹ cita que a criança vítima de maus-tratos, geralmente recusa o contato físico, o toque e evita dar beijo, tenta esconder as lesões, sendo uma criança mais arredia, que não se integra no grupo, mais retraída e não fala com ninguém, com medo do agressor, que a subjuga pela autoridade e coerção. A criança pode se tornar mais agressiva com os pais e com colegas de escola. Tanto a agressividade quanto o retraimento são indicadores de algum problema. Falta de apetite ou excesso, a insônia ou muito sono, enurese noturna e a recusa da criança em não querer mais freqüentar a escola podem aflorar nesta situação.

É possível identificar o que foi citado nos discursos abaixo:

CD3 – “É aquela criança que quase não fala, é muito reprimida, quietinha, que quando você fala com ela não te responde ou fala bem baixo. Eu tento identificar mais pelas atitudes dela, pelo comportamento...”; **P3 – “... A criança que não fala, ela tem medo de falar e você percebe nos olhos dela, é preciso ler os olhos das crianças que elas revelam, outra coisa que é claríssimo é na brincadeira, nos modos, a linguagem ...”;** **P5 – “Principalmente pelas atitudes das crianças, a maneira como ela tá se comportando na escola, com os colegas, professores. Tem crianças que tomam umas atitudes que normalmente não seriam delas...”;** **CT4 – “Pela experiência que tenho, só na maneira como a gente observa a criança já consegue identificar. Dependendo do tipo de maus-tratos que ela sofre muda completamente seu comportamento...”.**

A criação de um vínculo de confiança com a criança é fundamental para que o profissional identifique situações de maus-tratos. Dependendo da idade da criança ela conversa e sugere que alguma coisa está errada. Tanto professores quanto cirurgiões dentistas devem ser observadores atentos e ter a capacidade de ouvir as crianças, ou interpretar seu silêncio.

Para quem lida com crianças diariamente não é difícil observar mudanças de comportamento, principalmente se o contato for diário, como é o caso dos professores e do cirurgião dentista que atua na Estratégia de Saúde da Família, embora no caso destes, o contato, por maior que seja, não é diário. No entanto, muitas vezes os profissionais atuam com a criança diariamente, podem ter uma relação de confiança estabelecida, mas não estão interessados ou atentos para diagnosticar e, nestes casos, a negligência tende a se perpetuar tornando-se mais grave pois a criança não tem a quem recorrer.

As vítimas de violência, por apresentarem características bastante peculiares, requerem uma avaliação de saúde mais cuidadosa, a fim de identificar problemas subjacentes à queixa principal. Portanto, faz-se necessário priorizar, no seu atendimento, a avaliação multidimensional, abrangente e global¹².

Outra forma de identificação de maus-tratos que emergiu foi a visualização de sinais físicos (clínicos) na criança. Com certeza um hematoma, escoriação, traumatismo principalmente na face não passam despercebidos para a maioria das pessoas, quem dirá para cirurgiões dentistas e professores que estão muito próximos das crianças, como salientado nos seguintes relatos:

CD4 – “... dá para identificar, o físico é bem característico, lesão em tecido mole, hematomas e o principal se tu pega é em cabeça e pescoço, a grande maioria das lesões corporais são nesta região...”

CD10 – “... e vejo alguma coisa na criança, algum ferimento, hematoma, alguma coisa que eu possa suspeitar que essa criança esta sendo maltratada...”

P4 – “o próprio machucado, como já aconteceu de vir com o braço quebrado, de visualizar mesmo a agressão física...”

Investigando a presença de lesões no complexo maxilofacial em crianças e adolescentes no ambiente escolar, Cavalcanti¹³ observou que lesões nas regiões da cabeça e na face estavam presentes em 69,1% da amostra, com 23,8% das vítimas apresentando injúrias na cavidade bucal, ressaltando a importância da odontologia no diagnóstico das vítimas de violência física.

O diagnóstico de maus-tratos baseia-se no reconhecimento de indicadores físicos e comportamentais comuns às crianças abusadas e negligenciadas. Além de tornar-se apto para o reconhecimento das situações de maus-tratos e para um tratamento diferencial, o cirurgião dentista deve habilitar-se para o encaminhamento destas aos órgãos competentes, conscientizando-se, ainda, a respeito das consequências legais resultantes da sua omissão¹⁴.

Em relação sobre o que fariam em situações suspeitas ou confirmadas de maus-tratos os entrevistados citaram duas situações possíveis: a denúncia e a ação.

A notificação de maus-tratos contra criança e o adolescente pode ser definida como uma informação emitida pelo setor saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados sócio-sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos. O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor¹².

A maioria dos entrevistados manifestou saber como deve ser feita a denúncia, entretanto, alguns conversam com sua equipe de trabalho antes de tomarem a decisão de denunciar, como demonstrado nos discursos que seguem: **CD1** – “...*eu relatei para a responsável pela equipe. Aí não sei se ela ia comunicar o Conselho, se ia investigar alguma coisa...*”; **CD9** – “...*nós temos o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que é composto de psicólogos, de nutricionistas, de assistente social então você comunica e já pede uma visita da Assistente Social...*”.

Parece haver uma dificuldade em realizar a denúncia, como também observado por Braz & Cardoso¹⁵ que realizaram uma pesquisa com profissionais de saúde, que atuavam em ambulatórios de pediatria e constataram que o primeiro passo quando da suspeita de maus-tratos é a discussão na equipe de trabalho.

Massoni et al.¹⁶ ressaltam que se existir dúvida a respeito de realizar a denúncia, deve-se consultar o médico do paciente, um assistente social, autoridades locais ou até um colega de profissão experiente no assunto.

Em consonância com a literatura, são poucos os entrevistados que denunciaram casos de maus-tratos ao Conselho Tutelar, entretanto todos têm alguma informação sobre como proceder.

P1 – “*Eu fiz a denúncia pro Conselho Tutelar, expliquei a situação para eles o que tinha ocorrido, para eles tomarem as medidas cabíveis...*”; e **P6** – “*Juntamente com a diretora a gente foi no Conselho Tutelar, fazer a denúncia...*”.

A denúncia de situações de maus-tratos ao Conselho Tutelar é dever dos profissionais da saúde, educadores e da sociedade, assim como evidenciado: **CD4** - “*Quando tem suspeita ou confirmação é acionar o Conselho Tutelar. Você é obrigado a fazer a denúncia, como*

profissional da saúde ou mesmo o vizinho, você tem uma pena com multa, agora não me lembro de quanto é...”.

A denúncia, no caso de médicos, professores e profissionais da saúde é obrigatória, porém alguns profissionais desconhecem esta obrigatoriedade estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente¹⁷ no seu artigo 245 e, talvez, por esse motivo não realizem a denúncia, desconhecendo inclusive a possibilidade de punição por não realizá-la.

Diferentes estudos apontam a necessidade de mudanças político-administrativas a nível municipal, quanto aos recursos necessários para viabilizar o adequado funcionamento dos Conselhos Tutelares¹⁸. A viabilidade dessas medidas possibilitaria uma maior participação popular no enfrentamento e na prevenção das diferentes formas de maus-tratos contra crianças e adolescentes, que representam um grave problema de saúde pública.

Neste sentido, emergiu nas entrevistas o descrédito quanto à resolutividade do órgão responsável pela atuação frente aos maus-tratos, evidente nos discursos: ***CD5 – “...a gente toma as medidas que é acionar o Conselho Tutelar ou em muitos casos, infelizmente porque o Conselho Tutelar nem sempre funciona, direto no Ministério Público...”;*** e ***P5 – “A atitude que eu tomei foi essa avisar o Conselho Tutelar. Só que muitas vezes você fica sem saber a quem recorrer, porque o sistema não anda, com todo o respeito aos colegas que trabalham no Conselho Tutelar, mas não anda...”***.

Um entrevistado assumiu não ter denunciado uma situação de maus-tratos embora soubesse que deveria ter feito a notificação ao Conselho Tutelar: ***CD8 – “Eu não fiz, mas o correto é fazer a notificação para o Conselho Tutelar. E o certo seria acompanhar, para ver se tem resultado...”***.

Este é um exemplo de subnotificação, onde o problema, por algum motivo, não foi denunciado aos órgãos competentes. Massoni *et al*¹⁶ consideram que a razão de não denunciar, pode estar associada à falta de confiança no seu diagnóstico de maus-tratos, desconhecimento sobre o assunto, medo de se envolverem e até mesmo medo de perderem os pacientes, nos casos das atividades privadas. Estes motivos podem esclarecer a não notificação por parte do entrevistado.

A notificação dos casos de maus-tratos em crianças e adolescentes caracteriza-se não só como uma intervenção, como também uma forma de prevenção, integrando um conjunto de medidas necessárias para a preparação da volta da criança ao lar, como, por exemplo, o acompanhamento e o apoio às famílias¹⁴.

Frente aos maus-tratos já foi discutida a questão da denúncia, mas determinadas situações, exigem ação. Este fato é ressaltado no discurso de alguns entrevistados que sentem a necessidade de fazer alguma coisa para proteger a criança, geralmente afastando-a da situação de risco ou se inteirando melhor do contexto familiar: **P2** – “... *eu sou muito compulsiva, no momento eu tiro do que tá acontecendo na hora e pego pra mim. Já aconteceu, eu tiro deles (pais) e pego (a criança) pra mim, e aí o próximo passo foi chamar o Conselho Tutelar, chama a polícia...*”; **P5** – “*A primeira coisa que nós fizemos, nos casos que eu acompanhei eu fui “in loco” na casa...*”.

Os cirurgiões dentistas entrevistados estão inseridos na Estratégia de Saúde da Família e têm como rotina as visitas domiciliares, onde também podem observar situações suspeitas como relatado: **CD3** – “... *Sabe que nas visitas domiciliares a gente até poderia suspeitar de algum caso, mas eu nunca notei isso...*”.

Segundo Reichenheim *et al*¹⁹, conforme crescem as evidências sobre a magnitude da violência familiar, cresce também o reconhecimento de que os serviços de saúde possuem um importante papel no seu enfrentamento. Por suas características intrínsecas, as unidades básicas de atendimento ou aquelas ligadas a programas de atenção integral a famílias podem servir como locais de alerta e sentinela na detecção de eventos violentos que ocorrem no âmbito populacional. No entanto, uma considerável parte dos casos de maus-tratos não é identificada. Os motivos para isto são variados. Dentre outros, encontram-se as poucas informações que profissionais de saúde dispõem sobre o problema e/ou as próprias limitações estruturais dos serviços.

Alguns profissionais entrevistados salientam em seu discurso a função de cada seguimento em relação aos maus-tratos. **P3** - “...*porque nós aqui não temos como ir lá e interferir, nós temos os conselheiros tutelares que são responsáveis e nós os ajudamos a elegê-los, e a lei é bem clara. Não é papel da polícia e nem da professora é do conselho tutelar....*”

O papel da escola, bem como do setor de saúde, indubitavelmente, é superar as práticas isoladas. Embora a promoção de saúde seja de responsabilidade do indivíduo, da família e da sociedade em geral, a escola é a única instituição que consegue reunir em sua essência grande parte da população – teoricamente toda a população em determinado momento.

O papel do educador é valioso: identificando situações, encaminhando, ouvindo e acolhendo a família, começando assim uma

atuação interdisciplinar²⁰. Entretanto, esse papel nem sempre é cumprido devido ao medo de se envolver em “conflitos particulares”, de represálias e o não reconhecimento do seu papel no problema.

O que fica evidente no discurso de P7 – *“Eu acho que na suspeita, primeiro ia investigar com os colegas. É muito complicado por um pré-julgamento você de repente denunciar uma coisa que não era, eu como educadora teria receio sim da contrapartida da família em não ficando provado, que retaliações eu possa sofrer, não minto que teria sim”*.

Mesmo a denúncia podendo ser anônima, muitos profissionais acabam não notificando situações de maus-tratos por receio, mesmo sabendo que não ficará exposto e caberá ao Conselho Tutelar verificar a denúncia. No entanto, o Conselho Tutelar também apresenta limitações nas suas atribuições, como relatado: *CT3 – “Olha dependendo de como chega a denúncia a gente vai verificar. A gente notifica os pais, eles vêm aqui, são advertidos, a gente que encaminha para os programas e continua atendendo pra ver se cessa ou se continua. O Conselho Tutelar não autua, ele só verifica, faz os atendimentos e faz os encaminhamentos para os outros agirem, por exemplo, a Delegacia, o Ministério Público, o Juiz, eles é que vão autuar”*.

Considerações finais

Todos os entrevistados demonstraram ter conhecimento do que é considerado maus-tratos na infância, principalmente porque a mídia, juntamente com programas governamentais e não governamentais estão em campanha para combater estes atos de violência. A negligência foi bem evidenciada nos relatos e quanto mais pessoas estiverem informadas a este respeito menos crianças continuarão a ser vitimizadas.

Este trabalho não se encerra aqui, pelo contrário, com os dados obtidos verificou-se que há necessidade de realizar ações de forma contínua e integrada, envolvendo toda a sociedade, para refletir sobre o tema e se apoderar de conhecimento e confiança, buscando cada vez mais identificar e denunciar situações de violência contra crianças e adolescentes.

Em relação a identificação dos maus-tratos parece faltar um olhar mais crítico e apurado, principalmente por parte dos cirurgiões dentistas, já que os professores pela sua própria condição de trabalho estão mais preparados para confrontar situações de maus-tratos. Na amostra selecionada, os conselheiros tutelares têm uma visão diferenciada por conhecerem a legislação específica e por estarem diariamente em contato com crianças vítimas de maus-tratos.

O discurso de P9 reflete o que a maioria, senão o que todos os participantes da pesquisa, incluindo o pesquisador, gostariam de expressar: *“Enquanto nós tivermos que usar da lei para as pessoas compreenderem da importância, de ter direito a educação, de ter direito a carinho, de ter direito a saúde, de ter direito a tudo, é porque nós não estamos esclarecidos suficientemente para compreendermos que o mundo pode ser melhor do que esse que ta aí”*.

Referências:

1. Cavalcanti AL **Maus-tratos infantis : guia de orientação para profissionais de Saúde**. João Pessoa: Idéia; 2001
2. Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arq Cienc Saúde** 2005; 1(12): 42-9.
3. Ministério da Saúde. Violência Intrafamiliar orientações para a Prática em Serviço. **Caderno de Atenção Básica** 2002;8.
4. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Torres Filho B, Araújo JR, Silva PFR. Ocorrência de Maus-Tratos em Crianças e Adolescentes na Cidade de Caruaru- PE. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**. 2006; 6(1): 65-70.
5. Morse JM. Determining sample size. **Qual. Health Res** 2000; 10 (1): 3-5.
6. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2006.
7. Johnson CF. Maus-Tratos e negligência infantis. IN: Nelson WE. **Tratado de Pediatria**. 15^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p.130-49.
8. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça RCV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo em um programa de intervenção. **Cienc Saude Coletiva** 2005; 10(1): 143-9.
9. Aded NLO, Dalcin BLGS, Moraes TM, Cavalcanti MT. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Rev Psiq Clin**, 2006; 33 (4): 204-13.
10. Lopes MVG, Tavares PA. Maus-tratos: 57 observações em enfermaria. **Pediatr Mod**. 2000; 36 (10): 684-8.
11. Carvalho C. Diagnóstico: abuso infantil. **Rev Bras Odontol**. 2002; 59 (3): 180-3.
12. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Cienc Saude Coletiva**. 2010; 15 (2): 481-491.

13. Cavalcanti AL Lesões no complexo maxilofacial em vítimas de violência no ambiente escolar **Cienc Saude Coletiva**. 2009; 14 (5): 1835-1842.
14. Vieira ELR, Katz CRT, Colares, V. Indicadores de Maus-Tratos em Crianças e Adolescentes para Uso na Prática da Odontopediatria. **Odontologia. Clín.-Científ**. 2008; 7 (2): 113-118.
15. Braz M, Cardoso MHCA. Em contato com a violência – os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus-tratos. **Rev latino-am. enfermagem**. 2000; 8 (1): 91-97.
16. Massoni ACLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. **Cienc Saude Coletiva**. 2010; 15 (2): 403-410.
17. Brasil. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Ação Social; 1990 56p.
18. Bezerra SC. Estatuto da criança e do adolescente: marco da proteção integral. In: Brasil. Ministério da Saúde **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 17-22
19. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. **Rev Saúde Pública** 2006; 40(4): 595-603.
20. Santos LES, Ferriani MGC. A violência familiar no mundo da criança de creche e pré-escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2007; 60 (5): 524-529.

4. ARTIGO 3

Negligência à saúde bucal: maus-tratos ou falta de informação?

Resumo

Este estudo buscou identificar a percepção de cirurgiões dentistas e professores sobre a negligência à saúde bucal como uma forma de maus-tratos à criança. Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório descritivo, no município de Lages, Santa Catarina, mediante entrevistas semi-estruturadas, com auxílio de gravador digital, posteriormente transcritas, sendo os dados trabalhados pela técnica de análise de conteúdo. A maioria dos participantes considera que a saúde bucal das crianças é negligenciada tanto pelos pais como pelo Estado, mas poucos entrevistados percebem uma relação direta entre maus-tratos e falta de cuidado ou negligência com a saúde bucal. Os traumatismos dentários foram citados como violência física sofrida pela criança. Entretanto, a maioria dos entrevistados refletiu sobre o tema: a falta de saúde bucal é maus-tratos ou pode ser ausência de informação e conhecimento? É necessário aprofundar o estudo sobre este tema, pois é fato que negligência à saúde da criança é uma forma de maus-tratos, porém o contexto em que isto acontece merece ser analisado de maneira individual e sistemática.

Palavras-chave: negligência dentária, maus-tratos, criança.

Introdução

A expressão maus-tratos na infância envolve toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento infantil (Ministério da Saúde, 2002).

A negligência apesar de não impressionar tanto como os outros graus de violência, representa cerca de 40% das fatalidades (Jesse, 1994) sendo ainda o tipo de maus-tratos de maior frequência, correspondendo a quase o dobro das demais modalidades e seguida pela violência psicológica (Granville-Garcia *et al*, 2006).

Pires & Miyazaki (2005) classificaram a negligência em três categorias: a) Negligência física: inclui a maioria dos casos de maus-tratos e nela estão inseridos problemas como ausência de cuidados médicos, pelo não reconhecimento ou admissão, por parte dos pais ou responsáveis da necessidade de atenção ao tratamento médico, ou em função de crenças ou práticas religiosas; abandono e expulsão da criança de casa por rejeição; ausência de alimentação, cuidados de higiene,

roupas, proteção às alterações climáticas; imprudência ou desobediência às regras de trânsito e falta de medidas preventivas para evitar intoxicação exógena; supervisão inadequada, como deixar a criança sozinha e sem cuidados por longos períodos; b) Negligência emocional: inclui ações como falta de suporte emocional, afetivo e atenção, exposição crônica a violência doméstica, permissão para o uso de drogas e álcool (sem intervenção), permissão ou encorajamento de atos delinquentes, recusa ou não procura por tratamento psicológico quando recomendado; e c) Negligência educacional: inclui permissão para faltar às aulas após pais ou responsáveis terem sido informados para intervir, não realização da matrícula em idade escolar e recusa para matricular a criança em escola especial quando necessário.

Gurcel, Carvalho, Barros & Alves (2001) consideraram que dentre os tipos de negligência, a dentária é a de maior interesse para o cirurgião dentista, onde observam uma falha dos pais ou responsáveis em submeter o menor a tratamentos apropriados para lesões de cárie facilmente detectáveis, infecções orais ou qualquer outra condição oral que dificulte a alimentação, provoque dores crônicas, retarde ou dificulte o crescimento e desenvolvimento da criança e torne difícil ou impossível a prática de atividades como estudar e brincar.

A Academia Americana de Odontopediatria (2010) reafirma que a negligência dentária é um fracasso intencional dos pais ou responsáveis em buscar e/ou chegar ao fim do tratamento necessário para assegurar um nível essencial de saúde bucal que permita uma função adequada, livre de dores e infecções. A cárie dentária, doença periodontal e outras condições bucais, se não tratadas, podem levar a dor, infecção, e perda da função. Essas indesejáveis conseqüências podem continuamente afetar o aprendizado, comunicação, nutrição, e outras atividades necessárias para o crescimento e desenvolvimento normal.

Para os profissionais de saúde, a habilidade para diferenciar indícios de maus-tratos de outras doenças é de fundamental importância. Podem sugerir presença de negligência e abandono: a falta de vínculo entre a criança e responsáveis, desnutrição por oferta irregular de alimentação, acidentes frequentes, principalmente domésticos, como intoxicações por medicamentos ou por materiais de limpeza, faltas constantes à escola ou creche, acompanhamento inadequado de saúde, atraso no calendário vacinal, abuso de álcool e de drogas (Santoro Júnior, 2002).

Entretanto, será que pessoas que convivem diariamente com crianças percebem negligência na saúde bucal das mesmas e que estas

podem estar sofrendo por estes problemas? E será que estas pessoas, que rotineiramente atuam com a criança, percebem negligência à saúde bucal como uma situação de maus-tratos?

Procedimentos Metodológicos:

Esta pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter exploratório descritivo foi realizada junto a cirurgiões dentistas e professores do ensino fundamental no município de Lages, Santa Catarina.

O tamanho e sujeitos da amostra foram selecionados de forma intencional, procurando quem e onde conseguiria maiores e melhores informações sobre o tema (Morse, 2000). A amostra de participantes foi composta por 10 cirurgiões dentistas que fazem parte das Equipes de Saúde da Família, nove professores da rede pública de ensino, escolhidos de escolas onde existem projetos de atenção a saúde bucal, próximas a uma Unidade Básica de Saúde. As informações foram coletadas através de entrevista semi-estruturada, incluindo dados de identificação dos profissionais (gênero, data de nascimento, ano e local de graduação, pós-graduação, tempo em que trabalha no local) e da entrevista (local, data e hora).

Para avaliação do instrumento proposto, foi realizado um estudo piloto com dois participantes de cada categoria. Como o instrumento mostrou-se adequado aos objetivos do estudo, incluíram-se estas entrevistas na análise dos dados. As entrevistas foram realizadas por um único pesquisador, em local, hora e data determinados pelos participantes. A técnica escolhida para a análise dos dados foi à análise de conteúdo proposta por Bardin. Todas as transcrições foram lidas e a partir destas leituras formaram-se categorias temáticas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, pelo parecer 0402/08. O sigilo foi alcançado mediante o uso de codinomes (números), cada um correspondendo a um entrevistado e utilizando as siglas iniciais de qual categoria ele pertencia, exemplo: cirurgião dentista (CD) e professor (P).

Resultados e discussão

Quando os entrevistados foram questionados sobre se percebiam relação entre saúde bucal das crianças e maus-tratos, as respostas foram agrupadas em duas categorias principais: “**negligência à saúde bucal é maus-tratos**” e “**violência física leva a lesões na cavidade bucal**”.

Uma das formas mais comuns de maus-tratos é a negligência, entretanto, na área odontológica não são encontradas muitas publicações científicas específicas acerca deste tema, provavelmente por suas

consequências não serem identificadas facilmente como as de maus-tratos físicos e sexuais.

A negligência assemelha-se ao abandono, ou seja, às necessidades básicas da criança, como alimentação, saúde, educação e afeto são literalmente negligenciados pelos seus guardiões, os quais assumem uma postura de omissão frente às suas responsabilidades. Constituem exemplos de negligência e abandono deixarem de oferecer a criança ou adolescente alimentação, medicamentos, cuidados de higiene, proteção, vestimentas e educação, assim como observado por P1 - “... *maus-tratos já começa ali ... no abandono, a partir do momento em que você tem o teu filho, que você não cuida ... Deixar uma criança sentir dor? Ou dor na cabeça por um piolho que tá mordendo, ou dor de dente porque você não cuidou, isso é maltratar! Maltratar não é só você machucar, espancar...*”.

Famílias negligentes geralmente apresentam consumo elevado de álcool e drogas, grande número de filhos, psicopatia e desestruturação familiar. Além disso, baixa renda, desemprego e pobreza são fatores associados a alto risco para negligência dos filhos. A negligência confunde-se com a pobreza e a ignorância, logo, antes de estabelecer um diagnóstico de negligência deve-se considerar aspectos socioeconômicos, financeiros, intelectuais dos pais. (Pires & Miyazaki, 2005).

Essas características citadas podem ser observadas nos discursos que seguem: *CD1* – “... *mas quando tem um fator cultural envolvido, a negligência dos próprios pais, mas eles acham que um dente estragado se não tá doendo não precisa tratar o filho, eles não dão muita importância, então acredito que quanto aos maus-tratos não seria talvez o termo, mas problema cultural bastante*”; *CD3* – “... *Não deixa de ser a negligência da mãe, a criança é menor, não tem noção como cuidar, de como tem que escovar os dentes, do que tem que comer, e ela geralmente culpando a criança: “Ah! Ela come muito doce, come muito chocolate”, mas come porque a mãe dá, o pai dá ou a avó, alguém da família dá...*”.

A negligência à saúde bucal pode ser mais facilmente percebida quando a criança tem pouca idade e não consegue realizar procedimentos de higiene. Outra questão a ser considerada é o caso de crianças muito pequenas que já estão acometidas pela doença, neste caso a cárie precoce da infância, cujos fatores etiológicos são a alta frequência de consumo de alimentos cariogênicos e ausência de higiene bucal. As consequências como em qualquer outra faixa etária, serão

abscessos, dor, perda da função mastigatória, prejuízos estéticos e inclusive baixa auto-estima.

Entretanto, nem sempre cárie precoce da infância significa maus-tratos. Quando a mãe não tem conhecimento sobre esta patologia e muito menos de como evitá-la, não pode ser considerada negligente. A observação de alterações nos dentes da criança deveria levar a busca por informações com o médico, cirurgião dentista, ou outro profissional da Unidade Básica de Saúde.

Se a criança tem lesões de cárie e não existir a busca por tratamento, por parte dos pais ou responsáveis, pode estar caracterizada a negligência. Por outro lado, esta mãe já deveria ter recebido informações a respeito da doença, inclusive da cárie precoce da infância e como evitá-la. No pré-natal, que toda gestante deve realizar e segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) no seu artigo 8 é assegurado este direito, as Unidades Básica de Saúde oferecem reuniões específicas, realizando palestras com vários profissionais, inclusive o cirurgião dentista. Verifica-se, portanto, que vários aspectos devem ser analisados antes de poder afirmar que a criança que apresenta cárie é vítima de maus-tratos.

É fato que se a criança está com dor, infecção e não está recebendo tratamento, alguém tem que se responsabilizar por ela, sendo esta responsabilidade primariamente determinada à família. Salienta-se que esta responsabilidade inclui necessariamente a busca por tratamento, porque a criança pode se queixar, mas não tem autonomia para obtê-lo. Quando a família não assume, geralmente pode-se relacionar a falta de conhecimento, questões culturais, dificuldades econômicas entre outras, pois justificativas para a negligência não faltam. Existe uma linha muito tênue entre a falta de cuidado por desconhecimento e a negligência, por isso alguns fatores devem sempre ser analisados antes de acusar uma família de negligenciar seu filho, sem deixar no entanto de lembrar que a criança precisa do responsável para chegar ao atendimento. Por outro lado, culpar o Estado por não informar, não oferecer o serviço, ou oferecê-lo com baixa qualidade, embora comum, também não resolve.

É muito difícil a distinção entre a ausência de cuidado conseqüente à falta de condições socioeconômicas e o abuso propriamente dito (Deslandes, 1994). Na primeira situação, a negligência torna-se uma constante nas famílias que, por viverem em condições financeiras restritas, já são suficientemente negligenciadas pelos altos setores administrativos da sociedade. (Carvalho, Garrido, Barros & Alves, 2001)

Situações nas quais a criança tem problemas de saúde bucal que afetem a qualidade de sua vida, não devem ocorrer, independente de serem ou não consideradas maus-tratos. Para tanto são necessárias ações conjuntas dos serviços de saúde e educação. O senso comum afirma: “o que os professores dizem as crianças fazem”, e muitas se espelham nos mesmos, logo eles são atores primordiais no processo de educação para a cidadania, para a vida. É, portanto, fundamental a integração entre escola, equipe de saúde e família.

Existe também uma dificuldade em algumas comunidades de se entender a cárie dentária como doença, possivelmente devido a ser comum nos indivíduos, que não se percebem doentes pois a cárie é considerada normal. De certa forma é colocada como uma questão quase que inevitável. No entanto, a demora na busca para o atendimento e a falta de tratamento foram consideradas como maus-tratos contra a criança.

CD6 – “ as vezes um descuido ou outro pode ter, pode uma criança que come doce demais vai ter uma “cariezinha” ou outra, mas não estes casos extremos que a gente as vezes vê, uns casos assim que o pai não tá nem aí, traz só a criança pra gente porque ele não pode dormir à noite, porque a criança chorou a noite inteira, então não foi pela saúde da criança, foi por causa que a criança acabou causando algum transtorno para ele e daí nessas situações eu associo bem aos maus-tratos...” ; **CD7 – “Então... Tem essa relação da negligência com a saúde bucal, porque a criança fica com dor, muito tempo com dor e às vezes demoram para procurar atendimento e isso aí acontece bastante”.**

A associação entre condição bucal precária e falta de informação foi enfatizada por muitos entrevistados, em algum momento de seus discursos quando disseram que os pais não cuidam da higiene da criança e muitas vezes negligenciam os cuidados básicos. Entretanto, no momento em que são questionados, vacilam em considerar que a negligência à saúde bucal pode ser considerada como maus-tratos.

É questão muito delicada acusar alguém por algo que a maioria das pessoas considera inevitável (ter cárie), sem saber as razões que levaram aqueles pais a não cuidarem da saúde bucal de seus filhos.

O que sugere a fala deste entrevistado: **P4 – “Existe esta relação sim. Porque a criança que está com seus 1, 2 ,3 anos, não sei a idade exata para começar a ter uma avaliação dentária, ter um acompanhamento odontológico. Mas eu calculo que se a família não procura um atendimento, uma orientação, há uma negligência, uma violência por parte da família. Então se não leva, a própria família, o**

responsável por esta criança, tá usurpando um Direito que ele tem. Não é só cuidar do coração, do estômago, do fígado tem que cuidar de um todo... ”.

Diagnosticar a negligência odontológica em alguns casos torna-se difícil, visto que obstáculos como os financeiros, intelectuais e sociais devem ser considerados antes que a decisão de denunciar seja tomada (Jesse, 1995). A dificuldade dos pais em pagar pela terapia adequada e por considerar a cárie dentária como inerente à vida de qualquer pessoa são algumas razões para evitar o tratamento odontológico apropriado (Tsang, 1999).

Outra questão destacada é quando a criança sente dor, neste sentido todos entrevistados associam a dor a maus-tratos. Entretanto sabemos que muitas vezes as crianças estão com vários focos infecciosos na cavidade bucal e não apresentam dor. E neste caso não é maus-tratos? Se analisarmos o que a Academia Americana de Odontopediatria considera negligência dentária, (deixar a criança com infecção e sem tratamento), então situações sem dor também podem caracterizar maus-tratos:

P3 – “ É você não dar atenção à saúde bucal, puxa e os maus-tratos aí vou te falar na dor. A dor é um indício, quando tem dor leva, e muitas vezes quando já tem dor você não tem mais o que fazer. E essa dor já está há tempos em casa... ”.

P8 – “Essa relação eu não afirmo muito (dúvida na resposta). Eu acho que deixar a criança ficar chorando de dor de dente já é um mau-trato, que tem criança que além de fica ali doendo, aquilo incha... Deixa ficar com aqueles toquinhos ali todo pretinho isso é maus-tratos, porque isso afeta a auto-estima e a minha parte como profissional dentro da sala de aula não vai funcionar. Porque ele não tem auto-estima, e o meu trabalho é em cima da auto-estima, se ele não tiver auto-estima ele não aprende, aí o negócio não funciona”.

Uma relação mostrada pelos entrevistados entre saúde bucal e maus-tratos diz respeito a agressões físicas que deixam seqüelas e sinais na cavidade bucal, como observado nos discursos de: ***CD8 – “Saúde bucal e maus-tratos... Existe! Porque a gente vê muitos dentes fraturados, resultado de maus-tratos, então isso interfere na saúde bucal da criança, é uma violência”;*** ***CD9 –“ Acho que existe sim. Por exemplo, se um mau-trato for físico, espancamento, você pode ter um traumatismo dental”.***

Para Cavalcanti & Duarte (2003), dentre as principais lesões orais decorrentes de violência praticada contra a criança encontram-se as contusões, lacerações da língua, mucosa bucal, palato (duro e mole),

gingiva alveolar e freios labial e lingual; dentes fraturados, deslocados ou avulsionados; fraturas faciais e maxilares; queimaduras e outros traumatismos. Múltiplas injúrias, lesões em diferentes estágios de cicatrização, traumas não condizentes com o desenvolvimento da criança ou histórias discrepantes sugerem a ocorrência de maus-tratos infantis. Outros sinais incluem: abrasões no canto da boca, erosões no lábio superior, extrusão ou intrusão dentária e desvio da abertura bucal.

Granville-Garcia, Menezes & Silva (2008) relataram que cirurgiões dentistas quando perguntados sobre sinais e sintomas de maus-tratos citam o traumatismo dentário em apenas 3% dos casos e que nenhum dos entrevistados mencionou a omissão aos cuidados (negligência) relacionados à saúde bucal como sinal de maus-tratos infantis.

Isto mostra que existe uma falta de percepção dos profissionais que devem se preocupar com este tipo de fator. Afinal uma criança de pouca idade, que apresenta cárie precoce da infância, com perdas dentárias precoces com certeza terá problemas no seu crescimento e desenvolvimento, ou seja, dificuldades no cotidiano de sua vida.

Além de situações de alterações bucais que causam dor ou infecção como o caso da doença cárie, existem os traumatismos na face. Crianças que têm dentes anteriores fraturados ou até mesmo avulsionados podem ter problemas de relacionamento, e de auto-estima, e a resolução das fraturas dentárias pode ser simples. Na maioria dos casos uma restauração resolveria a situação. Infelizmente muitas vezes as crianças não recebem este tratamento porque seus responsáveis não as levam ao cirurgião dentista. O que também foi destacado no discurso de *P5* – ***“Essa relação existe. Na questão de quebrar dente, pode acontecer com um empurrão, a mãe facilitou empurrou, o irmão facilitou empurrou, a criança perdeu os dentes ficou com seqüelas. A primeira região da criança que vai na parede é o rosto, é a boca, a cabeça... quebra dentes. E o interessante nessa seqüela é que ela retrai a criança, a seqüela física passa a ser problema psicológico que é pior, ela deixa a criança retraída. Isso prejudica tremendamente na escola, na sociedade, na educação, no dia a dia dela, pra ela conseguir um trabalho ela vai sofrer muito se isso não for conduzido”***.

O entrevistado se refere ao oferecimento de tratamento adequado a esta criança, ou seja, restauração do dente fraturado, e quem deve buscar este serviço é a família, e quem deve oferecê-lo é o Estado, suprimindo esta necessidade. O caso citado acima se enquadra no que a Academia Americana de Pediatria (2010) considera negligência

dentária: deixar a criança com alterações na cavidade bucal que lhe cause dificuldades funcionais, ou comprometimento estético.

A identificação da negligência no nosso meio é complexa devido às dificuldades socioeconômicas da população, o que leva ao questionamento da existência de intencionalidade. No entanto, independente da culpabilidade do responsável pelos cuidados da vítima, é necessária uma atitude de proteção em relação a ela.

Os governantes precisam estabelecer medidas de proteção com vários sistemas, bem integrados e de forma eficaz, trabalhando com profissionais treinados, além de sensibilizar a opinião pública para assegurar uma proteção para todas as crianças (Svevo-Cianci, Hart, & Rubinson, 2010).

Infelizmente um retrato completo da extensão de maus-tratos contra as crianças nunca será conhecido. O que é ainda mais decepcionante é o fato de que grande parte dos casos não é identificado ou comunicado aos serviços de proteção à criança (Svevo-Cianci, & Lee, 2010).

A imediata identificação e relato de maus-tratos e negligência odontológica infantil pelo cirurgião dentista são essenciais para a proteção das crianças. Assim, é fundamental uma maior atuação destes profissionais, através da observação, registro e denúncia dos casos suspeitos às agências de proteção à criança, para evitar que outras agressões tornem a ocorrer (Massoni, Ferreira, Aragão, Menezes, & Colares, 2010).

Logo, pesquisas buscando conhecer a percepção, conhecimentos e atitudes de profissionais que atuam junto a criança devem ser incentivadas, além, é claro, de estudos epidemiológicos buscando conhecer a real situação de maus-tratos.

Considerações Finais

Enquanto as doenças cárie e periodontal forem consideradas como condição normal da infância, mesmo que as pessoas considerem falta de cuidados com a saúde uma forma de negligência, não costumam associar este fato como sendo um ato de maus-tratos contra a criança.

O discurso de que negligência à saúde da criança seja considerada maus-tratos é evidenciado pela literatura, mas na prática, dificilmente é constatada efetivamente esta relação. Vários entrevistados citaram a negligência como uma forma evidente de maus-tratos, mas em nenhum momento foi mencionado por eles uma denúncia neste sentido, embora a saúde bucal das crianças tenha sido considerada precária pela maioria. Outras formas de maus-tratos como a violência física e sexual,

embora ocorram em menor número mais facilmente são levadas a denúncia.

A questão da negligência a saúde bucal pode ser complicado para se denunciar, devido às justificativas apresentadas pelos pais como: “não posso levar ao dentista porque estou trabalhando”, “não consegui atendimento na Unidade Básica de Saúde”, e as pessoas acabam acatando essas justificativas e ficando sem argumentos para conversar com os pais.

O próprio cirurgião dentista muitas vezes concorda com as justificativas dos pais, e acha normal a criança ter uma lesão de cárie. Atualmente não pode aceitar este conformismo, pois a doença cárie pode ser evitada e com custos baixos. Isso quando os esforços se direcionam para a educação da população. Um indivíduo educado tem condições de cuidar de sua própria saúde, não será negligente consigo e com seus filhos.

Certamente a negligência a saúde bucal, assim como outras formas de negligência deixam de ser denunciadas pela falta de entendimento como tal, bem como pela compreensão dos envolvidos no processo com as dificuldades pelas quais as famílias passam na busca pelo sustento. Frente à situação de risco em que vivem as famílias, considerar negligência a saúde bucal como uma forma de maus-tratos é difícil e, mais difícil ainda é a denúncia. A busca de soluções exige um esforço conjunto de toda a sociedade, porque significa solucionar também os graves problemas sociais apresentados por essas famílias.

Referências

American Academy of Pediatric Dentistry. Child Abuse Committee. Council on Clinical Affairs. (2010-2011). Definition of dental Neglect. *Pediatric Dentistry*. 32, 13.

Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Brasil. (1990) Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Ação Social; p 56,.

Carvalho, A. C. R., Garrido, A. L. C., Barros, S. G., & Alves, A. C. (2001). Abuso e negligência: estudo na delegacia de repressão aos crimes contra a criança e o adolescente. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia para Bebê*, 4, 117-23.

Cavalcanti, A. L., & Duarte, R. C. (2003). Manifestações Bucais do Abuso Infantil em João Pessoa – Paraíba – Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 7, 161-70

Deslandes, S.F. (1994) Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cadernos de Saúde Pública*, 10, Supl 1, 177-87.

Granville-Garcia, A. F., Menezes, V. A., Torres Filho, B., Araújo, J. R., & Silva, P. F. R. (2006). Ocorrência de Maus-Tratos em Crianças e Adolescentes na Cidade de Caruaru- PE. *Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada*, 6, 65-70.

Granville-Garcia, A. F., Menezes, V.A., & Silva, P. F. R. M. (2008). Maus-tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião dentista. *Revista odonto ciência*, 23, 35-39.

Gurcel, C. A. S., Carvalho, A. C. R., Barros, S. G., & Alves, A.C. (2001). Maus Tratos contra a criança: atitudes e percepção do cirurgião dentista. *Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada*, 1, 23-28.

Jesse, S. A. (1994) Recognition of bite marks in child abuse cases. *Pediatric Dentistry*, 16, 336-339.

Jessee, S. A. (1995). Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: a hospital survey. *Journal of Dentistry for Children*, 62,245-249.

Massoni, A. C. L. T., Ferreira, A. M. B., Aragão, A. K. R., Menezes, V. A., & Colares, V. (2010). Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Ciência e Saúde Coletiva*. 15, 403-410.

Ministério da Saúde do Brasil (2002). Violência Intrafamiliar orientações para a Prática em Serviço. *Caderno de Atenção Básica*, 8.

Morse, J. M. (2000). Determining sample size. *Qualitative Health Research*, 10, 3-5.

Moura, D. P. S., Toledo, A. O. & Bezerra, A. C. B. (2000). Reconhecimento de crianças vítimas de maus-tratos- Responsabilidade do Odontopediatra. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia para Bebê*, 3, 318-22

Pires, A. L. D., & Miyazaki, M. C. O. S. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 1, 42-49

Santoro Júnior, M. (2002). Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Um fenômeno antigo e sempre atual. *Pediatria Moderna*, 38, 279-283.

Schmitt, B. D. (1986). Types of child abuse and neglect. *Pediatric Dentistry*, 8, 96-100.

Svevo-Cianci, K. A., Hart, S. N., & Rubinson, C. (2010). Protecting children from violence and maltreatment: A qualitative comparative analysis assessing the implementation of U.N. CRC Article 19. *Child Abuse & Neglect*. 34, 45-56.

Svevo-Cianci, K., & Lee Y. (2010). Twenty years of the Convention on the Rights of the Child: Achievements in and challenges for child protection implementation, measurement and evaluation around the world. *Child Abuse & Neglect*. 34, 1-4.

Tsang, A., & Sweet, D. Detecting Child Abuse and Neglect - Are Dentists Doing Enough? (1999). *Journal of the Canadian Dental Association*, 65, 387-391.

6. REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO GERAL:

1. World Health Organization. WHOQOL – measuring quality of life. **The World Health Organization quality of life instruments**. Geneva: World Health Organization; 1997.
2. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado Federal, 1988.
3. Unicef. A league table of child maltreatment deaths in rich nations. Innocenti Report Card; Nº 2. [Acessado em 2008 Ago 18]. Disponível em: <http://www.unicef-icdc.org.html>
4. World Health Organization. World Report on Violence and Health. Geneva; 2003. [Acessado em 2008 Ago 20]. Disponível em: <http://www.who.int/gb.html>
5. Ministério da Saúde (BR). Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo mais na cidadania em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde; 2002.
6. Datasus [Página na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [Acessado em 2008 Ago 20]. Mortalidade por causas externas – Brasil, 2005. Disponível em: <http://ww.datasus.gov.br/tabnet>.
7. Cavalcanti AL **Maus-tratos infantis : guia de orientação para profissionais de Saúde**. João Pessoa, Ed Idéia; 2001.
8. Ministério da Saúde. Violência Intrafamiliar orientações para a Prática em Serviço. Caderno de Atenção Básica. 2002 .n.8.
9. Chaves AMB, Feitosa SVH, Moreira PVL, Sousa AS, Rosenblatt A. Avaliação dos fatores relacionados aos maus-tratos a crianças e adolescentes. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, 2003; 6 (32):49-53.
10. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Torres Filho B, Araújo JR & Silva PFR. Ocorrência de Maus-Tratos em Crianças e Adolescentes na Cidade de Caruaru- PE. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, 2006; 6 (1): 65-70.
11. Cavazzola AS, Grechoviaski EC, Arruda RC, Busato CA. Ocorrência de maus-tratos na infância e adolescência na cidade de Lages-SC no período de 2005 a 2007. In: 39º Encontro do Grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria, 2008, Curitiba-PR. **39º Anais do Grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria**. Maringá-PR : Dental Press Editora Ltda, 2008. v. 39. p. 139-139.
12. Faleiros JM, Matias ASA Bazon MR. Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência

dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional **Cad. Saúde Pública**, 2009; 25(2): 337-348.

13. Vieira, AR. Abuso infantil. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**; 1998; 1 (2): 57-61.

14. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Ação Social; 56p, 1990.

15. American Academy of Pediatric Dentistry. Child Abuse Committee. Council on Clinical Affairs. Definition of dental Neglect. **Pediatr Dent**. 2010-2011; 32 (6); 13.

16. Martins CBG. Maus tratos contra crianças e adolescentes. **Rev. bras. enferm** 2010; 63 (4): 660-665.

ANEXOS

A. Parecer do Comitê de Ética da UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO

Nº 359

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 402/08 FR- 235799

TÍTULO: Percepção da negligência a saúde bucal como forma de maus-tratos por profissionais voltados aos cuidados da criança.

AUTOR: Vera L. Bosco e Alexandre S. Cavazzola.

DPTO.: Odontologia/CCS/ UFSC

FLORIANÓPOLIS, 15 de dezembro de 2008.

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Ponela de Souza

ANEXO B – Formulário utilizado na entrevista**Formulário da entrevista**

Entrevista n° _____

Encontro n° _____

Local: _____

Data: _____

Hora: _____

1. Característica do sujeito

Sexo: _____

Idade: _____

Ano e Local de graduação (se possuir): _____

Pós-graduação (se possuir): _____

Tempo em que trabalha no local: _____

Questões Norteadoras

- 1) Para você o que significa saúde bucal?
- 2) Como você percebe a condição de saúde bucal das crianças com as quais tem contato?
- 3) De quem você acha que é a responsabilidade por proporcionar/cuidar da saúde bucal da criança?
- 4) O que você considera maus-tratos na infância?
- 5) Como você identifica esta situação (maus-tratos)?
- 6) Você já teve conhecimento de uma situação de maus-tratos na criança? Descreva, por favor?
- 7) O que você fez ou faria em casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos?
- 8) Qual a relação que você percebe entre a saúde bucal da criança e os maus-tratos?
- 9) Gostaria de fazer algum comentário sobre a entrevista?

ANEXO C - Normas para publicação do artigo 1

Journal of Dental Education

Instructions for Authors

The Journal of Dental Education is a distinguished monthly journal published continuously since 1936. It provides coverage of a wide variety of scientific and educational research in dental and allied dental education. Internationally recognized as the premier journal for academic dentistry, the JDE publishes articles on such topics as innovative testing methodologies, curriculum reform, faculty development, the impact on oral health research of recent findings in such areas as genetics and the brain, dental and allied dental admissions, professional and educational ethics, and systematic reviews of clinical trials regarding oral, dental, and craniofacial diseases and disorders. The JDE is one of only a few scholarly journals that are publishing the most important work being done in dental and allied dental education and research today.

The Editor welcomes submissions that report research and address issues in the following areas:

- 1) Critical Issues in Dental Education;
- 2) Milieu in Dental Schools and Practice;
- 3) Educational Methodologies;
- 4) Evidence-Based Dentistry;
- 5) Faculty Development;
- 6) Transfer of Advances in Sciences into Dental Education;
- 7) International Perspectives on Dental Education; and
- 8) From the Students' Corner.

Authors from outside North America are welcome to submit articles in any of these eight areas, as well as the International Perspectives section, which is dedicated to work that is primarily relevant to the author's geographic area. Students are also welcome to submit articles in any of the eight areas and are especially encouraged to submit to the From the Students' Corner section, which is open to an extremely wide range of subject matter. Authors who wish to submit manuscripts in areas beyond these eight should check with the Editor first.

All manuscripts must be written in English and submitted exclusively to the Journal of Dental Education in order to be considered for publication.

Preparing Manuscripts for Submission

The Journal of Dental Education has moved to an electronic submission and review workflow-based system. Working with ScholarOne Manuscripts, the JDE will now accept all submission at <http://mc.manuscriptcentral.com/jdentaled>. Authors upload manuscripts directly to the website, receive email notifications, and track their submissions online through the editorial and review process. Online help is available throughout the process. It may be helpful to read the complete instructions first, posted online at the publisher's website, www.adea.org/publications/jde/Pages/Submitting-to-the-Journal-of-Dental-Education.aspx.

There is no charge for submission. Authors are urged to follow the “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals.” These requirements, developed by the International Committee of Medical Journal Editors and now in their fifth edition (1997), can be found in the *New England Journal of Medicine* 1997;336:309-15 and on that journal’s website.

The following summarizes these requirements as well as specific JDE procedures. Note that these requirements pertain specifically to the initial submission of manuscripts. When an article has been or is close to being accepted, the editor will provide its author with the “Production Guide for JDE Authors,” which should be followed in preparing the final version of the article for printing.

Document Preparation. Create the document on pages with margins of at least 1 inch (25 mm). Use double-spacing throughout, including title page, abstract, text, acknowledgments, references, tables, and legends for illustrations, and number pages consecutively. Begin each of the following sections on separate pages: title page, abstract and key words, text, acknowledgments, references, individual tables, and legends. Do not embed tables and figures in the body of the text. If figures or other illustrations are unusually large files, submit them as separate documents.

Title Page. The title page should carry: 1) the title of the article, which should be concise but informative; 2) first name, middle initial, and last name of each author, with highest academic degrees; 3) each

author or coauthor's job title, department, and institution; 4) disclaimers if any; 5) name, address, phone, fax, and email of author responsible for correspondence about the manuscript and requests for reprints; and 6) the source(s) in the form of grants, equipment, drugs, etc. See articles in the issue for examples.

Abstract and Key Words. The second page should carry the title and an abstract of no more than 150-200 words. The abstract should state the purposes of the study or investigation, basic procedures, main findings, and principal conclusions. Subheads should not be used in the abstract. Below the abstract, provide—and identify as such—three to ten key words or short phrases that will assist indexers in cross-indexing the article and that may be published with the abstract. Use terms from the Medical Subject Headings listed in Index Medicus.

Text. The body of the manuscript should be divided into sections preceded by appropriate subheads. Major subheads should be typed in capital letters at the left-hand margin. Secondary subheads should appear at the left-hand margin and be typed in upper and lower case and put in bold face. Tertiary subheads should be typed in upper and lower case and be underlined.

References. Number references consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Identify references by Arabic numerals, and place them as superscript numerals within the sentence. Do not link the references to their numbers as footnotes or endnotes. References cited only in tables or legends to figures should appear as a source note to the table or figure.

Follow the style of these general examples, which are based on the formats used in Index Medicus. Titles of journals should be abbreviated according to the Index Medicus style. If there are more than six authors, list the first six and use et al.

Book

1. Avery JK. Essentials of oral histology and embryology: a clinical approach. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 2000. Chapter in an Edited Volume

2. Inglehart MR, Filstrup SL, Wandera A. Oral health and quality of life in children. In: Inglehart MR, Bragramian RA, eds. Oral health-related quality of life. Chicago: Quintessence Publishing Co., 2002:79-88.

Article in a Journal

3. Seale NS, Casamassimo PS. U.S. predoctoral education in pediatric dentistry: its impact on access to dental care. *J Dent Educ* 2003;67(1):23-9.

Report

4. Commission on Dental Education. Accreditation standards for dental education programs. Chicago: American Dental Association, 2002.

Tables. All tables must have a title and at least two columns. Arrange column headings so that their relation to the data is clear. Indicate explanatory notes to items in the table with reference marks (*, †). Cite each table in the text in the order in which it is to appear. Identify tables with Arabic numerals (e.g., Table 1).

Illustrations. Illustrations should not exceed 8 ½ x 11 inches, and all lettering should be at least 1 ½ mm high. Cite each figure in the text in the order in which it is to appear (e.g., Figure 1). Figures should not be used where tables are more economical. If your figures include scientific images in which fine detail is important, please call attention to this point to both the Editor and Managing Editor so that special procedures may be followed. If your article is accepted for publication, we may request illustrations in hard copy rather than electronic format. If you are asked to do so, submit two clear, unmounted glossy photographs or original line drawings of each figure (do not submit negatives), and place the name of the author and the figure number on the back of each illustration.

Human Subjects. It is the author's responsibility to obtain approval or exempt status from his or her institution's Human Subjects Institutional Review Board or Committee for studies involving human

subjects. After securing approval from the required board or committee, the author will have a signed human consent form on every subject in the study. Failure to meet these two requirements is likely to place the manuscript under consideration in jeopardy and lead to a rejection.

Production Procedures

Review Process. Manuscripts will be peer-reviewed by individuals, selected by the Editor, who have expertise and experience pertinent to the topic of the article. The journal follows a blind peer review process, with close to 200 individuals serving as reviewers. The Editor and/or Associate Editor also review all manuscripts. The review process can take up to three months. Currently, approximately 55 percent of manuscripts are accepted, 30 percent are rejected, and the remaining submissions are returned to their authors with encouragement to revise and resubmit. If a manuscript is not accepted, the author will receive the reviewers' comments, but manuscript copies will not be returned.

Preparing the Final Manuscript. If the manuscript is accepted or provisionally accepted, an edited version will be returned to the author with the reviewers' comments for the author's approval, possible rewriting, and retyping. At that time, the Editor will also provide the author with the "Production Guide for JDE Authors," which outlines the style and formatting requirements of this journal. After the author has made the requested changes, the manuscript is returned for final review and editing to the Editor. If acceptable, the Editor then sends the manuscript to the Managing Editor, Lynn Whittaker, who copyedits it and prepares it for printing.

Copyright Transfer. Also on acceptance or provisional acceptance of the manuscript for publication, the Editor will provide the author with a copyright transfer form. This form specifies that the work is original and that the author holds all rights in the article and is transferring them to the journal for paper and online publication. If the article is coauthored, all authors must sign the copyright transfer form.

Page Proof Review. Authors will receive page proofs of their articles by fax, along with instructions for marking and returning it to

the Managing Editor, who also reads the proof. You will have three to five business days to review the proofs and return them.

The JDE staff attempts to make sure that the entire publication cycle, from time of notification of acceptance of an article until its appearance in a published issue, is no more than three months.

Reprints

Authors of articles to be published will receive a reprint order form with their page proofs. Authors who wish to order reprints are urged to order them at the same time the issue is being printed for the most timely and efficient service; however, reprint orders may be taken at any time after publication of the issue. The price of reprints varies with the page count of the article and the quantity of reprints ordered. Reprint orders can be submitted to Merideth Menken, Senior Director of Publications and Communications.

Following the launch of the online version of the JDE in the summer of 2004, copies of individual articles may also be acquired online, whether by the authors themselves or by other readers.

The JDE permits photocopying of articles for the noncommercial purpose of educational and scientific advancement. Requests for permission to photocopy articles should be directed to Merideth Menken, Senior Director for Publications and Communications.

Key Contact Information

Proofs. Return proofs and all information concerning final publication to Lynn Whittaker, Managing Editor, American Dental Education Association, 1400 K Street, NW, Washington, DC 20005; WhittakerL@ADEA.org.

Advertising and Copyright Permissions. Address all correspondence relating to advertising, copyright, and other matters of business to Merideth Menken, Senior Director of Publications and Communications, ADEA, 1400 K Street, NW, Suite 1100, Washington,

DC 20005; 202-289-7201, ext. 173, phone; 202-289-7204 fax; MenkenM@ADEA.org.

Book and Software Reviews. If you are interested in reviewing books for the journal, contact the Book Review Coordinator: Dr. Stephen L. Silberman, Director, Mississippi Area Health Education Centers and Professor and Director, Public Health Dentistry, University of Mississippi, 350 Woodrow Wilson Drive, Suite 3512, Jackson, MS 39213; ssilberman@umc.edu. If you are interested in reviewing software for the journal, contact the Software Review Coordinator: Dr. Titus Schleyer, Director, Center for Dental Informatics, School of Dental Medicine, University of Pittsburgh, 3501 Terrace St., Pittsburgh, PA 15261; 412-648-8886 phone; 412-648-9960 fax; titus@pitt.edu.

ANEXO D – Normas para publicação do artigo 2.

Ciência e Saúde Coletiva

Instruções aos Autores

Objetivo e política editorial

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade bimestral, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debate: encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta

no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu

Artigos e Avaliações.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).

9. O resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a

importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto,

e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Ilustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização

escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de "maturidade do PSF"
11 ...

ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de *et al.* se exceder a esse número)

Pelegriani MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, *et al.* Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de*

adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

ANEXO E - Normas para publicação do artigo 3.

Child Abuse & Neglect – The International Journal

GUIDE FOR AUTHORS

INTRODUCTION

Child Abuse and Neglect The International Journal provides an international, multidisciplinary forum on all aspects of child abuse and neglect, with special emphasis on prevention and treatment; the scope extends further to all those aspects of life which either favor or hinder child development. While contributions will primarily be from the fields of psychology, psychiatry, social work, medicine, nursing, law enforcement, legislature, education, and anthropology, the Journal encourages the concerned lay individual and child-oriented advocate organizations to contribute.

Types of contributions

1. Original, Theoretical, and Empirical Contributions (16-20 pages of text):

Include a clear introductory statement of purpose; historical review when desirable; description of method and scope of observations; full presentation of the results; brief comment/discussion on the significance of the findings and any correlation with others in the literature; section on speculation and relevance or implications; summary in brief which may include discussion. Abstracts and references are required.

2. Brief Communications: Shorter articles of 5-7 pages (abstracts and/or references optional).

3. Articles on Clinical Practice: Case studies (but not single cases), commentaries, process and program descriptions, clinical audit and outcome studies, original clinical practice ideas for debate and argument.

4. Invited Reviews: Plans for proposed reviews are invited in draft outline in the first instance. The editors will commission reviews on specific topics. Reviews submitted without invitation or prior approval will be returned.

5. Letters to the Editor: Letters and responses pertaining to articles published in *Child Abuse and Neglect* or on issues relevant to the field, brief and to the point, should be prepared in the same style as other manuscripts.

6. Announcements/Notices: Events of national or international multidisciplinary interests are subject to editorial approval and must be submitted at least 8 months before they are to appear.

Contact details for submission

All correspondence, including notification of the Editor-in-Chief's decision and requests for revision, takes place by e-mail and via the Author's homepage, removing the need for a hard-copy paper trail.

For those authors unable to utilize the EES system, or with questions about submissions, please contact the Editorial Office in Shannon, Ireland (chiabu@elsevier.com; telephone +353 61 709 692) for instructions.

BEFORE YOU BEGIN

Ethics in Publishing

For information on Ethics in Publishing and Ethical guidelines for journal publication see <http://www.elsevier.com/publishingethics> and <http://www.elsevier.com/ethicalguidelines>.

Policy and ethics

The work described in your article must have been carried out in accordance with *The Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) for experiments involving humans* <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>; *EC Directive 86/609/EEC for animal experiments* http://ec.europa.eu/environment/chemicals/lab_animals/legislation_en.htm; *Uniform Requirements for manuscripts submitted to Biomedical journals* <http://www.icmje.org>. This must be stated at an appropriate point in the article.

Conflict of interest

All authors are requested to disclose any actual or potential conflict of interest including any financial, personal or other relationships with other people or organizations within three years of beginning the submitted work that could inappropriately influence, or be perceived to influence, their work. See also <http://www.elsevier.com/conflictsofinterest>.

Submission declaration

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract or as part of a published lecture or academic thesis), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere

including electronically in the same form, in English or in any other language, without the written consent of the copyright-holder.

Changes to authorship

This policy concerns the addition, deletion, or rearrangement of author names in the authorship of accepted manuscripts:

Before the accepted manuscript is published in an online issue:

Requests to add or remove an author, or to rearrange the author names, must be sent to the Journal Manager from the corresponding author of the accepted manuscript and must include: (a) the reason the name should be added or removed, or the author names rearranged and (b) written confirmation (e-mail, fax, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed. Requests that are not sent by the corresponding author will be forwarded by the Journal Manager to the corresponding author, who must follow the procedure as described above. Note that: (1) Journal Managers will inform the Journal Editors of any such requests and (2) publication of the accepted manuscript in an online issue is suspended until authorship has been agreed.

After the accepted manuscript is published in an online issue:

Any requests to add, delete, or rearrange author names in an article published in an online issue will follow the same policies as noted above and result in a corrigendum.

Copyright

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (for more information on this and copyright see <http://www.elsevier.com/copyright>). Acceptance of the agreement will ensure the widest possible dissemination of information. An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement.

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. Permission of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations (please consult <http://www.elsevier.com/permissions>). If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has preprinted forms for use by authors in these cases: please consult <http://www.elsevier.com/permissions>.

Retained author rights

As an author you (or your employer or institution) retain certain rights; for details you are referred to: <http://www.elsevier.com/authorsrights>.

Role of the funding source

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the paper for publication. If the funding source(s) had no such involvement then this should be stated. Please see <http://www.elsevier.com/funding>.

Funding body agreements and policies

Elsevier has established agreements and developed policies to allow authors whose articles appear in journals published by Elsevier, to comply with potential manuscript archiving requirements as specified as conditions of their grant awards. To learn more about existing agreements and policies please visit <http://www.elsevier.com/fundingbodies>.

Language and language services

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who require information about language editing and copyediting services pre- and post-submission please visit <http://webshop.elsevier.com/languageediting> or our customer support site at <http://support.elsevier.com> for more information.

Submission

Submission to this journal proceeds totally online and you will be guided stepwise through the creation and uploading of your files. The system automatically converts source files to a single PDF file of the article, which is used in the peer-review process. Please note that even though manuscript source files are converted to PDF files at submission for the review process, these source files are needed for further processing after acceptance. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, takes place by e-mail removing the need for a paper trail.

Submit your article

Please submit your article via <http://ees.elsevier.com/chiabuneg/>

Referees

A letter to the editor-in-chief (David A. Wolfe, PhD) requesting review must be included, noting that the manuscript has not been

previously published and is not under simultaneous review elsewhere; authors are welcome to suggest names (with e-mail addresses) of three (3) potential reviewers.

PREPARATION

Use of wordprocessing software

It is important that the file be saved in the native format of the wordprocessor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the wordprocessor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns.

The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the Guide to Publishing with Elsevier: <http://www.elsevier.com/guidepublication>). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic illustrations.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the "spell-check" and "grammar-check" functions of your wordprocessor.

Article structure

Subdivision - numbered sections

Divide your article into clearly defined and numbered sections. Subsections should be numbered 1.1 (then 1.1.1, 1.1.2, ...), 1.2, etc. (the abstract is not included in section numbering). Use this numbering also for internal cross-referencing: do not just refer to "the text". Any subsection may be given a brief heading. Each heading should appear on its own separate line.

Introduction

State the objectives of the work and provide an adequate background, avoiding a detailed literature survey or a summary of the results.

Essential title page information

- ***Title.*** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.

- ***Author names and affiliations.*** Where the family name may be ambiguous (e.g., a double name), please indicate this clearly. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below

the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name, and, if available, the e-mail address of each author.

- ***Corresponding author.*** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. **Ensure that telephone and fax numbers (with country and area code) are provided in addition to the e-mail address and the complete postal address. Contact details must be kept up to date by the corresponding author.**

Present/permanent address. If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a "Present address" (or "Permanent address") may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

Abstract

A concise and factual abstract is required which is not to exceed 350 words in length. The abstract should state briefly the purpose of the research, the principal results and major conclusions. An abstract is often presented separately from the article, so it must be able to stand alone. For this reason, References should be avoided, but if essential, then cite the author(s) and year(s). Also, nonstandard or uncommon abbreviations should be avoided, but if essential they must be defined at their first mention in the abstract itself.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, using American spelling and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, "and", "of"). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

Footnotes

Footnotes should be used sparingly. Number them consecutively throughout the article, using superscript Arabic numbers. Many wordprocessors build footnotes into the text, and this feature may be used. Should this not be the case, indicate the position of footnotes in the text and present the footnotes themselves separately at the end of the article. Do not include footnotes in the Reference list.

Table footnotes

Indicate each footnote in a table with a superscript lowercase letter.

Artwork

Electronic artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.

- Save text in illustrations as "graphics" or enclose the font.

- Only use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times, Symbol.

- Number the illustrations according to their sequence in the text.

- Use a logical naming convention for your artwork files.

- Provide captions to illustrations separately.

- Produce images near to the desired size of the printed version.

- Submit each figure as a separate file.

A detailed guide on electronic artwork is available on our website:

<http://www.elsevier.com/artworkinstructions>

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

Formats

Regardless of the application used, when your electronic artwork is finalised, please "save as" or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS: Vector drawings. Embed the font or save the text as "graphics".

TIFF: color or grayscale photographs (halftones): always use a minimum of 300 dpi.

TIFF: Bitmapped line drawings: use a minimum of 1000 dpi.

TIFF: Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale): a minimum of 500 dpi is required.

DOC, XLS or PPT: If your electronic artwork is created in any of these Microsoft Office applications please supply "as is".

Please do not:

- Supply files that are optimised for screen use (like GIF, BMP, PICT, WPG); the resolution is too low;

- Supply files that are too low in resolution;

- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF, EPS or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color on the Web (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. **For color reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article.** Please indicate your preference for color in print or on the Web only. For further information on the preparation of electronic artwork, please see <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Please note: Because of technical complications which can arise by converting color figures to "gray scale" (for the printed version should you not opt for color in print) please submit in addition usable black and white versions of all the color illustrations.

Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (**not** on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

Text graphics

Text graphics may be embedded in the text at the appropriate position. If you are working with LaTeX and have such features embedded in the text, these can be left. Further, high-resolution graphics files must be provided separately whether or not the graphics are embedded. See further under Electronic artwork.

Tables

Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text. Place footnotes to tables below the table body and indicate them with superscript lowercase letters. Avoid vertical rules. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in tables do not duplicate results described elsewhere in the article.

References

Citation in text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a

substitution of the publication date with either "Unpublished results" or "Personal communication" Citation of a reference as "in press" implies that the item has been accepted for publication.

Web references

As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

References in a special issue

Please ensure that the words 'this issue' are added to any references in the list (and any citations in the text) to other articles in the same Special Issue.

Reference management software

This journal has standard templates available in key reference management packages EndNote (<http://www.endnote.com/support/enstyles.asp>) and Reference Manager (<http://refman.com/support/rmstyles.asp>). Using plug-ins to wordprocessing packages, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article and the list of references and citations to these will be formatted according to the journal style which is described below.

Reference style

Text: Citations in the text should follow the referencing style used by the American Psychological Association. You are referred to the Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition, ISBN 978-1-4338-0561-5, copies of which may be ordered from <http://books.apa.org/books.cfm?id=4200067> or APA Order Dept., P.O.B. 2710, Hyattsville, MD 20784, USA or APA, 3 Henrietta Street, London, WC3E 8LU, UK. Details concerning this referencing style can also be found at <http://linguistics.byu.edu/faculty/henrichsenl/apa/apa01.html>.

List: references should be arranged first alphabetically and then further sorted chronologically if necessary. More than one reference from the same author(s) in the same year must be identified by the letters "a", "b", "c", etc., placed after the year of publication.

Examples:

Reference to a journal publication:

Van der Geer, J., Hanraads, J. A. J., & Lupton, R. A. (2000). The art of writing a scientific article. *Journal of Scientific Communications*, 163, 51–59.

Reference to a book:

Strunk, W., Jr., & White, E. B. (1979). *The elements of style*. (3rd ed.). New York: Macmillan, (Chapter 4).

Reference to a chapter in an edited book:

Mettam, G. R., & Adams, L. B. (1994). How to prepare an electronic version of your article. In B. S. Jones, & R. Z. Smith (Eds.), *Introduction to the electronic age* (pp. 281–304). New York: E-Publishing Inc.

Video data

Elsevier accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the files in one of our recommended file formats with a maximum size of 10 MB. Video and animation files supplied will be published online in the electronic version of your article in Elsevier Web products, including ScienceDirect: <http://www.sciencedirect.com>. Please supply 'stills' with your files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate image. These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data. For more detailed instructions please visit our video instruction pages at <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

Supplementary data

Elsevier accepts electronic supplementary material to support and enhance your scientific research. Supplementary files offer the author additional possibilities to publish supporting applications, high-resolution images, background datasets, sound clips and more. Supplementary files supplied will be published online alongside the electronic version of your article in Elsevier Web products, including ScienceDirect: <http://www.sciencedirect.com>. In order to ensure that your submitted

material is directly usable, please provide the data in one of our recommended file formats. Authors should submit the material in electronic format together with the article and supply a concise and descriptive caption for each file. For more detailed instructions please visit our artwork instruction pages at <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Submission checklist

The following list will be useful during the final checking of an article prior to sending it to the journal for review. Please consult this Guide for Authors for further details of any item.

Ensure that the following items are present:

One Author designated as corresponding Author:

- E-mail address
- Full postal address
- Telephone and fax numbers

All necessary files have been uploaded

- Keywords
- All figure captions
- All tables (including title, description, footnotes)

Further considerations

- Manuscript has been "spellchecked" and "grammar-checked"
- References are in the correct format for this journal
- All references mentioned in the Reference list are cited in the text, and vice versa
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Web)
 - Color figures are clearly marked as being intended for color reproduction on the Web (free of charge) and in print or to be reproduced in color on the Web (free of charge) and in black-and-white in print
 - If only color on the Web is required, black and white versions of the figures are also supplied for printing purposes

For any further information please visit our customer support site at <http://support.elsevier.com>.

AFTER ACCEPTANCE

Use of the Digital Object Identifier

The Digital Object Identifier (DOI) may be used to cite and link to electronic documents. The DOI consists of a unique alpha-numeric character string which is assigned to a document by the publisher upon the initial electronic publication. The assigned DOI never changes. Therefore, it is an ideal medium for citing a document, particularly

'Articles in press' because they have not yet received their full bibliographic information. The correct format for citing a DOI is shown as follows (example taken from a document in the journal *Physics Letters B*): doi:10.1016/j.physletb.2010.09.059

When you use the DOI to create URL hyperlinks to documents on the web, they are guaranteed never to change.

Proofs

One set of page proofs (as PDF files) will be sent by e-mail to the corresponding author (if we do not have an e-mail address then paper proofs will be sent by post) or, a link will be provided in the e-mail so that authors can download the files themselves. Elsevier now provides authors with PDF proofs which can be annotated; for this you will need to download Adobe Reader version 7 (or higher) available free from <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>. Instructions on how to annotate PDF files will accompany the proofs (also given online). The exact system requirements are given at the Adobe site: <http://www.adobe.com/products/reader/systemreqs>.

If you do not wish to use the PDF annotations function, you may list the corrections (including replies to the Query Form) and return them to Elsevier in an e-mail. Please list your corrections quoting line number. If, for any reason, this is not possible, then mark the corrections and any other comments (including replies to the Query Form) on a printout of your proof and return by fax, or scan the pages and e-mail, or by post. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Therefore, it is important to ensure that all of your corrections are sent back to us in one communication: please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility. Note that Elsevier may proceed with the publication of your article if no response is received.

Offprints

The corresponding author, at no cost, will be provided with a PDF file of the article via e-mail or, alternatively, 25 free paper offprints. If the corresponding author opts for paper offprints, this preference must be indicated via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Additional paper offprints can also be ordered via this form for an extra charge. The PDF file is a watermarked version of the published article and includes a cover sheet

with the journal cover image and a disclaimer outlining the terms and conditions of use.

Additional information

US National Institutes of Health (NIH) voluntary posting ("Public Access") policy

Elsevier facilitates author response to the NIH voluntary posting request (referred to as the NIH "Public Access Policy"; see <http://www.nih.gov/about/publicaccess/index.htm>) by posting the peer-reviewed author's manuscript directly to PubMed Central on request from the author, 12 months after formal publication. Upon notification from Elsevier of acceptance, we will ask you to confirm via email (by e-mailing us at NIHauthorrequest@elsevier.com) that your work has received NIH funding and that you intend to respond to the NIH policy request, along with your NIH award number to facilitate processing. Upon such confirmation, Elsevier will submit to PubMed Central on your behalf a version of your manuscript that will include peer-review comments, for posting 12 months after formal publication. This will ensure that you will have responded fully to the NIH request policy. There will be no need for you to post your manuscript directly with PubMed Central, and any such posting is prohibited.

AUTHOR INQUIRIES

For inquiries relating to the submission of articles (including electronic submission where available) please visit this journal's homepage. You can track accepted articles at <http://www.elsevier.com/trackarticle> and set up e-mail alerts to inform you of when an article's status has changed. Also accessible from here is information on copyright, frequently asked questions and more. Contact details for questions arising after acceptance of an article, especially those relating to proofs, will be provided by the publisher.