

**Maus Tratos infantis - Avaliação da Capacidade de Diagnóstico
dos Cirurgiões-Dentistas.**

Maus Tratos infantis - Avaliação da Capacidade de Diagnóstico dos Cirurgiões-Dentistas.

Resumo

Diversos autores têm afirmado a importância do cirurgião-dentista (CD) na suspeição ou confirmação de casos de abuso infantil. O presente estudo avaliou como os CDs têm lidado com as situações de maus tratos na infância ou adolescência. Foram distribuídos 470 questionários à CDs em atividade, sendo avaliados 127, ao final do estudo. Os resultados mostraram, que a maioria dos CDs, parece não apresentar condições adequadas para diagnosticar casos de maus tratos; quando oferecida orientação, em cursos de graduação ou pós, a mesma não tem sido suficiente, havendo, uma inadequada formação profissional neste sentido; há necessidade que as Faculdades de Odontologia sejam estimuladas a incluir, nos seus programas educacionais, cursos regulares sobre a responsabilidade do CD no diagnóstico da criança maltratada.

Descritores

Odontologia Legal, Deontologia, Crime contra a criança, Prevenção, Violência, Criança Maltratada

Introdução

Crianças têm sofrido inúmeras e variadas formas de violência, através de maus tratos físicos, psíquicos, abuso sexual e outros.

A violência contra crianças parece estar muito distante de nossos lares ou ambientes de trabalho e, assim

considerando, pensamos não ter responsabilidade quanto aos fatos acontecidos, próximos ou até mesmo sob nossas vistas.

A Odontologia, como profissão de saúde, deveria se questionar sobre o que fazer e como ajudar a diminuir essa forma de violência, bem como, qual é a responsabilidade do profissional de Odontologia em relação a isso.

Em 1995, o número de casos relatados de crianças maltratadas nos EUA, era 3.100.000, sendo que 65% das injúrias resultantes dos maus tratos envolviam a cabeça, face e boca, onde o cirurgião-dentista (CD) aparecia numa excelente posição como diagnosticador de sinais de abuso ou negligência. (SFIKAS¹⁸, 1996; COLLINS, NICHOLS⁷, 1999).

Uma estimativa feita pelo NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE AND NEGLECT¹⁴ em 1998, nos EUA, indicou que anualmente, 2 a 3% da população com idade inferior a 18 anos, sofrem algum tipo de maltrato. Cerca de 160.000 crianças sofrem lesões sérias ou permanentes.

Num estudo realizado no Hospital Municipal Souza Aguiar, no Rio de Janeiro, entre 1989 e 1995, e avaliados por VIEIRA et al.²⁰ (1998), foram relatados 188 casos de abuso infantil; destes, 6,9% resultaram em óbito da criança maltratada.

MOUDEN, BROSS¹³ (1995), demonstraram que o CD pode ajudar a proteger a criança de maus tratos, diagnosticando e relatando às autoridades competentes e serviços de proteção à infância, os casos suspeitos de abuso infantil.

SFIKAS¹⁸ (1996), afirmou que os CDs se encontram em uma ótima situação para detectar sinais de maus tratos em crianças, já que em torno de 65% de todos os traumas físicos associados, ocorrem nas áreas da face, cabeça e pescoço.

Em 1999, RUPP¹⁵ acrescentou ainda cáries rampantes e má-

oclusão severa como fatores a serem considerados nos casos de maus tratos infantis.

Do Estatuto da Criança e do Adolescente⁴, criado pela lei federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, com a intenção de proteger a criança e o adolescente contra qualquer forma de abuso, podemos retirar alguns artigos extremamente importantes, como:

No "Art. 5º - Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou **omissão**, aos seus direitos fundamentais".

No "Art. 13 - **Os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra a criança ou o adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais**".

No "Art. 245 - Deixar o médico, professor ou **responsável por estabelecimento de atenção à saúde** e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente. **Pena: multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência**"

No artigo 245, ao verificarmos que, deixando o "**responsável por estabelecimento de atenção à saúde**", em especial o cirurgião dentista, de notificar o caso, além da omissão, que poderá estabelecer ainda a manutenção da violência contra a criança e todas as suas possíveis

implicações, também poderá, o mesmo, ser punido na forma da Lei.

Neste sentido, a Odontologia pode decisivamente contribuir, através do diagnóstico ou suspeição de casos de maus tratos e conseqüente notificação aos órgãos responsáveis, para a prevenção e manutenção da dignidade e vida das crianças vitimadas pelo abuso ou negligência.

Proposição

1- Avaliar se os CDs estão preparados e treinados para diagnosticar casos de abuso contra crianças ou adolescentes.

2- Verificar de que modo os CDs estão sendo orientados, para a detecção e diagnóstico do abuso infantil, em cursos de graduação ou pós-graduação.

Material e Método

Foi realizado um levantamento sobre os conhecimentos do CD acerca de suas responsabilidades éticas e legais, em relação à criança maltratada, através do uso de um questionário (QUADRO 1), apresentado no ANEXO 1.

O questionário foi construído com questões estruturadas e abertas, sendo distribuídos à CDs brasileiros que trabalham em 5 Municípios do interior do Estado de São Paulo (Espírito Santo do Pinhal, Mogi Guaçu, Leme, Araras e Amparo) em Clínicas Particulares, em Serviços de Saúde Pública, em Ambulatórios de Faculdades de Odontologia e em Hospitais.

Foram distribuídos, no total, 470 questionários, sendo coletados, ao final do estudo, 176, dos quais 49 foram excluídos, em função da falta, principalmente, do termo de consentimento livre e esclarecido ou por rasuras nos

questionários. Restaram, então, uma amostra composta por 127 questionários adequados para a análise do estudo.

O experimento, somente foi iniciado, após o recebimento do consentimento para realização, oferecido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP/UNICAMP.

Resultados e Discussão

O presente estudo demonstrou que 29 (22,83%) dos CDs entrevistados já haviam atendido crianças com características de maus tratos. Porém, a grande maioria, 98 (77,17%) nunca haviam tido essa oportunidade. Isso pode significar que crianças portadoras de sinais característicos de maus tratos não têm sido adequadamente diagnosticadas ou as mesmas não tem tido oportunidade de freqüentar clínicas odontológicas, quer sejam particulares ou de saúde pública, ou ainda, que apenas um porcentual reduzido de crianças sofrem de maus tratos em nosso país.

Dos 29 CDs que responderam já haver atendido crianças com sinais de abuso infantil, 14 (48,28%) citaram apenas algumas características do ponto de vista psicológico, acentuando o medo, apatia, quietude ou mesmo inquietação, depressão, carência afetiva, insegurança, introspecção, rebeldia, sinais estes que, necessariamente, não configuram uma criança vítima de maus tratos, já que outras circunstâncias da vida podem gerar os mesmos sintomas.

Ao considerar esses aspectos, pode-se estar sendo extremamente cauteloso nas considerações diagnósticas, ao serem observados apenas os aspectos psicológicos, como estar negligenciando-se os caracteres físicos associados aos eventos psicológicos; essas crianças, diagnosticadas como

maltratadas do ponto de vista psíquico, talvez freqüentassem a clínica odontológica, após ter passado por experiências traumáticas de ordem física, em que as seqüelas já estivessem acobertadas, pela regeneração tecidual e ou cicatricial. É certo, porém, que os aspectos psicológicos, advindos dos maus tratos, devem ser muito bem apreciados pelo CD e nunca negligenciados.

Outros 12 (41,38%) CDs puderam detectar, além dos sinais psicológicos, também sinais físicos, como: beliscões, cicatrizes, fraturas dentais, cortes labiais, hematomas na face, pescoço e braços, roupa suja e até mesmo o fato de nunca ter escovado os dentes, a falta de higiene corporal ou ainda marcas de espancamento com cabo de vassoura.

Do universo de 127 CDs avaliados, 12 (9,45%) efetivamente conseguiram qualificar características físicas e psíquicas marcantes, como sinais indicativos de maus tratos infantis podendo-se, a partir destes dados, afirmar que uma parcela muito pequena de CDs tem tido contato com crianças ou adolescentes, vítimas de maus tratos, estando em condições apropriadas de diagnosticar, não desprezando, em nenhuma hipótese, os diagnósticos feitos a partir e tão somente dos aspectos psíquicos negativos, decorrentes dos maus tratos citados por 14 (11,02%) dos profissionais questionados.

Embora pequeno em número, este grupo de CDs teve a capacidade de perceber sinais de maus tratos em crianças, o que demonstra ser compatível com o que BECKER et al.³, 1978; CROLL et al.⁹, 1981; WRIGHT, THORNTON²¹, 1983; CASAMASSIMO⁵, 1984; SANGER¹⁶, 1984; SCHIMITT¹⁷, 1986; FONSECA et al.¹⁰, 1992; KVAAL¹², 1993; JESSEE¹¹, 1995; SFIKAS¹⁸, 1996; RUPP¹⁵, 1999, afirmaram sobre a capacidade dos CDs em diagnosticar maus

tratos infantis.

Aparentemente, o tempo de formado dos profissionais inquiridos neste estudo, não teve influência.

24 cds (18,90%) do total de 127 cds entrevistados, responderam ter tido orientação prévia sobre o assunto na graduação ou após. Ainda, do total de 127 cds entrevistados, 49 (38,58%) julgavam-se capacitados para o diagnóstico de abuso infantil. Contudo, quando cruzamos os dados dos 49 cds que se julgavam habilitados com o número de cds que haviam tido orientação, observamos que somente 17 (70,83%) dos 24 cds que haviam tido orientação prévia, consideravam-se capazes de diagnosticar, enquanto que os outros 7 (29,17%) dos 24 cds previamente orientados, consideraram-se inabilitados para o diagnóstico e abuso infantil.

Este percentual muito baixo de CDs, 13,39% (17) dos 127 cds entrevistados, que receberam instrução durante a graduação ou após e que responderam estar habilitados para o diagnóstico, demonstraram, de modo significativo, que infelizmente, as Escolas de Odontologia, tanto públicas quanto particulares, não têm cumprido seu papel instrutivo e educativo no que diz respeito às informações e preparo de seus futuros profissionais para o reconhecimento de casos de abuso infantil, além do pleno exercício de sua cidadania e de seus pacientes.

Durante a graduação em Odontologia, as disciplinas, que mais contribuíram para a divulgação de informações acerca de maus tratos infantis, foram as de Odontopediatria, em 10 (55,56%) oportunidades, Odontologia Legal em 2 (11,11%) situações, Odontologia Preventiva e Social outras 2 (11,11%) ocasiões e outras 4 (22,22%), Psicologia, Extra-Muros,

Cirurgia e Antropologia e Sociologia, individualmente; demonstrou-se, de modo efetivo, que aquelas disciplinas, com uma maior ligação com crianças, problemas sociais e legais, são as responsáveis pela divulgação de conhecimentos sobre abuso infantil, embora ainda de maneira pouco eficaz; demonstrou-se também, pelos resultados, que essa divulgação é mais ilustrativa que integradora aos conhecimentos básicos necessários para o desempenho profissional.

Assunto tão importante e que pode determinar a redução de casos de maus tratos infantis, interferindo diretamente nos níveis de violência e desamor social, através de mecanismos preventivos, deveria ser tratado de modo especial, sendo integrado aos programas curriculares de todas as Faculdades de Odontologia, como parte do conteúdo programático a ser desenvolvido nos anos de graduação, independentemente da disciplina a ser responsabilizada para a tarefa.

No Código de Ética Odontológica (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA⁸, 1999), no capítulo III, que trata dos deveres fundamentais, no Art. 4º, podemos verificar que, no inciso III, um dos principais deveres do CD é: "**zelar pela saúde e dignidade do paciente**"; o que indica o compromisso social que temos, enquanto classe profissional, na melhoria da qualidade de vida da população e o compromisso que as Escolas de Odontologia tem, na formação de profissionais que carreguem consigo esta responsabilidade.

Infelizmente, os resultados do presente estudo apontam, apenas, um pequeno percentual de 14,17% (18) CDs , obtendo informações durante o curso de graduação, levando-se a crer que há necessidade urgente de que os currículos de graduação

em Odontologia adaptem-se, o mais cedo possível, a esta realidade cruel, que é a violência contra crianças e adolescentes.

Quando são avaliados os cursos desenvolvidos sobre o tema, em nível de pós-graduação, como os de aperfeiçoamento, atualização, especialização e outros, a quantidade de informação distribuída é ainda menor; sendo apenas em número de 7, as instituições citadas; quando foram inquiridos os profissionais, sobre a origem de seus conhecimentos sobre maus tratos infantis.

Se forem comparados com os dados oferecidos pela AMERICAN DENTAL ASSOCIATION¹ (ADA) em 1999(a), onde 47,5% dos cirurgiões-dentistas norte-americanos disseram já ter tido treinamento, durante a graduação ou em cursos de extensão universitária, para o reconhecimento de sinais de abuso infantil, durante uma consulta odontológica, nota-se nossa enorme defasagem em relação a este assunto, sendo então concordantes com VIEIRA¹⁹ (1998) quando, mesmo não tendo dados específicos, afirmou que o *"cirurgião-dentista brasileiro, não sai da Faculdade, capacitado para identificar uma criança que apresente sinais de abuso e, caso suspeite, não sabe o que fazer"*.

CHAIM⁶, em 1995, observou que não havia, na época, uma conduta padrão entre os cirurgiões-dentistas para os casos de maus tratos em crianças, mas apenas conceitos éticos, estabelecidos de acordo com a personalidade do entrevistado. Pode-se afirmar através dos resultados do presente estudo, que, ainda atualmente, a classe odontológica permanece carecendo de uma conduta padrão para os casos de violência contra crianças e adolescentes.

Quando se fala em punição, para aquele cirurgião-dentista que não cumprir o seu papel de informar às autoridades competentes os casos onde há suspeita ou confirmação de maus tratos, a grande maioria dos profissionais entrevistados 106 (83,46%) não sabiam quais as implicações legais para si, 21 (16,54%) outros, afirmaram que sabiam; no entanto, nenhum deles foi capaz de responder com correção quais eram estas implicações. O profissional não sabe que, além de sua responsabilidade ética, o não cumprimento de sua obrigação legal, pode gerar punição para si mesmo.

Enquanto em 1994, a ADA² (1999b) passou uma resolução, encorajando Faculdades de Odontologia e Associações de Classe dos EUA, a desenvolver programas educacionais voltados para o treinamento de dentistas na detecção de sinais de abuso infantil e reportá-los às entidades governamentais apropriadas, não se vê nenhuma de nossas Associações de Classe, ou Conselhos regulamentadores da profissão estender qualquer consideração a este respeito.

Em face à presença de CDs atrelados aos serviços públicos de saúde, equipes multiprofissionais de saúde em diversos Hospitais, Clínicas Odontológicas das Faculdades, na aplicação da moderna prevenção odontológica em massa, com atividades constantes em grupos de crianças e adolescentes, quer em Escolas ou em Associações de Bairro e mesmo até no cotidiano da atividade clínica particular, a Odontologia, como Classe profissional, e seus membros podem contribuir, decisivamente, no processo de redução e prevenção da violência contra crianças e adolescentes no Brasil, coletando informações, diagnosticando e reportando os casos de maus

tratos às autoridades competentes e oferecendo o seu contributo profissional à manutenção da saúde e recuperação das crianças e ou adolescentes afetados.

As Faculdades de Odontologia, as Associações de Classe e os Conselhos Regionais de Odontologia devem ser estimulados a promover cursos para o treinamento de CDs para o diagnóstico de maus tratos infantis.

E, finalizando, é importante considerar que mesmo não tendo o Conselho Federal de Odontologia se adiantado neste sentido e mesmo havendo pouca divulgação deste assunto no meio odontológico, isso não retira do CD o seu compromisso com a sociedade, de "*zelar pela saúde e dignidade de seu paciente*", não se tornando um profissional omissor nos casos encontrados e exercendo seu papel como cidadão, denunciando-os às autoridades competentes, respondendo deste modo ao seu compromisso ético e legal.

Conclusões

Com base nos resultados observados neste estudo, parece lícito afirmar que:

1- A maioria dos CDs, atualmente parece não apresentar condições adequadas para diagnosticar casos de maus tratos infantis.

2- Quando oferecida orientação sobre maus tratos infantis, em cursos de graduação ou pós em Odontologia, a mesma não tem sido suficiente em quantidade e qualidade, para que o CD possa utilizá-la como método rotineiro de diagnóstico, havendo, portanto, inadequada formação profissional neste sentido.

3- Há necessidade que as Faculdades de Odontologia sejam

estimuladas a incluir, nos seus programas educacionais, cursos regulares sobre a responsabilidade do CD em relação ao diagnóstico da criança maltratada.

Abstract

Many authors have been affirmed the importance of the dentist in a suspicion or confirmation about child abuse cases. The present study had for objective to evaluate, how the brasilian dentists have to work in child abuse situations. Was distributed 470 questionnaires in 5 cities from São Paulo State (Brazil), had been evaluated 127, in final study. The results showed that the most dentists haven't adequate conditions to detect ou to diagnose child abuse cases; the orientation about child abuse wasn't offered in quality or quantity in graduate or pos-graduate courses of Dentistry, this way is necessary that the Dental Schools, must to stimulate the include in yours educacional programs, regular courses, about responsibility to dentist, in relation to diagnostic of the abuse child.

Descriptors

Forensic Dentistry, Deontology, Prevention, Violence, Abuse Child.

Referências Bibliográficas

1- AMERICAN DENTAL ASSOCIATION (ADA) - *Trained Dentists More Likely to Notice Signs of Child Abuse*. ADA News Releases [On Line] Disponível na [www.http://ada.org/newsrel/0496/nr-01.html](http://ada.org/newsrel/0496/nr-01.html) [citado em 08 Aug 1999a].

2- AMERICAN DENTAL ASSOCIATION (ADA) - *ADA Moves to Expand Educacional Efforts to Recognize Signs of Family Violence*. ADA News Releases [On Line] Disponível na [www.http://ada.org/newsrel/9612/nr-01.html](http://ada.org/newsrel/9612/nr-01.html) [citado em 08 Aug 1999b].

3- BECKER, D. B. et al. - *Child Abuse and Dentistry: Orofacial Trauma and its Recognition by Dentists*. J Am Dent Assoc, v. 97, n. 1, p. 24-28, 1978.

4- BRASIL, Leis, Decretos, etc. - *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, Ministério da Ação Social, 56 p., 1990.

5- CASAMASSIMO, P. S. - *Oral Facial Lesions in Sexual Abuse*. In: SANGER, R. G. & BROSS, D. C. - *Clinical Management of Child Abuse and Neglect. A Guide for the Dental Professional*. 1. ed. Chicago, Quintessence Pub. Co. Inc., p. 43-51, 1984.

6- CHAIM, L. A. F. - *Odontologia Versus Criança Maltratada*. Rev APCD, v. 49, n. 2, p. 142-144, 1995.

7- COLLINS, K. A., NICHOLS, D. A. - *A Decade of Pediatric Homicide: A Retrospective Study at the Medical University of South Carolina*. Am J Forensic Med Pathol, v. 20, n. 2, p. 169-172, 1999.

8- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO) - *Código de Ética Odontológica*. Resolução nº 179 de 19 de Dezembro de 1991 (Alterado pelo regulamento nº 01 de 02 de Junho de 1998). CFO, Rio de Janeiro, 1999.

9- CROLL, T. P. et al. - *Primary Identification of an Abused Child in Dental Office: A Case Report*. Ped Dent, v. 3, n. 4, p. 339-342, 1981.

10- FONSECA, M. et al. - *Dental Aspects of 1248 Cases of Child Maltreatment on File at a Major County Hospital*. *Ped Dent*, v. 14, p. 152-157, 1992.

11- JESSEE, S. A. - *Physical Manifestations of Child Abuse to the Head, Face and Mouth: A Hospital Survey*. *J Dent Child*, v. 62, n. 4, p. 245-249, 1995.

12- KVAAL, S. I. - *Oral Injuries in Cases of Child Abuse*. *Rev Bel Med Dent*, v. 48, n. 1, p. 49-53, 1993.

13- MOUDEN, L. D., BROSS, D. C. - *Legal Issues Affecting Dentistry's Role in Preventing Child Abuse and Neglect*. *J Am Dent Assoc*, v. 126, n. 8, p. 1173-1180, 1995.

14- NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE AND NEGLECT (NCCAN) - *Study of National Incidence and Prevalence of Child Abuse and Neglect*. Department of Health and Human Services, 1998.

15- RUPP, R. P. - *Recognizing Child Abuse and Neglect: A Survey of Kansas Dental Offices*. *J Kansas Dent Assoc*, v. 84, n.4, p. 20-24, 1999.

16- SANGER, R. G. - *Oral Facial Injuries in Physical Abuse*. In: *Sanger, R.G.; Bross, D.C. Clinical Management of Child Abuse and Neglect. A Guide for the Dental Professional*. 1^a ed. Chicago, Quintessence Publishing Co., p. 37- 41, 1984.

17- SCHIMITT, B. D. - *Types of Child Abuse and Neglect: An Overview for Dentists*. *Ped. Dent.*, v. 8, p. 67-71, 1986.

18- SFIKAS, P. M. - *Does the Dentist Have an Ethical Duty to Report Child Abuse?* *J Am Dent Assoc*, v. 127, n. 4, p. 521-523, 1996.

19- VIEIRA, A R. - *Abuso Infantil*. *J Bras Odontoped Odont Bebê*, v. 1, n. 2, p. 57-61, 1998.

20- VIEIRA, A. R. et al. - *Avaliação dos Casos de Abuso Infantil do Hospital Municipal Souza Aguiar (Rio de Janeiro) e sua Relação com o Cirurgião-Dentista*. Ped Atual, v. 11, n.1/2, p. 21-32, 1998.

21- WRIGHT, J. T., THORNTON, J. B. - *Osteogenesis Imperfecta with Dentinogenesis Imperfecta: A Mistaken Case of Child Abuse*. Ped Dent, v. 5, n. 3, p. 207-209, 1983.

ANEXO 1

Quadro 1 - Questionário utilizado no experimento.

<u>Questionário</u>	
<u>Sexo:</u>	() Masculino () Feminino
<u>Faculdade de Odontologia que se formou:</u>	() Pública () Particular
<u>Tempo de Formado:</u>	
() até 3 anos.	() acima de 3 a 10 anos.
() acima de 10 a 20 anos.	() acima de 20 anos.
<u>Local de trabalho:</u>	
() Clínica Particular	() Serviço Público () Ambulatório Universitário
() Hospital	
() Outros (especificar)_____.	
<u>Município</u>	_____.
1 - Em sua atuação clínica, teve oportunidade de atender crianças ou adolescentes com características de maus tratos?	
() SIM	() NÃO
Se Sim, responder a questão 2, se Não, vá direto para a questão 3.	
2 - Favor citar características observadas nas crianças avaliadas:	

3 - Sente-se capacitado para o diagnóstico de crianças ou adolescentes maltratados?	
() SIM	() NÃO
4 - Foi orientado para o diagnóstico de crianças ou adolescentes maltratados?	
() SIM	() NÃO

Continuação do ANEXO 1

5 - Se lhe foi oferecido orientação, como aulas ou curso durante a graduação, citar a Disciplina que ministrou o assunto:

Disciplina de _____.

() Não foi oferecida orientação ou curso ou aulas sobre o assunto durante a graduação.

6 - Se assistiu curso sobre o assunto após a graduação, citar a Entidade ou Instituição que o promoveu:

Entidade ou Instituição _____.

() Nunca assisti ou vi curso sobre o assunto.

7 - Qual a conduta ser tomada pelo profissional de odontologia ao diagnosticar ou suspeitar de um caso de abuso infantil?

() Isentar-se, já que o problema não lhe diz respeito.

() Conversar com os pais ou responsáveis.

() Discutir e ameaçar os responsáveis pelo abuso.

() Comunicar o fato às autoridades competentes.

() Outra atitude. Especificar _____.

8 - No caso de responder : "**comunicar o fato às autoridades competentes**", citar o órgão ou a autoridade a ser comunicada:

9 - Sabe quais são as implicações legais para os cirurgiões-dentistas nos casos onde há suspeita ou confirmação de abuso infantil?

() SIM () NÃO.

Se, **Sim**, favor citá-las:

