

Odontologia e o desafio na identificação de maus-tratos

Odontology and the challenge in the identification of bad-treatments

Arsenio Sales-Peres*, Ricardo Henrique Alves da Silva**, César Lopes-Júnior***, Suzana Papile Maciel Carvalho****

* Professor Doutor responsável pela disciplina de Deontologia e Odontologia Legal - FOB-USP.

** Professor Doutor responsável pelas disciplinas de Odontologia Legal e Medicina Legal - UNIP-BAURU.

*** Advogado; Mestrando em Saúde Coletiva - FOB-USP.

**** Cirurgiã-dentista especialista em Odontopediatria pelo HRAC-USP; Mestranda em Saúde Coletiva - FOB-USP.

Descritores

Odontopediatria; Agressão; Direito; Odontologia Legal.

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo colaborar com o cirurgião-dentista, no sentido de dar-lhe subsídios legais e éticos para lidar com circunstâncias relativas a suspeita ou real constatação de ocorrência de qualquer tipo de violência contra paciente. É certo que nestes casos o profissional encontra-se diante de um dilema, em especial por entender que muitas vezes os agressores são aqueles a quem se poderia recorrer para cessar agressão existente ou evitar agressão iminente. Ainda assim, subsiste o dever, enquanto prestador de serviço de saúde, e principalmente como cidadão, de exaurir todos os meios possíveis para tentar por fim à situação penosa enfrentada pelo paciente infanto-juvenil.

Key-words

Pediatric Dentistry; Aggression; Law Science; Forensic Dentistry.

Abstract

This current literature review intends to contribute to Dentistry professional, in order to give them legal and ethic (moral) assistance or aid to deal with circumstances related to suspicion or actual testifying the occurrence of any kind of violence against a patient. It's sure that in these cases the professional finds himself in face of a problem, specially understanding that most times the aggressors are those to whom one could appeal to stop the existent aggression or avoid imminent aggression. For all that remains the obligation (duty), while a health service assistant and mainly as a citizen, to exhaust all possible means to try putting an end to the painful situation faced by the childish and youthful patient.

185

Correspondência para / Correspondence to:

Prof. Dr. Arsenio Sales Peres

Faculdade de Odontologia de Bauru – USP – Depto. de Saúde Coletiva

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 - Vila Universitária - Bauru-SP - CEP: 17012-901 / E-mail: arsenio@usp.br

INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes é atualmente reconhecida como um problema de saúde pública de âmbito mundial, pois afeta indistintamente todas as nações. Dados da Organização Mundial de Saúde²⁰ (1997) revelam que uma entre cada 5.000-10.000 crianças em todo o mundo morrem a cada ano em decorrência de violência física, tais valores provavelmente são ainda maiores devido à ocultação comum neste tipo de óbito.

No Brasil, as estatísticas ainda são insuficientes para retratar a realidade nacional e dispõe-se apenas de registros e informações de centros de referência, como o CRAMI⁹ (Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância), o qual registrou um aumento de 17% de agressões contra crianças e adolescentes em 2005 em relação ao ano anterior.

Mas o que a Odontologia tem a ver com esse tipo de situação? Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente³ (1990), o responsável por estabelecimento de atenção à saúde que deixar de comunicar a ocorrência de maus-tratos estará sujeito às sanções da lei, podendo ter como multa

uma pena de três a vinte salários de referência.

Desta forma, frente à relevância do tema, o presente estudo tem como objetivo orientar o profissional da saúde, especificamente o cirurgião-dentista, a enfrentar situações que envolvam maus-tratos contra crianças.

Dentre os muitos desafios apresentados ao cirurgião-dentista em seu dia-a-dia, certamente um atinge ao especialista em Odontopediatria, bem como ao clínico-geral, em menor monta, mas de forma incisiva, a suspeita ou a constatação de ocorrência de algum tipo de ameaça, violência, agressão ou maus-tratos contra seu paciente. Nestas circunstâncias o cirurgião-dentista vê-se diante de um questionamento crucial: O que fazer?

Corrêa⁸ (2003) denota que nos dias atuais há uma onda crescente de violência, muitas vezes contra crianças de diversas idades, por meio de maus-tratos físicos, psíquicos, abuso sexual e outros, ocorridos em diversos casos dentro do próprio ambiente familiar.

Dimenstein¹² (1994) cita que 30% das mortes de crianças e adolescentes ocorridas em São Paulo, em 1991, foram provocadas por pessoas da família, e em 75% dos casos de abuso sexual, o culpado é um parente, geralmente

o pai ou o padrasto, trazendo seqüelas para o resto da vida. Na mesma vertente, Camargo⁴ (1996) observou o pai como principal agressor dos filhos.

Um dos grandes desafios no que se refere à violência doméstica, principalmente quando as vítimas são crianças ou adolescentes, está na tendência de a sociedade não reconhecer tal prática e de ocultá-la no próprio núcleo familiar¹¹.

Gonçalves et al.¹⁴ (1999), ao investigarem 587 denúncias de maus tratos contra crianças e adolescentes, não puderam confirmá-los em 82,8% dos casos, devido à falta de informações concretas dos denunciadores. Frequentemente, são vizinhos ou pessoas conhecidas que não querem se envolver, optando assim pelo anonimato, o que dificulta a obtenção de detalhes que ajudem a confirmar a agressão.

Cavalcanti e Duarte⁶ (2004) relatam que em estudo realizado em João Pessoa - PB, ao analisarem 2.134 laudos médicos de exames de corpo de delito do Departamento de Medicina Legal da Secretaria de Segurança Pública, 174 referiam-se a crianças e adolescentes. O número pode parecer pequeno, pois reflete 8% do total, mas trata-se de uma covardia, pela falta de condições de defesa dos agredidos.

De forma semelhante, Melo et al.¹⁸ (2003) verificaram que em 516 casos de traumatismos faciais em crianças no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração em Recife-PE, 49 (9,5%) eram referentes a agressões físicas.

E, frente a este tipo de situação, muitos entendem ser prudente não agir de imediato, pois se poderia agravar um fato que não mereça tal repercussão e, ainda que a mereça, torna-se necessário um melhor conhecimento do fato antes de tomar medidas. Outros entendem ser fundamental tomar providências pontuais sob risco de deixar a criança vítima de suposta agressão a mercê de seus agressores que poderão seguir perpetrando novas agressões contra àquela.

Em verdade, de pouca serventia são estas elucubrações sem que haja um tratamento caso a caso destas circunstâncias, capaz de detectar qual o grau da agressão sofrida pelo paciente fora da clínica/consultório e com que tipo de agressor se está lidando. Tais constatações são em regra inviáveis, de tal sorte que o profissional fica sem respaldo algum para sua conduta, a não ser recorrer à legislação vigente.

Como principal diploma legal que deve ser aplicado a estes casos cita-se a Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990, conhecido como Estatuto da Criança e do Adolescente³ (ECA), que preconiza os direitos resguardados, protegendo os menores de 18 anos de idade. Referido texto legal, em seu artigo 2º, qualifica como criança a pessoa menor de 12 anos de idade e, como adolescente, as que tendo passado dos 12 anos de idade e ainda não completaram 18 anos de idade.

O tema também mereceu atenção nos artigos 227 a 230 da Constituição da República Federativa do Brasil² (1988), que tratou de resguardar os direitos da criança. Para Araújo e Nunes-Júnior¹ (2005), o artigo 227 da Constituição determina à família, à sociedade e ao Estado a obrigação de assegurar à criança vida saudável sem qualquer forma de violência.

Por fim, enésimos tratados e convenções internacionais ratificados pelo Brasil, portanto equiparáveis em valor à legislação pátria infraconstitucional, são bastante claros ao garantirem às crianças a vida, saúde, integridade, dignidade e outros. Cite-se a Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembléia Geral da

ONU em 20 de novembro de 1989 e ratificada pelo Brasil em 24 de setembro de 1990¹⁶.

No entanto, apesar das mais diversas e completas legislações, existe uma realidade cruel, onde a maioria das agressões e abusos sexuais acontecem na própria residência das crianças e adolescentes⁵.

Certamente um razoável conhecimento da legislação fornecerá ao cirurgião-dentista e demais profissionais da saúde que venham a se deparar com possíveis quadros de maus-tratos, maior segurança e relativa tranquilidade ao lidar com a suspeitas ou constatação de violência sofrida por paciente.

DIREITOS, DEVERES E LEGISLAÇÃO VIGENTE

Facilmente se pode entender a distinção entre direitos e deveres ainda que, em regra, haja correlação direta entre estes. Direito é possibilidade, faculdade, autorização dada pela norma jurídica que permite ao seu titular fazer ou não algo, ter ou não ter alguma coisa ou benefício, ser ou não ser, exigir ou não.

Gusmão¹⁵ (2000) ensina ser o direito uma prerrogativa ou faculdade outorgada, por lei ou contrato, a uma pessoa, para praticar certo ato, exigir determinada conduta (ação ou omissão) de alguém que está obrigado a observar tal conduta. Diferentemente, o titular de um dever encontra-se sujeito, subordinado ao direito de outrem. Nader¹⁹ (2002) entende que enquanto o direito expressa um poder, o dever impõe ao seu titular a sujeição àquele poder.

Em síntese, crianças, na condição de pacientes ou não, têm o direito de não sofrer agressões ou violência de qualquer tipo, logo, todos os demais têm dever de não exercer qualquer tipo de agressão ou violência contra estas pessoas menores de idade. Porém, pergunta-se: neste dever inclui-se a obrigação de denunciar eventuais suspeitas ou lesões constatadas em crianças? A quem se deve fazê-lo? Qual a melhor forma de agir diante de um quadro destes?

Obviamente se existe o dever de não agredir, de não causar lesão, correlatamente existe o dever de evitar que tal lesão ocorra e existe o dever de tentar evitar que qualquer conduta violenta e danosa siga ocasionando lesões em crianças.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) já assegura em seu artigo XXV, inciso 2º, que as crianças (em direito internacional, toda pessoa menor de 18 anos, observadas as legislações de cada país relativas à maioridade) têm direito a cuidados e assistência especiais¹⁷.

A Constituição da República Federativa do Brasil² (1988), em seu artigo 227, determina ser dever não somente da família, mas do Estado e da sociedade como um todo assegurar à criança e ao adolescente o direito à vida, à saúde, à dignidade, ao respeito e outros.

O Estatuto da Criança e do Adolescente³ (1990) determina, em seu artigo 4º, ser dever não somente da família e do poder público, mas também da comunidade e da sociedade em geral, em que se inserem todos, assegurar com prioridade a efetivação de direitos, tais como, o direito à saúde, à dignidade, ao respeito e à liberdade. O mesmo conjunto normativo, em seu artigo 5º, veda a negligência, violência, crueldade e opressão, seja por ação ou omissão contra crianças e, principalmente o artigo 13 obriga a informação ao Conselho Tutelar da localidade de qualquer suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente.

Além disso, o Estatuto da Criança e do Adolescente³ (1990) apresenta em seu artigo 245 que se 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 a criança ou adolescente, o mesmo poderá receber multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Diante da legislação vigente fica claro que é dever de qualquer cidadão, dentre os quais o cirurgião-dentista, denunciar qualquer suspeita ou constatação de lesões em paciente menor de idade. Não pode este profissional omitir-se diante de possível violência, devendo tomar providências que vão desde a conversa com os pais até a delação aos órgãos de defesa dos direitos da criança, conselhos tutelares e ao próprio Ministério Público.

POR QUE O CIRURGIÃO-DENTISTA?

Vieira²⁷ (1998) afirma que o cirurgião-dentista, como cidadão e profissional da área de saúde, deve estar atento para interceptar qualquer suspeita de maus-tratos, sob risco de responder legalmente ao não cumprimento do texto do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Não obstante o dever jurídico existe ainda o dever moral, que assola o profissional de saúde de forma incisiva, pois se trata de um profissional responsável pelos grandes avanços e melhorias na qualidade da vida adulta de nossa população.

Apesar de não existir capítulo específico no Código de Ética Odontológica⁷ (2003), podemos interpretar o seu artigo 5º, inciso V, a obrigação de zelar pela saúde e dignidade do paciente, bem como em seu inciso VII, que salienta o dever de promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independente de exercer a profissão no setor público ou privado. E, desta forma, o Código de Ética apresenta um avanço na regulamentação e orientação dos profissionais com relação à conduta frente aos colegas e nas questões éticas na relação com o paciente²¹.

Corrêa⁸ (2003) denota que, aparentemente, cirurgiões-dentistas estão menos envolvidos que outros profissionais de saúde na detecção de casos em que crianças são vítimas de qualquer tipo de violência, mas a literatura demonstra que cirurgiões-dentistas podem detectar primariamente tais circunstâncias.

CLASSIFICAÇÃO

Atualmente define-se como abuso na infância ou adolescência, de acordo com a Organização Mundial de Saúde²⁰ (1997), a situação em que se identifica a existência de um sujeito em condições de superioridade, independente de sua natureza (hierárquica, força física, idade, inteligência, posição social, econômica), que cometa dano (corporal, psicológico, sexual), contrariamente à vontade da vítima ou mesmo após o consentimento desta, quando tal experiência for obtida por indução ou sedução enganosa.

Os maus-tratos podem ser classificados em:

1) Abuso Físico – quando há presença de lesões corporais; pode ser pequeno (com algumas cicatrizes), moderado (pequenas queimaduras, fratura simples), ou severo (grandes queimaduras, trauma no sistema nervoso central, fraturas múltiplas).

A Síndrome da criança espancada ou de Caffey-Kempe

ocorre, geralmente, em crianças de até três anos de idade que apresentam injúrias repetitivas, em regra envolvendo fraturas nos ossos e traumas na pele (cicatrizes e queimaduras).

Silva²⁵ (1999) afirma que esta síndrome é caracterizada por um quadro de fraturas múltiplas, com equimoses e hematomas generalizados, lesões cerebromeningeas, paralisias, hemorragias oculares, convulsões, deformações ósseas (dedos, vértebras lombares), com freqüentes repercussões sobre o estado geral da criança e que constituem uma causa freqüente de invalidez permanente e morte.

2) Abuso Emocional – quando há dano ao psiquismo da vítima através de permanente hostilidade, frieza e rejeição em relação a mesma.

É de difícil detecção por não deixar marcas ou evidências imediatas, portanto, é freqüentemente identificado quando as manifestações comportamentais da criança podem indicar que o ambiente em que vive é problemático²⁴.

Segundo Ten-Bensel e King²⁶ (1975), alguns exemplos de rejeição dos pais em relação às crianças estão subentendidos em algumas frases: “Ela cheira mal”, “Eu não ligo aonde ele vai”, “Não é nosso filho”.

3) Abuso Sexual – situação em que a criança ou o adolescente é utilizado para a satisfação sexual de um adulto, de uma outra criança maior, através de relações de poder, e que podem incluir desde carícias, manipulação de genitália, mama ou região anal, exploração sexual, “voyeurismo”, abusos verbais, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem violência.

Este caso de abuso é mais difícil de ser detectado apenas pelo cirurgião-dentista, sendo necessária a colaboração de outros profissionais capacitados, tais como psicólogos e médicos.

4) Negligência – implica em atos de omissão do adulto responsável, que não provê adequadamente os nutrientes para o corpo e para o psiquismo, ou não oferece supervisão adequada, não estando física e emocionalmente disponível para a criança ou adolescente.

5) Maus-tratos - envolve a esfera social e institucional, como prostituição infantil, exploração do trabalho ou tráfico de crianças, o não oferecimento igualitário de políticas básicas e oportunidades de participação social, alimentação.

Não se pode olvidar que analisando o Estatuto da Criança e do Adolescente³ (1990) observa-se que a negligência nos cuidados com a integridade física do menor de idade também pode encontrar penalidades. Sendo assim, em um país como o Brasil, onde se encontra crianças com condições de saúde bucal precárias, devido à falta de higiene oral e de atenção à saúde, poder-se-ia considerar maus tratos? Quem seria penalizado? Os pais da criança? O Estado?

Conforme explicita Carvalho⁵ (2002), outro tipo de violência contra a criança acontece quando os pais não cuidam de seus filhos, negligenciando certos cuidados com a higiene pessoal, tais como crianças sujas, unhas mal cuidadas e a cárie de mamadeira.

Além disso, pensando nestes enquadramentos, poderiam ser enquadrados métodos aversivos de tratamento, utilizando de força física e submetendo a criança a tratamento não desejado pela mesma, como maus tratos?

Em Odontologia observa-se muita discussão quando da utilização da técnica da mão-sobre-a-boca, sendo que Sales-Peres et al.²² (2005) salientam ser tal técnica

temerária, podendo conduzir a suposta agressão ao paciente. Na mesma vertente, Fúccio et al.¹³ (2003) verificaram que 56% dos advogados participantes do estudo acreditam ser possível a implicação legal do profissional em tal situação.

DIAGNÓSTICO DE MAUS TRATOS E O PAPEL DA UNIVERSIDADE

Frente a qualquer situação suspeita ou confirmada de abuso infantil, o profissional deverá, inicialmente, realizar o atendimento emergencial, caso necessário, seguido de notificação ao Conselho Tutelar ou ao Juizado de Menores (a qual pode ser feita por escrito, telefone ou pessoalmente)⁵.

Davis et al.¹⁰ (1979) afirmam que a identificação de uma criança que esteja sofrendo de maus-tratos pode e deve ser feita por qualquer profissional de saúde, observando a presença de um ou mais fatores de identificação.

De acordo com Sanger²³ (1984), esses fatores de identificação que o cirurgião-dentista deve observar são: contusões na face, pescoço, estruturas periorais, palato, lábios e assoalho da boca; lacerações em face, mucosas, freios labial e lingual; queimaduras em face e mucosas; traumas em olhos e orelhas. Davis et al.¹⁰ (1979) também citam as fraturas, perda de dentes e escurecimento em dente anterior como possíveis indicadores de maus-tratos em crianças.

Para essa identificação, torna-se fundamental o papel da universidade na otimização de condutas relativas ao diagnóstico e providências a serem tomadas pelo cirurgião-dentista na suspeita ou constatação de lesões sofridas por paciente infantil.

Percebe-se que há insegurança entre os profissionais, especialmente os recém-formados, pois temem que providências jurídicas possam ser tomadas contra si, se eventualmente não se comprovem suspeitas, objeto de denúncia junto a um conselho tutelar ou outro órgão de função análoga. Tal receio teria razão de ser não fosse o tratamento especialíssimo dado à população infantil pela legislação pátria e internacional. Tal tratamento demonstra que qualquer risco é minimizado diante de outro maior que envolva a saúde física e psíquica de uma criança.

Isto é confirmado por Carvalho⁵ (2002) ao afirmar que o profissional de saúde e, mais especificamente o cirurgião-dentista, não está preparado para conduzir casos de maus tratos contra crianças, pois não existe nas universidades uma abordagem específica sobre o tema.

Deste modo, devem os professores universitários, em especial os encarregados das disciplinas de Odontologia Legal e Odontopediatria, em uma atuação multidisciplinar, enfatizar o dever do cirurgião-dentista, para evitar que risco maior siga existindo em relação a seu paciente infantil ou adolescente.

É certo que somente a universidade tem o poder de criar uma consciência tranquila em relação à denúncia de suspeitas de maus-tratos contra crianças e adolescentes, inclusive a atenção deve iniciar-se nas clínicas universitárias que devem estabelecer canal direto com os conselhos tutelares de cada localidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a temática abordada no presente

estudo, é imprescindível salientar a importância do preparo do cirurgião-dentista no diagnóstico de maus-tratos, bem como a coragem em tomar as atitudes necessárias a fim de proteger o seu paciente menor de idade, haja vista que uma criança maltratada é muito mais propensa a ser um adulto traumatizado.

A Universidade deve desempenhar um papel crucial neste tema, contudo, muitos já deixaram o meio acadêmico e para estes, em especial odontopediatras, caberá a responsabilidade de um estudo razoável da legislação pertinente à proteção da criança e do adolescente, que permita a este profissional uma rotina de trabalho tranquila, sem os percalços acarretados pela insegurança daqueles que recebem denunciar quaisquer tipos de violências contra pacientes menores de idade.

É de suma importância entender que a saúde, a integridade física e psíquica de um menor de idade são superlativas se contrapostas a uma suspeita ou denúncia não confirmada, desde que esta seja feita com subsídios fáticos mínimos e na forma da legislação vigente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo LAD, Nunes-Júnior VS. Curso de Direito Constitucional. 9ª. ed. São Paulo: Saraiva. 2005.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (on line). Disponível em URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao (2006 out 25).
3. Brasil. Lei nº. 8.069: Estatuto da Criança e do Adolescente, de 13 de Julho de 1990. In: Negrão T. Código civil e legislação civil em vigor. 22ª. ed. São Paulo: Editora Saraiva; 2003. p.597-651.
4. Camargo CL de. Violência física familiar contra crianças e adolescentes: um recorte localizado. São Paulo, 1996 (tese de doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
5. Carvalho C. Diagnóstico: abuso infantil. Rev Bras Odontol, 2002; 59(3):180-3.
6. Cavalcanti AL, Duarte RC. Perfil da criança e do adolescente vítimas de violência doméstica. Rev Bras Cienc Saúde, 2004; 8(2): 183-90.
7. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO 42/2003: Código de Ética Odontológica (on line). Disponível em URL: <http://www.cfo.org.br> (2006 out 20).
8. Corrêa MSNP. Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos. São Paulo: Santos, 2002.
9. Crami - Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância. Informativo (on line). Disponível em URL: <http://www.crami.org.br> (2006 out 25).
10. Davis GR, Domoto PK, Levy RL. The dentist's role in child abuse and neglect. J Dent Child, 1979; 46(3):17-24.
11. De-Lorenzi DRS, Pontalti L, Flech RM. Maus tratos na infância e adolescência: análise de 100 casos. Rev Cient AMECS, 2001; 10(1):1-6.
12. Dimenstein G. O Cidadão de Papel: a infância, a

adolescência e os direitos humanos no Brasil. 8ª. ed. São Paulo: Ática; 1994.

13. Fúccio F, Ferreira KD, Watanabe SA, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Pordeus IA. Mão-sobre-a-boca: avaliação do uso da técnica em Belo Horizonte. Rev Ibero Am Odontopediatr Odontol Bebê, 2003; 6(34):477-89.

14. Gonçalves HS, Ferreira AL, Marques MJV. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. Rev Saúde Pública, 1999; 33(6):547-53.

15. Gusmão PD. Introdução ao Estudo do Direito. Rio de Janeiro: Forense; 2000.

16. Mazzuoli V de O[org]. Convenção sobre os direitos da criança. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

17. Mazzuoli V de O[org]. Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). São Paulo: Revista dos Tribunais; 2005.

18. Melo REVA de, Vitor C de MA, Lins-e-Silva MB. Traumatismos faciais em crianças e adolescentes: estudo em 516 pacientes. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, 2003; 3(1): 23-34.

19. Nader P. Introdução ao Estudo do Direito. Rio de Janeiro: Forense; 2003.

20. Organização Mundial de Saúde. Child abuse and neglect. Fact Sheet 1997; 150.

21. Sales-Peres A, Sales-Peres SHC, Silva RHA, Ramires I. O novo Código de Ética Odontológica e atuação clínica do cirurgião-dentista: uma reflexão crítica das alterações promovidas. Rev Odontol Araçatuba, 2004; 25(2):9-13.

22. Sales-Peres A, Silva RHA, Carvalho SPM, Lopes-Junior C. Técnica da mão-sobre-a-boca em odontologia: implicações jurídicas e reflexões bioéticas. Arq Ciência Saúde, 2005; 12(2):97-101.

23. Sanger RG. Oral Facial Injuries in Physical Abuse. In: Sanger RG, Bross DC. Clinical management of child abuse and neglect: a guide for dental professional. Chicago: Quintessence; 1984. p.37-41.

24. Schmitt BD. Types of child abuse and neglect: an overview for dentists. Ped Dent, 1986; 8(1):67-71.

25. Silva CG. Síndrome da criança espancada. In: Marcondes E. Pediatria básica. 8ª. ed. São Paulo: Sarvier, 1999. p.829-31.

26. Ten-Bensel RW, King KJ. Neglect and abuse of children: historical aspects, identification, and management. J Dent Child, 1975; 42(5):16-26.

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

Recebido para publicação em 17/12/2007

Aceito para publicação em 08/05/2008