

# **A Responsabilidade Ética e Legal do Cirurgião-Dentista em Relação à Criança Maltratada.**

*Ethical and Legal Responsibility to Dentist, in Relation to Abuse Child.*

## **Palavras-chave:**

Odontologia Legal / Deontologia / Crime contra a criança / Prevenção / Violência.

## **Key words:**

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

## **RESUMO**

Crianças têm sido vítimas de maus tratos em toda a história da humanidade. Diversos autores têm afirmado a importância do cirurgião-dentista na suspeição ou confirmação de casos de abuso infantil. O presente estudo teve por objetivo avaliar, como os cirurgiões-dentistas brasileiros têm lidado com as situações de maus tratos na infância ou adolescência. Foram distribuídos 470 questionários aos cirurgiões-dentistas em atividade em 5 municípios (Espírito Santo do Pinhal, Mogi-Guaçu, Araras, Amparo e Leme) do interior do Estado de São Paulo (Brasil), sendo avaliados 127, ao final do estudo. Os resultados mostraram, que a maioria dos cirurgiões-dentistas, parece não apresentar condições adequadas para perceber ou diagnosticar casos de maus tratos em crianças ou adolescentes; do ponto de vista legal, o cirurgião-dentista carece de maiores informações sobre qual a conduta a ser tomada nos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos infantis, desconhecendo, inclusive, as penalidades que lhe são cabíveis, no caso de não reportar o fato ao Conselho Tutelar ou ao Juizado da Infância e da Juventude; quando oferecida orientação sobre maus tratos, em cursos de graduação ou pós em Odontologia, a mesma não tem sido

suficiente em quantidade e qualidade, havendo, portanto, uma inadequada formação profissional neste sentido; há necessidade que os Conselhos Federal e Regionais de Odontologia, sejam estimulados a discutir, mais profundamente, o assunto, criando, a partir disso, um artigo específico sobre o tema, nos códigos que regulamentam o exercício profissional e também há necessidade que Faculdades de Odontologia sejam estimuladas a incluir, nos seus programas educacionais, cursos regulares sobre a responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista em relação à criança maltratada.

### **ABSTRACT**

Childrens have being abused victims in all human history. 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 in actually haven't adequate conditions to detect ou to diagnose child abuse cases; in the legal point of view, the dentist want more informations about your conduct in child abuse; ignoring also about your legal punishment when the abuse child wasn't related to departament in charge to accept the denunciation (Tutelar Council or Infancy and Adolescence Judgeship); 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 Federal and Regional Councils in Dentistry, the Dental Associations and Dental Schools, must to stimulate the debate of the theme, creating by this, a specific article in the codes, that control the professional exercise and, finaly, is necessary that Dental Schools, must to stimulate the include in yours educacional programs, regular courses, of ethical and legal responsability to dentist, in relation to abuse child.

## INTRODUÇÃO

A violência passa pela nossa vida diariamente e mesmo não nos impondo sofrimento direto, mas, indiretamente, pode afetar as pessoas que conosco vivem em nossos lares, nas escolas e mesmo no trabalho. A violência não escolhe dia, horário, classe social, raça, credo ou idade; todos nós podemos nos envolver com ela, quer sofrendo suas conseqüências, quer gerando-as. Assim, muitas pessoas que não se encontram em condições de se proteger ou tomar atitudes para controlá-la, como as crianças, ficam à sua mercê, sem qualquer possibilidade de defesa.

Aparentemente, a sociedade, quando o assunto é violência contra crianças, não tem se empenhado tanto em sua discussão; embora notícias e instituições tenham sido criadas para fazê-lo, a verdade é que de maneira muito primária, e algumas vezes de modo sensacionalista, mas pouco profundo, este problema social tem sido divulgado. Considerando-se que o mesmo gera constrangimentos os mais variados, entre os quais, segundo GUERRA (1985), *“o estudo das relações violentas entre pais e filhos, desvela uma face que a família tem interesse que permaneça oculta, preservando sua imagem de santuário...”*, podemos perceber que um assunto tão importante, porém delicado, toma formas descabidas e dificuldades imensas são interpostas, para a obtenção de dados referentes à realidade, tanto brasileira, quanto em qualquer sociedade civilizada, em função do enorme pudor existente nos indivíduos quando o assunto aflora ao debate.

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 esse tipo de violência.

FONSECA et al., em 1992, encontraram em seu estudo a presença de lesões na cabeça, face, boca e pescoço, em 75,5% dos casos diagnosticados de abuso físico exclusivo, sem qualquer ligação com abuso sexual ou negligência.

KVAAL (1993), estabeleceu como sinais mais comuns de abuso sexual em crianças, fraturas em dentes, ossos da face, como a mandíbula ou a maxila, lacerações nos lábios, freio lingual, mordidas na face, nuca, contusões, sendo que, aquelas que estão expostas a atividades sexuais orais por longos períodos, podem desenvolver erosões no palato e altas taxas de cáries dentais.

Outros sinais podem ainda determinar a possibilidade de maus tratos, como a presença de dentes fraturados ou perdidos, dentes anteriores desvitalizados ou escurecidos, traumas nos lábios, freios labiais, lesões na língua e mesmo até fraturas na maxila ou mandíbula. (WELBURY, 1994).

RIVERA & FURMAN (1998), incluíram num estudo sobre maus tratos infantis, situações como a avaliação do índice de biofilme dental, considerando-o maior que 50%, a presença de cáries rampantes ou múltiplas lesões cariosas, em mais de cinco dentes na cavidade bucal, afecções periodontais como fístulas ou abscessos, além das lesões físicas evidentes.

Num estudo realizado na África do Sul em 2000, em 300 casos avaliados de crianças maltratadas, em 67% deles a cabeça, face, pescoço e boca foram lesadas, sendo a face mais freqüentemente agredida (41%), principalmente a região das bochechas. (NAIDOO, 2000).

Quanto à responsabilidade do cirurgião-dentista no relato dos casos de maus tratos infantis, HEITZLER (1994), comentou que todos os cirurgiões-dentistas deveriam comunicar casos suspeitos de abuso ou negligência contra crianças, como no Estado de Nova Iorque, nos EUA, onde os profissionais de Odontologia são obrigados por lei a relatarem casos suspeitos a uma agência de proteção infantil local.

No Brasil, analisando o Estatuto da Criança e do Adolescente, 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, devemos considerar alguns artigos extremamente importantes, como:

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 “Art. 262 – Enquanto não instalados os Conselhos Tutelares, as atribuições a eles conferidas serão exercidas pela autoridade judiciária”.*

Quanto à classe odontológica brasileira e sua conduta ética em relação aos maus tratos infantis, o CFO (1999), destacou no Código de Ética Odontológica, no capítulo III, que trata dos deveres fundamentais, no Art. 4º, inciso III, que um dos principais deveres do cirurgião-dentista é: *“zelar pela saúde e dignidade do paciente”*; assim considerando, não notificar um caso de maus tratos significaria contrariar o zelo pela saúde e dignidade do paciente.

A AMERICAN DENTAL ASSOCIATION COUNCIL ON DENTAL PRACTICE em 1994, determinou que fosse incluído no Código de Ética Americano, a obrigatoriedade para cirurgiões-dentistas detectarem e relatarem casos suspeitos de abuso infantil e negligência.

MOUDEN & BROSS (1995), demonstraram que o cirurgião-dentista 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.

CHAIM (1995), estudando as atitudes de cirurgiões-dentistas e acadêmicos de Odontologia frente à supostos casos de maus tratos, observou que 55% dos entrevistados consideravam mais adequado, antes da denúncia, uma conversa com os pais ou responsáveis; 12% acreditavam que deveriam apenas conversar com os pais ou responsáveis e somente 18% consideraram que a denúncia fosse o mais adequado; mostrando, assim, que não havia uma conduta

padrão, determinada para os cirurgiões dentistas, frente aos casos de maus tratos em crianças e sim conceitos éticos fundamentados de acordo com a personalidade do entrevistado. Infelizmente, os resultados demonstraram que a classe odontológica carecia de uma conduta padrão para os casos de violência contra crianças e adolescentes.

No caso do Brasil, segundo VIEIRA (1998), o maior problema dos cirurgiões-dentistas brasileiros é que eles não receberam informações suficientes sobre abuso infantil, além de outras situações, como o conhecimento das leis, direitos e deveres; sugerindo então, que o cirurgião-dentista brasileiro não tem saído da faculdade, capacitado para identificar uma criança que apresente sinais de abuso. E caso suspeite, não sabe o que fazer.

JOHN et al. (1999), relataram que na Austrália os cirurgiões-dentistas eram considerados, naquele momento, os profissionais que se encontravam na posição “chave” para identificar e relatar casos de maus tratos infantis; contudo havia ainda uma grande necessidade de informações e treinamento para o reconhecimento destes maus tratos, bem como do seu relato.

SHANEL-HOGAN & JARRETT (1999), determinaram que é vitalmente importante que os profissionais da área odontológica, tanto os cirurgiões dentistas, quanto os técnicos em higiene dental, serem legalmente obrigados a reportarem os casos de suspeita ou abuso infantil, sendo necessário, para isso, um programa de treinamento para a detecção e relato dos casos de negligência ou maus tratos

LOUZADO et al. (2001), consideraram que os profissionais de saúde, especialmente os cirurgiões-dentistas deveriam ser capazes de, ao menos, suspeitar de um quadro de violência sexual em crianças, quando houver lesões sugestivas.

Deste modo, ao avaliarmos essas considerações, cabe-nos questionar sobre as responsabilidades éticas e legais do cirurgião-dentista brasileiro, em relação à criança maltratada, sua percepção da situação e mecanismos de atuação e conduta.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Foi realizado um levantamento sobre o conhecimento do cirurgião-dentista acerca de suas responsabilidades éticas e legais, em relação à criança maltratada, através do uso de um questionário, apresentado no ANEXO 1.

O questionário foi construído com questões estruturadas e abertas, sendo distribuídos à cirurgiões-dentistas 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, dificultando a avaliação adequada dos dados e ainda por serem de municípios com grande representatividade em número de cirurgiões-dentistas, mas com pequena quantidade de questionários respondidos. Restaram, então, uma amostra composta por 127 questionários considerados adequadamente preenchidos 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**

Os resultados do presente estudo demonstraram que dos 127 cirurgiões-dentistas entrevistados, 49 (38,58%) julgavam-se capacitados para o diagnóstico de crianças ou adolescentes que sofreram de abuso infantil, sendo que somente 17 (34,70%) deles haviam recebido orientação acadêmica prévia, quer durante a graduação, quer em cursos de pós-graduação. No total, apenas 24

(18,90%) cirurgiões-dentistas dos 127 pesquisados, tiveram algum tipo de orientação na graduação ou após a graduação, sendo que desses, 7 (29,17%) consideraram-se inabilitados para o citado diagnóstico.

Um percentual muito baixo de cirurgiões-dentistas, 13,39% (17) e que receberam instrução durante a graduação ou após a graduação, responderam estar habilitados para o diagnóstico de crianças ou adolescentes maltratados, demonstrando, de modo significativo, que aparentemente 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, no capítulo III, que trata dos deveres fundamentais, no Art. 4º, podemos verificar que, no inciso III, um dos principais deveres do cirurgião-dentista 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.

Do ponto de vista legal, no Art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente, verifica-se qual a atitude que deve ser tomada pelos cirurgiões-dentistas ou profissionais das áreas da saúde, em que nos *“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 presente estudo, pode-se observar que dos 127 entrevistados, 57 (44,88%) dos cirurgiões-dentistas responderam, como opção quanto a conduta a ser tomada nos casos de diagnóstico ou suspeita de maus tratos infantis, *“comunicar os fatos às autoridades competentes”*, o que pode-se considerar um fato bastante auspicioso, inda mais que destes 57 indivíduos, 48 (84,21%) deles relataram não haver tido orientação na graduação ou após a graduação sobre violência contra crianças ou adolescentes, sendo que apenas 9 (15,79%) deles haviam tido essa experiência prévia, indicando que o processo informativo das variadas formas de expressão jornalística, através dos meios de comunicação, podem ter tido uma significativa influência na divulgação do conhecimento.

Outros 30 (23,62%) dos profissionais avaliados, consideraram as duas situações anteriormente citadas como passíveis enquanto conduta: *“conversar com os pais ou responsáveis”* e, posteriormente não se obtendo respostas, *“comunicar o fato às autoridades competentes”*; deste modo, talvez, equilibrem a sua consciência, considerando o critério do diálogo, inicialmente proposto, como uma conduta razoável antes do encaminhamento para o sistema judicial. O que parece ser uma atitude equilibrada, pode ser considerada também uma atitude de

desculpa em relação ao caso, pois essa oferece uma segunda ou quantas oportunidades forem suficientes para que o agressor mude de conduta.

Deve-se levar em consideração que a responsabilidade de análise real da situação não cabe ao cirurgião-dentista, mas sim aos órgãos competentes, estabelecidos para tanto, e que deverão fazer as diligências cabíveis antes da tomada de uma ação jurídica mais incisiva; contudo, a necessidade de prevenir a manutenção dos maus tratos é do profissional que deve possuir a capacidade de diagnosticá-los.

Muitos podem acreditar, ainda, que o sistema judiciário nada fará em relação ao caso e, portanto, nossa comunicação, às autoridades competentes, não traria nenhum resultado positivo para a criança; mas, devemos lembrar que nossa obrigação é a de comunicar e não julgar as pessoas envolvidas, cumprindo assim nosso dever ético de preservação da dignidade, da saúde e da vida de um ser humano, no mais das vezes impotente para defender-se sozinho.

Por outro lado, 5 (3,94%) dos cirurgiões-dentistas entrevistados, descreveram que suas atitudes seriam diferentes das opções oferecidas no questionário, sendo uma delas: *“prestar-lhe meu serviço (no caso odontológico) e orientá-lo a buscar ajuda familiar ou autoridade competente”*, esquecendo-se, talvez, de que seria muito difícil para uma criança ou adolescente procurar ajuda no judiciário para os seus problemas e que muitas vezes o medo é muito maior do que qualquer outra coisa, ou ainda orientar uma criança a buscar ajuda, possivelmente no próprio ambiente em que está sendo maltratada, ou é muita inocência do profissional, ou uma maneira bastante polida de não assumir compromissos com relação a saúde, dignidade e bem-estar de seu paciente.

Alguns aspectos podem ser trazidos à discussão, ao analisar esse tipo de atitude; dentre eles, destaca-se o fato de que o ensino da prática odontológica, nos últimos anos, pode não ter trazido aos profissionais o aprofundamento necessário sobre o compromisso social fundamental do cirurgião-dentista em relação à população atendida, compromisso esse que extrapola o simples tratamento odontológico, para assumir e “zelar pela saúde e dignidade” do ser

humano. O grande envolvimento do estudante com as técnicas reparadoras, num programa educacional em que as disciplinas sociais não têm a possibilidade de expressar-se em função do tempo exíguo destinado à sua aplicação, pode, de algum modo, determinar uma falta de critério ético a ser considerado nos tratamentos ou atendimentos nos serviços odontológicos. O envolvimento com a ciência e a tecnologia não podem desumanizar o profissional, a ponto de que o indivíduo desconsidere, que o *“seu serviço odontológico”* seja apenas de caráter técnico, deixando de lado o ser humano que lhe procurou com um problema.

Ao avaliar as respostas de 2 (1,58%) outros cirurgiões-dentistas que optaram por *“isentar-se, já que o problema não lhe diz respeito”*, torna-se necessário citar, que, uma discussão maior sobre o conteúdo dos programas educacionais odontológicos precisam ser revisados, onde uma gama maior de informações sobre atitude, filosofia, ética e principalmente humanização dos serviços prestados devem ser aplicados. A Odontologia aparentemente tem falhado no seu compromisso social e humano.

Este estudo demonstra, ainda, que dos 24 cirurgiões-dentistas que afirmaram ter tido orientação quanto ao diagnóstico de crianças com suspeita ou confirmação de maus tratos, apenas 9 (37,50%) deles optaram por *“comunicar o fato às autoridades competentes”*, o que determina que, apesar de terem tido conhecimentos sobre diagnóstico, os outros 15 (62,50%) profissionais não tiveram informações sobre a conduta adequada a ser tomada após o diagnóstico, ou seja, não basta apenas diagnosticar, mas é preciso uma tomada de posição frente a situação. Reportar o caso às autoridades, implica em intervir para que o problema apresente uma solução.

Daqueles 57 profissionais que responderam *“comunicar o fato às autoridades competentes”*, 48 (84,21%) deles relataram não haver tido nenhuma orientação, na graduação ou pós-graduação, sobre violência contra crianças ou adolescentes; apenas 9 (15,79%) cirurgiões-dentistas afirmaram ter tido esse tipo de experiência educacional, o que demonstra que outros mecanismos informativos tem tido uma significância muito maior, para a informação sobre maus tratos

infantis, para o profissional de Odontologia, que a própria Instituição Educacional que deveria ser o local indicado para essa realização.

Mesmo quando se observa o significativo aumento de profissionais que responderam como única e como segunda opção, quanto à conduta a ser tomada nos casos de diagnóstico ou suspeita de maus tratos infantis, “*comunicar os fatos às autoridades competentes*”, em relação ao estudo de 1995 de CHAIM, destes 87 profissionais que fizeram essa opção, 9 (10,34%) deles relataram que comunicariam os casos à Assistência Social; outros 5 (5,75%), levariam o conhecimento dos fatos a uma Delegacia de polícia, situação esta que deve ser tomada quando nenhum outro órgão responsável e competente, puder assisti-lo; outros 3 (3,45%), comunicariam à Delegacia da Mulher, talvez por estabelecerem alguma identificação com os casos de violência contra a mulher; mas, mesmo assim, esta deveria ser comunicada quando não houvesse outra possibilidade qualquer; outros 2 (2,30%), procurariam diretamente um policial, não entende-se bem como, saindo do consultório atrás de um policial, ou talvez telefonando para um policial conhecido, o que se pode afirmar que não é o modo mais adequado e o outro indicando o caso para uma Delegacia do “Menor” que, por ora no Brasil, não existe. Destes 87, outros 2 (2,30%) cirurgiões-dentistas comunicariam diretamente à promotoria, que acaba sendo o mesmo caso das comunicações feitas à polícia, que deveriam ser encaminhadas, somente, quando não houvesse nenhum outro órgão competente para tanto, o que não era o caso nos municípios estudados; outros 8 (9,20%) profissionais afirmaram que não sabiam exatamente para quem deveriam comunicar os fatos e ainda 4 (4,59%) deixaram sem resposta a questão, significando que estes 33 ( 37,93%) de cirurgiões-dentistas, não sabem qual a autoridade competente que deva ser notificada. Ainda, 21 (24,14%) deles optaram por indicar o Juizado de Menores, que seria a segunda opção, na falta do Conselho Tutelar e apenas 33 (37,93%) indicaram o órgão adequado para o relato do fato, o Conselho Tutelar.

Notadamente os cirurgiões-dentistas brasileiros, bem como a maioria da população, desconhece a legislação.

Quando se fala em punição, para aquele cirurgião-dentista que não cumprir o seu papel profissional de diagnosticar, ético e principalmente legal de informar às autoridades competentes, a grande maioria dos profissionais entrevistados 106 (83,46%) não sabiam quais as implicações legais para si, nos casos onde há suspeita ou confirmação de maus tratos. 21 (16,54%) outros, afirmaram que sabiam; no entanto, nenhum deles foi capaz de responder com correção quais eram estas implicações que podem gerar punição para o profissional, ou seja, nenhum dos 127 profissionais entrevistados acredita que haja qualquer tipo de punição para o profissional que diagnosticando ou suspeitando de um caso de maus tratos, não comunique às autoridades competentes.

O profissional não sabe que, além de sua responsabilidade ética, o não cumprimento de sua obrigação legal, pode gerar punição para si mesmo.

O Art. 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente deixa claro, que se o *“responsável por estabelecimento de atenção à saúde”*, no caso o cirurgião-dentista, deixar de notificar o caso, além da omissão, que sem dúvida é uma das maiores aliadas à manutenção dos quadros de violência contra crianças e adolescentes, também poderá ser punido na forma da Lei.

## **CONCLUSÕES**

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

1- A maioria dos cirurgiões-dentistas, atualmente parece não apresentar condições adequadas para perceber ou diagnosticar casos de maus tratos em crianças ou adolescentes.

2- Do ponto de vista legal, o cirurgião-dentista carece de maiores informações sobre qual a conduta a ser tomada nos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos infantis, desconhecendo, inclusive, as penalidades

que lhe são cabíveis, no caso de não reportar o fato ao Conselho Tutelar ou, na sua ausência, ao Juizado da Infância e da Juventude.

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

4- Há necessidade que os Conselhos Federal e Regionais de Odontologia, as Associações de Classe Odontológicas e as Faculdades de Odontologia sejam estimulados a discutir, mais profundamente, o assunto, criando, a partir disso, um artigo específico sobre o tema, nos códigos que regulamentam o exercício profissional.

5- Há necessidade que as Faculdades de Odontologia sejam estimuladas a incluir, nos seus programas educacionais, cursos regulares sobre a responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista em relação à criança maltratada.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION COUNCIL ON DENTAL PRACTICE. *The Dentist's Responsibility in Identifying and Reporting Child Abuse*. Chicago, ADA (American Dental Association), 1994.

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

CHAIM, L. A. F. – *Odontologia Versus Criança Maltratada*. Rev A P C D, v. 49, n. 2, p. 142-144, 1995.

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.

FONSECA, M.; FEIGAL, R.; ten BENSEL, R. – *Dental Aspects of 1248 Cases of Child Maltreatment on File at a Major County Hospital*. *Ped Dent*, v.14, p. 152-157, 1992.

GUERRA, V. N. A. – *Violência de Pais Contra Filhos: Procuram-se Vítimas*. 2ª ed., Ed. Cortez, 1985.

HEITZLER, G. D. – *Sexual Abuse of the Oral Cavity in Children*. *N Y St Dent J*, v. 60, n. 2, p. 31-33, 1994.

JOHN, V.; MESSER, L. B.; ARORA, R.; FUNG, S.; HATZIS, E.; NGUYEN, T.; SAN, A.; THOMAS, K. – *Child Abuse and Dentistry: A Study of Knowledge and Attitudes Among Dentists in Victoria, Australia*. *Aust Dent J*, v. 44, n. 4, p. 259-267, 1999.

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

LOUZADO, M.; ARAÚJO, C. H.; SCARIOT, F.; DORNELLES, M. S. O.; PRADO, D. – *Manifestações Oraís em Crianças Abusadas Sexualmente*. *R B O*, v. 58, n. 1, p. 33-34, 2001.

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.

NAIDOO, S. – *A Profile of the Oro-Facial Injuries in Child Physical Abuse at a Children's Hospital*. *Child Abuse Negl*, v. 24, n. 4, p. 521-534, 2000.

RIVERA, M. P.; FURMAN, E. – *Hallazgos Clinicodentales em Niños Sugestivos de Maltrato Infantil*. *Univ Odontol*, v. 17, n. 36, p. 59-64, 1998.

SHANEL-HOGAN, K. A.; JARRETT, J. A. – *Reporting Child Abuse and Neglect: Responding to a Cry for Help*. *J Calif Dent Assoc*, v. 21, n. 11, p. 869-879, 1999.

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

WELBURY, R. R. – *Child Physical Abuse*. In: ANDREASEN, J. O. & ANDREASEN, F. M. – *Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth*. 3ª ed. Copenhagen: Munksgaard, p. 181-193, 1994.