

DIAGNÓSTICO DO ABUSO INFANTIL NO AMBIENTE ODONTOLÓGICO. UMA REVISÃO DA LITERATURA

A DIAGNOSIS OF CHILD ABUSE IN THE DENTISTRY OFFICE. A LITERATURE REVISION

Pollianna Muniz Alves¹ , Alessandro Leite Cavalcanti²

¹ Celestino Martins da Costa, 147- Catolé, Campina Grande – PB

² Autor para contato: Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), João Pessoa, PB, Brasil; (83) 247-3043; e-mail: dralessandro@ibest.com.br

Recebido para publicação em 10/11/2003

Aceito para publicação em 22/12/2003

RESUMO

Abuso e negligência infantis constituem um sério problema social que permeia diversos segmentos sócio-econômicos, culturais e étnicos. Estudos estatísticos anuais revelam incidências de maus-tratos cada vez maiores em diversos países, mesmo naqueles considerados econômica e democraticamente fortes. O diagnóstico baseia-se no reconhecimento de indicadores comportamentais e dos sinais e sintomas físicos comuns às crianças abusadas e negligenciadas. Os profissionais de saúde devem atuar em conjunto, pois o abuso infantil é uma desordem médico-sócio-psicológica. Portanto, os cirurgiões-dentistas devem estar instruídos e orientados quanto ao reconhecimento dos principais sinais clínicos desses casos para notificá-los. O presente trabalho tem por objetivo auxiliar os cirurgiões-dentistas, especialmente os odontopediatras e os clínicos-gerais que realizam atendimento infantil, a identificar situações de maus-tratos no âmbito odontológico, bem como ajudá-los quanto à conduta a ser adotada frente a tais situações.

Palavras-chave: abuso infantil, odontologia, manifestações bucais

ABSTRACT

Child abuse and neglect are serious social problems that affect various economical, social, cultural and ethic segments of society. Annual statistical studies reveal an increasing incidence of child maltreatment in several countries, even those considered economically and democratically strong. Diagnoses are based on the

recognition of behavioral indicators and on physical signs and symptoms common in abused and neglected children. Health professionals must work together, for child abuse is a medical, social and psychological problem. Thus, dentists should be instructed and oriented as to recognize the main clinical signs of cases of abuse in order to notify them. The objective of this work is to help dentists, especially pedodontists and general practitioners who work with children, to identify cases of maltreatment, as well as to instruct them as to the procedures to be adopted in such situations.

Key words: child abuse, dentistry, oral manifestations

Introdução

A violência doméstica e o abandono de crianças são problemas atuais da sociedade brasileira e mundial, ameaçando o seu bem-estar físico e mental. Diante desse fato, é crescente o número de profissionais das mais diversas áreas, bem como a sociedade em geral, que estão se mobilizando contra essas agressões (Cavalcanti *et al.*, 2000).

Os maus-tratos praticados pelos próprios pais ou responsáveis são extremamente comuns, assumindo proporções assustadoras em países que já se organizaram para o recebimento de denúncias. Nos Estados Unidos, por exemplo, são registrados por ano mais de 1,5 milhão de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, com mil óbitos anuais. Contudo, para cada 20 situações de violência, somente uma é registrada (ABRAPIA, 1997).

De acordo com Cavalcanti (2001), no Brasil, a inexistência de uma estatística nacional, que expresse os reais números da violência contra a criança e o adolescente, impossibilita que conheçamos a nossa realidade. Porém, Uchoa (1994) afirmou que 12% das crianças menores de 14 anos são vítimas de maus-tratos.

Segundo a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência – ABRAPIA (1997), no Brasil faltam pesquisas especializadas com dados consistentes; entretanto, órgãos do governo e organizações não-governamentais vêm demonstrando que a violência doméstica aqui é tão frequente quanto nos países de Primeiro Mundo. Corroborando essa afirmativa, Vieira *et al.* (1998), afirmaram que os dados epidemiológicos existentes em paí-

ses como os Estados Unidos e Inglaterra mostram um maior número de casos quando comparados aos existentes no Brasil.

Com base na legislação brasileira, pode-se definir como maus-tratos infantis qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão praticados contra a criança (BRASIL, 1990; Costa *et al.*, 1997).

A suspeita de maus-tratos, no campo médico-odontológico, baseia-se essencialmente na anamnese e nos exames clínicos e complementares. É importante que o histórico seja pesquisado através de entrevistas separadas com os pais e a criança. Além de retardarem a busca de atendimento, os responsáveis geralmente não assumem sua culpa, apresentando relatos confusos e inconsistentes, não condizentes com as observações clínicas (Golder, 1995).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece que todos os cidadãos devem notificar ao juizado de menores, a hipótese de maus-tratos contra criança (artigo 13). Porém, o artigo 245 dispõe que apenas médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de atenção à saúde, creche, pré-escola e escola podem ser punidos por não comunicarem a suspeita de violência doméstica à autoridade competente. Sendo considerada uma infração administrativa, a pena constitui-se em multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (BRASIL, 1990).

Portanto, o presente trabalho tem por objetivo despertar o cirurgião-dentista para esse grave problema, alertando-o quanto à possibilidade da ocorrência de maus-tratos entre os seus pacientes, fornecendo

subsídios que possam auxiliá-lo no diagnóstico e conduta a ser adotada frente aos mesmos.

Revisão da Literatura

Definição de Violência e Maus-Tratos Infantis

Segundo Ferreira e Schramm (2000), a palavra “violência” tem uma conotação negativa porque é vinculada à noção de ato moralmente reprovável, isto é, contra o qual existe uma presunção negativa, de tal forma que quem comete intencionalmente esse tipo de ato é obrigado a justificá-lo, mostrando que existem boas razões em princípio mais fortes que a presunção negativa que temos contra ele.

Conceitualmente, a violência pode ser considerada toda ação danosa à vida e à saúde do indivíduo, caracterizada por maus-tratos, cerceada da liberdade ou imposição da força. A criança e o adolescente, por sua maior vulnerabilidade e dependência, são vítimas freqüentes de atos abusivos (Eisensten e Souza, 1993).

Os maus-tratos podem ser identificados como traumas não acidentais inflingidos a uma criança por alguém designado a tomar conta da mesma, sem nenhuma explanação razoável (Cavalcanti *et al.*, 2000).

Aspectos Históricos

A violência é um problema social e histórico, presente em todas as sociedades. Na área da saúde pública no país, no entanto, apenas nas últimas décadas tem sido objeto de atenção especial, havendo atualmente forte demanda para intervenção naqueles casos considerados moralmente reprováveis (Ferreira e Schramm, 2000). Como relatado por Chaim (1995), a violência tornou-se um dos maiores problemas da sociedade atual.

De acordo com McDonald e Avery (1991), um dos primeiros relatos de maus-tratos físicos ocorreu nos Estados Unidos, em 1874, tendo como agente agressor a madrasta. Esse caso foi encaminhado à Sociedade de Prevenção de Crueldade Contra Animais. Posteriormente, no ano seguinte, criou-se a Sociedade de Prevenção de Crueldade contra Crianças.

Jessee (1999) afirmou que no período de 1985 a 1994, ocorreu um aumento de 63% nas denúncias

de abuso e negligência contra menores, nos Estados Unidos, o que pode significar tanto um aumento dos casos violentos contra menores, como também uma maior consciência da sociedade em relação à importância de denunciar os agressores. A Inglaterra, Itália e França apresentam médias de 50 mil casos anuais, sendo que, na Austrália, uma em cada quatro meninas com menos de 12 anos foi ou é vítima de abuso sexual (Uchoa, 1994).

No Brasil, o despertar da sociedade para esse grave problema social ocorreu em meados da década de 80, com a Fundação do Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI), em Campinas, São Paulo, em 1985, e da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA), no Rio de Janeiro, em 1998, tendo como objetivo principal a assistência às crianças vítimas de violência. Desde então, outros serviços somaram-se a essas iniciativas (Gonçalves *et al.* 1999). Uchoa (1994) relatou que, aproximadamente, ocorrem no estado de São Paulo, 500 mil agressões anuais, sendo 1.370 por dia.

Tipos de Maus-Tratos

De acordo com Cavalcanti *et al.* (2000), os maus-tratos podem ser divididos em físicos, sexuais, psicológicos e negligência. Essas categorias se superpõem, pois todas as formas de maus-tratos apresentam componentes emocionais e o abuso sexual é também categoria de maus-tratos físicos.

O abuso físico é, em geral, a forma de agressão à criança mais reconhecível, com quadros clínicos de traumas físicos ou falta de desenvolvimento, quando a explicação da injúria não é consistente com o tipo e severidade das lesões observadas.

O abuso sexual é, provavelmente, a forma de maus-tratos cujo diagnóstico se torna difícil, uma vez que muitos casos deixam de ser relatados por outros membros da família. Os maus-tratos emocionais também são difíceis de serem comprovados, contudo, podem ser muito lesivos em termos psicológicos (McDonald e Avery, 1991).

Jessee (1999) afirmou que a negligência é um dos tipos de maus-tratos mais comuns e pode ser definida como uma falha dos pais ou responsáveis pela criança em prover as necessidades básicas como ali-

mentação, cultura, vestuário e saúde. Dentre os tipos de negligência, a dentária é a de maior interesse para o cirurgião-dentista. Alertou para o fato do dentista capacitar-se a distinguir entre ignorância ou omissão dos pais perante sinais orais de negligência, sendo o segundo caso denunciável.

Aspectos Legais

No tocante aos aspectos legais, o cirurgião-dentista é obrigado, por lei, a notificar situações de maus-tratos infantis de acordo com o artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

O Código Penal Brasileiro, no artigo 136 (Maus-Tratos) relata: “expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina, a pena é a detenção de 2 meses a 1 ano ou multa; se do fato resulta em lesão corporal de natureza grave: reclusão, de 1 a 4 anos; Contudo, se resultar em morte, reclusão de 4 a 12 anos. Aumenta-se a pena de um terço, se o crime for praticado contra pessoa menor de 14 anos (BRASIL, 1999).

Embora não seja condenado por não comunicar determinada suspeita de maus-tratos, o dentista tem a oportunidade e a obrigação moral de ajudar a proteger os direitos da criança. A notificação é a busca de auxílio, e não uma acusação ou instauração de um processo (Jessee, 1999).

De acordo com Pinkhan (1996), nos EUA, as mesmas leis que determinaram que os dentistas denunciasses as suspeitas de violência contra a criança também os protegem do litígio legal freqüentemente causado por pais inocentes, mas zangados e vingativos. A lei também faz o dentista civilmente responsável por qualquer dano causado à criança pela falta de relato absoluto. Em outras palavras, litígio por danos pode ser conduzido contra o dentista por qualquer abuso futuro sofrido pela criança.

Diagnóstico

Segundo McDonald e Avery (1991), o dentista deve sempre obter a história de qualquer lesão pois caso tenha uma natureza suspeita, sua história poderá também o ser. Portanto, é muito importante a atuação

do cirurgião-dentista frente a crianças vítimas de maus-tratos.

Cavalcanti (2001) enfatizou que os odontopediatras, por atenderem a criança desde tenra idade e a acompanharem durante a infância e a adolescência, podem ser os primeiros a identificar manifestações físicas e emocionais do abuso infantil.

O diagnóstico do abuso infantil baseia-se no reconhecimento de indicadores comportamentais e dos sinais e sintomas físicos comuns às crianças abusadas e negligenciadas (Carvalho *et al.*, 2001).

Needleman (1991) relatou que o diagnóstico começa quando a criança entra na sala de recepção ou no consultório. O dentista e sua equipe devem observar a aparência geral da criança, sua compleição e estatura, a marcha, sua interação com os pais e sua vestimenta.

Nos casos em que houver suspeita de violência, os exames extra e intra-bucal devem ser realizados de forma cuidadosa e completa, no sentido de possibilitar a obtenção do maior número de informações, permitindo o correto diagnóstico (Cavalcanti, 2001).

Sinais Clínicos de Interesse Para o Cirurgião-Dentista

A pele é, dentre as partes do corpo a mais freqüentemente traumatizada ou atingida. Podem ser observadas contusões, equimoses, hematomas, presença de marcas arciformes produzidas após surras com fios, dentre outras lesões. As equimoses provenientes de maus-tratos são encontradas nas regiões das costas, coxas, nádegas ou parte de trás das coxas (Cavalcanti, 2001).

Segundo Atwal *et al.* (1998), a face é o sítio mais comum de traumas, seguido da nuca e região das nádegas. É importante salientar que cerca de 50% dos casos de maus-tratos diagnosticados possuem traumas orofaciais, sendo as fraturas pouco encontradas.

Para Becker *et al.* (1978), dentre as injúrias envolvendo a face, as contusões e ecimoses representam 66% das lesões e as abrasões e lacerações correspondem a 28%. De acordo com os autores, os danos às estruturas intra-bucalis mais freqüentes são: contusões e ecimoses (43%) e abrasões e lacerações (29%). Quanto ao trauma dentário, ele ocorre em 29% das injúrias.

Dentre as principais lesões orofaciais, Cavalcanti (2001) destacou: contusões, lacerações dos lábios e da língua, mucosa bucal, palato (duro e mole), gengiva alveolar e freios labial e lingual; desvio de abertura bucal; presença de escaras e machucados nos cantos da boca decorrentes do amordaçamento da criança; queimaduras na gengiva, língua, palato ou mucosa provocada por alimentos quentes ou utensílios domésticos (principalmente as colheres). Equimoses das bochechas indicam socos ou bofetadas.

O odontopediatra deve também estar atento para as infecções do complexo orofacial que podem estar relacionadas ao abuso sexual: gonorréia, condiloma acuminado, sífilis, infecção por herpes do tipo II, monilíase e tricomoníase e, ainda, a formação de petéquias e eritema no palato, devido à felação (Vieira *et al.*, 1998).

Conduta

Segundo as recomendações da Abrapia (1997), o procedimento a ser adotado pelos profissionais de saúde diante de suspeita de maus-tratos em crianças e adolescentes, consta de notificação, através de ofício, aos Conselhos Tutelares ou, na falta desses, comunicação ao Juizado da Infância e Juventude; notificação da ocorrência à autoridade policial e solicitação de guia de encaminhamento da criança a exame de corpo de delito.

Portanto, caso o cirurgião-dentista tome conhecimento da ocorrência de maus-tratos praticados contra criança ou adolescente e não o comunique às autoridades, estará incorrendo em ilícito penal, sujeito às sanções da lei, podendo, inclusive, ser processado criminalmente (Cavalcanti, 2001).

Discussão

A violência é uma questão que permeia a condição humana. Sua visibilidade tanto pode ser correlacionada às formas através das quais se manifesta quanto à capacidade da sociedade em efetivamente percebê-la (Gonçalves *et al.*, 1999).

Pesquisas sobre maus-tratos contra crianças indicam incidências crescentes da violência na maior parte

do mundo. A contribuição desses estudos, segundo Bayer e Brito (1995) é de alertar a sociedade para tema tão polêmico, sendo necessárias abordagem social, legal e clínica para tal problemática.

Os profissionais de saúde assumem uma posição estratégica na redução do impacto que qualquer tipo de abuso ou negligência possa acarretar no desenvolvimento físico, emocional e social da criança maltratada. Dentistas, especialmente odontopediatras, podem habilitar-se para avaliar, além das condições bucais do paciente, sinais físicos e psicológicos indicativos de maus-tratos, não somente da criança, mas também de seus familiares, os quais podem contribuir para manutenção de episódios violentos.

Vários países já perceberam a importância do profissional da Odontologia no diagnóstico do abuso infantil. Dentre esses, os Estados Unidos são o melhor exemplo. Lá, diferente da nossa realidade, as Faculdades de Odontologia abordam o tópico abuso infantil no conteúdo curricular dos cursos de graduação. Da mesma forma, as associações de classe desenvolvem cursos de educação continuada, objetivando a capacitação e o aprimoramento dos seus profissionais. A American Dental Association (ADA) incluiu em seu código de ética, a obrigatoriedade da denúncia.

Com relação à presença de sinais orofaciais, a Academia Americana de Pediatria (1999) relatou que os médicos costumam receber um mínimo treinamento em saúde bucal e traumatismos dentais e doenças. Assim, poderiam ter dificuldades na detecção de aspectos bucais/dentários de abuso ou negligência tão prontamente como poderiam fazer nos casos de abuso e negligência infantil envolvendo outras áreas do corpo. Desse modo, os cirurgiões-dentistas devem colaborar no sentido de melhorar a prevenção, detecção e tratamento dessas condições.

Conseqüentemente, a comunidade odontológica, por ocupar uma posição única no reconhecimento de maus tratos, deve ser alertada e conscientizada sobre sua fundamental importância no combate ao abuso e negligência infantis (Cavalcanti, 2001; Gurgel *et al.*, 2001).

O cirurgião-dentista, como cidadão e profissional responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde, deve estar atento para interceptar qualquer situação suspeita de maus tratos, sob o risco de responder

legalmente ao não cumprimento das deliberações do Estatuto da Criança e do Adolescente (Vieira *et al.*, 1998).

A intervenção precoce nos casos de maus-tratos e abandono de crianças ajuda a todos. Todavia, devemos estar cientes de que a maioria dos casos não chega sequer a sair do ambiente da própria casa e muitos outros são encaminhados, quando o são, primeiramente a pronto-socorros ou hospitais, chegando as mãos do cirurgião-dentista, somente após ter passado por outros profissionais. Contudo, isso não exime nossa classe de qualquer responsabilidade (Chaim, 1995).

Os motivos relatados pelos dentistas para não proceder com a denúncia são, na grande maioria, receio de diagnóstico incorreto, medo de confronto com os responsáveis pelo menor e descrença nos órgãos de proteção à criança (Gurgel *et al.*, 2001).

De acordo com Gomes (1998), a saúde pública precisa se voltar para o desenvolvimento de ações conjuntas com outros setores, não se limitando a espaços tradicionalmente ocupados por suas ações. Deve ter como um exemplo de outros campos de atuação o seu envolvimento na criação e implementação dos Conselhos Municipais Tutelares, para que possa, cada vez mais, contribuir para a mudança do quadro atual de agravos à saúde de crianças e adolescentes.

Conclusão

Frente ao exposto, e diante do fato de que aproximadamente 65% das lesões físicas presentes no caso de abuso infantil acometem a região da cabeça e face, torna-se imprescindível que o cirurgião-dentista seja capacitado a diagnosticar situações de violência envolvendo menores de idade, estando apto a fornecer os cuidados dentários emergenciais necessários, bem como a notificar e encaminhar às autoridades competentes tais ocorrências.

REFERÊNCIAS

- 1 ABRÁPIA. **Guia de orientação para profissionais da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1997.
- 2 AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. **Pediatrics**, Evanston, v. 104, p. 348-350, Aug. 1999.
- 3 ATWAL, G. S.; RUTTY, G. N.; CARTER, N.; GREEN, M. A. Bruising in non-accidental head injured children: a retrospective study of the prevalence, distribution and pathological associations in 24 cases. **Forensics Sci Int**, v. 96, n.2/3, p.215-30, 1998.
- 4 BAYER, J. H. B.; BRITO, J. H. Contribuição ao estudo do abuso Infantil na área da Odontologia. **Rev Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 10, n. 20, p. 69-79, dez. 1995.
- 5 BECKER, D. B.; NEEDLEMAN, H. L.; KOTELCHUCK, M. Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentists. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 97, p. 24-28, July, 1978.
- 6 BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990.
- 7 BRASIL. **Código penal**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 1999. 425p. (Legislação Brasileira).
- 8 CARVALHO, A. C. R.; GARRIDO, L. C.; BARROS, S. G.; ALVES, A. C. Abuso e negligência: estudo na delegacia de repressão aos crimes contra a criança e o adolescente. **J Bras Odontoped Odont Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 18, p. 117-123, mar./abr. 2001.
- 9 CAVALCANTI, A. L.; VALENÇA, A. M. G.; DUARTE, R. C. O odontopediatra diante de maus tratos infantis: diagnóstico e conduta. **J Bras Odontoped Odont Bebê**, Curitiba, v. 3, n. 16, p. 451-455, nov./dez. 2000.
- 10 CAVALCANTI, A. L. Abuso Infantil: protocolo de atendimento odontológico. **RBO**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 6, p. 378-380, nov./dez. 2001.
- 11 CHAIM, L. A. F. Odontologia versus criança maltratada. **Rev Assoc Paul Cirur Dent**, São Paulo, v. 49, n. 2, p.142-144, mar./abr. 1995.
- 12 COSTA, L. R. R. S.; SUCASAS, P. S.; PIRES, C. C. C.; PRADO, N. L. Maus-tratos infantis: manifestações bucofaciais e aspectos de interesse odontológico. **Rev Fac Odont Univ Fed Goiás**, Goiânia, v. 1, n.1, p. 49-55, jul./dez. 1997.
- 13 EISENSTEIN, E.; SOUZA, R. P. **Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.
- 14 FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F.R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 6, n. 34, p. 659-665, dez. 2000.
- 15 GOLDER, M. Non-accidental injury in children. **Dental Update**, v. 22, n. 2, p. 75-80, 1995.
- 16 GOMES, R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbi-mortalidade de crianças vítimas de violência. **Cad Saúde**

- Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 301-311, 1998.
- 17 GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L.; MARQUES, M. J. V. Avaliação de Serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 547-553, jun. 1999.
- 18 GURGEL, C. A. S.; CARVALHO, A. C. R.; BARROS, S. G.; ALVES, A. C. Maus-tratos contra crianças: atitudes e percepção do cirurgião-dentista. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 1, n. 2, p. 23-28, maio/ago. 2001.
- 19 JESSEE, S. A. Behavioral indicators of child maltreatment. **J Dent Child**, Chicago, v. 66, n.1, p.17-22, Jan./Feb. 1999.
- 20 MCDONALD, R.; AVERY, D. R. Exames da boca e de outras estruturas relevantes. In: _____. **Odontopediatria**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1-20, 1991.
- 21 NEEDLEMAN, H. L. A criança maltratada e abandonada. In: MCDONALD, R.E., AVERY, D.R. **Odontopediatria**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1991. p. 16-23.
- 22 PINKHAM, J. R. A Importância prática da Odontopediatria. In: PINKHAM, J. R. *et al.* **Odontopediatria**: da infância à adolescência. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996. p.2-13.
- 23 UCHOA, M. Violência doméstica atinge 750 menores por hora. **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 20 de fevereiro de 1994, p. A28.
- 24 VIEIRA, A. R.; MODESTO, A.; ABREU, V. I. Avaliação dos casos de abuso infantil do Hospital Souza Aguiar (RJ) e sua relação com o cirurgião-dentista. **Pediatria atual**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1/2, p. 21-32, jan./fev. 1998.