



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | **CIÊNCIAS DA SAÚDE**
PORTUGUESA

**MAUS TRATOS EM CRIANÇAS – O CONTRIBUTO DA ODONTOPEDIATRIA
PARA O DIAGNÓSTICO E ATUAÇÃO LEGAL**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Iolanda Filipa De Sousa Loureiro

(Viseu – 2012/2013)

[Folha em branco]



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**MAUS TRATOS EM CRIANÇAS – O CONTRIBUTO DA ODONTOPEDIATRIA
PARA O DIAGNÓSTICO E ATUAÇÃO LEGAL**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Iolanda Filipa De Sousa Loureiro

Orientador: Mestre Dra. Andreia Figueiredo

Co-Orientador: Mestre Dra. Cristina Figueiredo

(Viseu – 2012/2013)

Agradecimentos

Mestre Andreia Figueiredo

Pela orientação, dedicação e ajuda demonstrada ao longo destes meses, obrigada!

Mestre Cristina Figueiredo

Pela co-orientação, motivação e exigência.

Um obrigada especial, pela inspiração e partilha de conhecimentos nesta área tão específica e cativante!

À minha mãe

Um obrigada muito especial, não só pela dedicação e entusiasmo, mas também pelo esforço que fez para conseguir proporcionar-me mais este objetivo

Ao Hélio Amaral

Pelas leituras que fez ao trabalho e pelas sinceras opiniões que me fizeram ser mais exigente

Ao Fernando Cruz

Pela paciência, incentivo e confiança demonstrados ao longo deste percurso

À Luz Adónis

Pela companhia de todos os dias e pela alegria de estar presente nos momentos difíceis

À Maria

Uma amiga especial, que esteve sempre comigo e que acompanhou as várias fases deste trabalho

Às Professoras Maria José e Marlene Barros

Por me terem dado a oportunidade de chegar até aqui, acreditando em mim e no meu trabalho

"Nós temos o dever de proteger as crianças de agressões e violência. As crianças vivem num mundo projetado para adultos e têm necessidades especiais. São mais vulneráveis do que os adultos a determinados fatores do seu meio ambiente, que podem deste modo, expô-las ao risco de lesão." Ann M. Veneman, Diretora Executiva da UNICEF

Resumo

Introdução: As crianças são consideradas elementos particularmente vulneráveis na sociedade atual, e têm direito a serem protegidas contra todas as formas de abuso. Os maus tratos físicos, sexuais, emocionais ou psicológicos e a negligência são as principais formas de abuso nas crianças, podendo ser detetados e denunciados às “Entidades Sinalizadoras de Abuso de Crianças” através de uma abordagem multidisciplinar entre as áreas da Odontopediatria e da Medicina Dentária Forense. Uma vez que as regiões mais frequentemente envolvidas são a face e a região oral (cabeça, rosto, boca e pescoço) o papel do Médico Dentista Odontopediatra é assim de extrema importância na detecção de novos casos.

Objetivos: Sensibilizar os médicos dentistas para a importância do seu papel na detecção e sinalização das crianças vítimas de maus tratos. Evidenciar o papel fundamental que os Médicos Dentistas Odontopediatras desempenham na detecção precoce destes casos.

Materiais e Métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica recorrendo aos motores de busca Pubmed, Google Scholar e B-on \ Biblioteca do Conhecimento Online utilizando como palavras-chave abuso infantil, negligência infantil, vítimas de abuso, negligência dentária, violência doméstica, aspetos legais, responsabilidade legal, marcas de mordida, aspetos forenses. Foram selecionados artigos escritos em inglês ou português e publicados nos últimos 10 anos. Obtiveram-se 295 resultados, dos quais 83 respeitam os critérios de inclusão.

Conclusão: É fundamental informar os médicos dentistas no que diz respeito ao abuso e negligência de crianças, para que estes possam prevenir eventuais situações de risco, agindo de forma célere e segundo os protocolos de atuação existentes.

Palavras-chave: abuso infantil, maus-tratos, negligência infantil, violência doméstica, aspetos médico-legais, medicina dentária forense.

Abstract

Introduction: Nowadays children are considered particularly vulnerable elements in society, and are entitled to be protected against all forms of abuse. The physical, sexual, emotional or psychological abuse and neglect are the main forms of abuse in children and can be detected and reported to the "Abuse of children signaling entities" through a multidisciplinary approach between the fields of Dentistry and Dental Forensics. Once the region's most frequently involved is oral region (head, face, mouth and neck), the role of the Pediatric Dentist is extremely important in detecting new cases.

Objectives: Sensitize the dentists about the importance of their role in detection and signaling of child victims of abuse. Highlight the fundamental paper of Pediatric Dentist in the early detection of these cases.

Materials and Methods: We performed a literature search using the search engines PubMed, Google Scholar and B-on \ Online Knowledge Library using keywords such as child abuse, child neglect, victims of abuse, dental neglect, domestic violence, legal issues, legal liability, bite marks, forensic aspects. We selected articles written in English or Portuguese and published in the last 10 years. 295 results were obtained, of which 83 meet the criteria for inclusion.

Conclusion: It is essential to inform dentists regarding the abuse and neglect of children, so that they can prevent any unsafe situations, acting swiftly and according to existing protocols.

Keywords: child abuse, maltreatment, child neglect, domestic violence, medical-legal aspects, forensic dentistry.

Índice

Resumo.....	XI
Abstract	XIII
Índice.....	XV
Capítulo 1 - Introdução	3
Capítulo 2 – Materiais e Métodos	7
Capítulo 3 - Revisão da Literatura	11
3.1 Indicadores de Abuso e Fatores de Risco.....	13
3.2 Tipologias do abuso.....	15
3.2.1 Abuso Emocional / Psicológico.....	15
3.2.2 Negligência	17
3.2.3 Negligência Dentária	23
3.2.4 Abuso Sexual	26
3.2.5 Abuso Físico	32
3.3 Manifestações de lesões orofaciais típicas de abuso	40
3.3.1 Epidemiologia das lesões orofaciais	40
3.3.2 Mordeduras	40
3.3.3 Lesões dos freios.....	44
3.3.4 Queimaduras	44
3.3.5 Equimoses	47
3.3.6 Traumatismo Dentário	48
3.3.7 Síndrome de “Shaken Baby”	50
3.3.8 Manifestações de lesões sexualmente transmissíveis	50
3.4 O papel do Médico Dentista face ao abuso	53
Capítulo 4 - Conclusão.....	57
Capítulo 5 - Referências Bibliográficas	61
Anexos.....	69

[Folha em branco]

***MAUS TRATOS EM CRIANÇAS – O CONTRIBUTO DA ODONTOPEDIATRIA PARA O
DIAGNÓSTICO E ACTUAÇÃO LEGAL***

Capítulo 1 - Introdução

Introdução

Criança é definida como todo o ser humano menor de 18 anos (1) e os seus direitos estão definidos pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança desde 1989 (2, 3).

Segundo a *Child Abuse Prevention and Treatment Act* dos Estados Unidos da América (EUA), abuso infantil é qualquer ato ou ausência deste de que resulte a morte, lesão física ou psicológica grave, exploração, ou risco eminente de lesão de uma criança, o qual seja perpetrado pelos pais ou cuidadores por esta responsáveis (4). Outros autores definem abuso infantil como um dano ou ameaça de dano ao bem-estar ou saúde da criança que ocorre através de lesão não acidental, física ou mental, abuso sexual ou exploração sexual (5).

Para milhares de crianças, a violência e a negligência fazem parte da vida diária, e não ocorrem apenas nas ruas, mas também nos seus próprios lares, decorrentes da ação de adultos que supostamente deveriam protegê-las (6). Infelizmente, e segundo as estatísticas, os casos de abuso e negligência são superiores aos valores registados (2). Em Portugal a informação é escassa e pouco precisa, não permitindo avaliar a verdadeira dimensão do problema. Todos os anos são acompanhadas, através das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, milhares de crianças (4). Deste modo, a exposição dos jovens e crianças à violência é um problema crescente de saúde pública (6-9) sendo inegavelmente, uma violação dos seus direitos humanos básicos (10).

Salvaguardar o bem-estar das crianças deve ser uma prioridade. Cabe também aos profissionais de saúde, segundo o princípio da responsabilidade moral e ética, detetar casos de abuso de menores, intervindo de forma adequada, evitando assim danos maiores, por vezes irreversíveis (9).

O papel do médico dentista na proteção das crianças tem recebido considerável atenção na literatura científica dos últimos anos (11), uma vez que este é o que se encontra numa posição mais favorável para reconhecer o abuso e a negligência ocorridos nas crianças (12). Os profissionais de saúde devem estar cientes dos sinais de alerta, reconhecendo o abuso ou negligência dentária e sabendo como lidar com os pacientes jovens, cumprindo depois a sua obrigação legal e ética de reportar os casos suspeitos (2). Para tal não é necessário que a

pessoa ofendida se queixe. A identificação desses casos, no entanto, não se revela uma tarefa fácil (10).

O abuso de crianças pode ser dividido em quatro grandes grupos: a) abuso físico, que existe quando a criança sofre danos físicos, infligidos pelos pais ou pela pessoa de quem é dependente; b) abuso sexual quando sofre de exploração sexual pelos pais ou pessoa de quem é dependente; c) abuso psicológico ou emocional, quando a criança é sujeita a constantes ameaças e rejeição; d) negligência quando os pais ou pessoa de quem é dependente não conseguem suprir as necessidades básicas da criança (4, 6).

O abuso físico é uma reação impulsiva do agressor que induz dano físico (13) e não acidental, e que tem repercussões na saúde, sobrevivência, desenvolvimento e dignidade da criança, podendo ser produzido, entre outros, por traumatismos com ou sem instrumentos, intoxicações, ou asfixias (4) produzindo lesões como contusões, fraturas ou lesões cerebrais (13).

Vários estudos demonstram que a face e a região oral são das regiões mais envolvidas em casos de maus tratos físicos e abuso sexual em crianças, sendo por isso, o papel do médico dentista de extrema importância na deteção de novos casos (6, 14, 15).

O abuso sexual não apresenta nenhum sinal físico óbvio (6), uma vez que pode ser identificado como qualquer forma de contacto sexual ou tentativa de contacto entre uma criança e um adulto. É considerado crime quando à criança não lhe é dada oportunidade de defesa e esta se torna incapaz de dar o seu consentimento (informado ou não), em virtude da sua idade e/ou falta de experiência e quando o cuidador (ou outro adulto) utiliza a criança não só para fins de gratificação sexual mas também para obtenção de benefícios financeiros (13).

São indicadores de abusos sexuais os eritemas, úlceras, vesículas com secreção purulenta ou pseudomembranosa e lesões condilomatosas nos lábios, língua, palato, face ou faringe, os quais estão associados frequentemente a certas patologias ou alterações como a gonorreia (doença sexualmente transmissível entre crianças que sofreram de abuso), o condiloma acuminado (causado pelo papilomavírus humano – HPV e que normalmente se apresenta como uma lesão única ou múltipla, pediculada, com aspeto de couve-flor) e o eritema e as

petéquias (que quando presentes na transição do palato duro e mole ou soalho da boca podem revelar sinais de sexo oral forçado) (6).

Tanto no abuso físico como no abuso sexual é comum a presença de marcas de mordida que aparentam várias formas e tamanhos dependentes das circunstâncias nas quais são provocadas (6).

As marcas de mordida apresentam-se como uma lesão semicircular, que compreende dois arcos separados e uma área central com ausência de lesão (16), ou em alternativa podem apresentar-se como uma zona central de equimoses (contusões) causada por um de dois fenómenos possíveis: a pressão positiva do fecho dos dentes com o rompimento de pequenos vasos sanguíneos ou a pressão negativa provocada pela sucção e deglutição (2, 17-19).

No entanto, as marcas de mordida são de difícil diagnóstico diferencial, por estarem muito presentes na infância, sendo a suspeita mais evidente quando a natureza do ferimento for inconsistente com os relatos, quer do responsável, quer da criança (6).

A avaliação do tamanho do arco pode ser útil na determinação se o agressor foi uma criança ou um adulto(6). Se a distância intercanina da marca de mordida for superior a 3 cm devemos suspeitar de um indivíduo adulto, logo, de abuso físico e/ou sexual (2, 17, 18).

É então responsabilidade do médico dentista denunciar às autoridades competentes, devendo realizar, além de um exame médico detalhado, um registo fotográfico da lesão utilizando uma escala de referência milimétrica (escala nº2 *American Board of Forensic Odontology - ABFO*) (2), possibilitando a comparação desta com as características da dentição do suspeito (6).

O abuso emocional é mais difícil de identificar porque é característico de uma diminuição das prestações das necessidades emocionais da criança, como de afeto, carinho e atenção positiva, dando lugar à rejeição, insultos verbais, humilhação, ridicularização, desvalorização, ameaças, hostilização, indiferença, discriminação, abandonos temporários, culpabilização, críticas, exposição a situação de violência doméstica e à destruição da sua auto-estima (4, 13).

Entende-se por negligência infantil a omissão de cuidados, tais como de saúde, educação, supervisão, proteção contra riscos ambientais ou a não satisfação das necessidades físicas ou

emocionais, resultando em danos potenciais ou reais (2). A negligência é o tipo mais comum de maus-tratos e tem as mais graves consequências a longo prazo (20), sendo no entanto uma das formas de abuso mais específica e difícil de detetar e provar (4). Vários fatores podem contribuir para a negligência, como a existência de patologia depressiva num dos progenitores, a criança ser portadora de uma deficiência, casos de violência familiar ou uma ausência de recursos da comunidade (2).

Apesar da elevada frequência de casos de negligência entre os doentes de medicina dentária pediátrica, esta entidade é a menos conhecida e identificada (21). Há autores que já consideram a negligência dentária uma forma específica de negligência, estando frequentemente associada a outros tipos de negligência (22). A negligência dentária é definida como a falha dos pais ou responsáveis em procurar tratamento para lesões de cárie diagnosticadas visualmente, infeções orais e dor, ou a falha em seguir o tratamento, uma vez informados das condições orais e possibilidades viáveis de tratamento. No entanto, diagnosticar a negligência dentária em alguns casos torna-se difícil, visto que obstáculos financeiros, intelectuais e sociais devem ser considerados antes que a decisão de denunciar seja tomada (6).

Certas patologias orais são facilmente identificadas por pessoas leigas. Tendo como base esta suposição e considerando que a patologia oral foi diagnosticada, o tratamento necessário foi explicado e compreendido e os obstáculos financeiros e de transporte foram eliminados, devem tomar-se em consideração os seguintes indicadores: a cárie de evolução rápida não tratada, sintomatologia dolorosa sem recorrer a tratamento, infeção, sangramento ou trauma afetando a região orofacial e a falta de continuidade do tratamento da patologia identificada (6).

Os médicos dentistas com formação em medicina legal são os mais capacitados para treinar os colegas no que diz respeito a etiologia, sintomas, sinais físicos de abuso, bem como a melhor forma de reportar a situação (14), uma vez que a informação é o elemento fundamental na capacitação dos profissionais para a deteção de casos (9). Após a deteção de uma criança vítima de maus tratos, o médico dentista é deste modo induzido à obrigatoriedade de denúncia às entidades sinalizadoras de abuso de crianças decorrente da aplicação do artigo 242º do Código de Processo Penal.

Neste tipo de crimes o Ministério Público pode acionar e promover o processo-crime independentemente de queixa ou denúncia, protegendo assim, de forma ampla, a pessoa individual, a dignidade humana da vítima de violência doméstica, a sua saúde física e psíquica e a sua liberdade de determinação. Estes crimes estão contemplados no Código Penal Português nos Artigos 152 n° 1 d), e n°2 (crime de violência doméstica) e Artigo 152° A (crime de maus tratos).

Capítulo 2 – Materiais e Métodos

Materiais e Métodos

Apresentação de uma revisão sistemática da bibliografia existente abordando os principais sinais e sintomas característicos de maus tratos em crianças. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica recorrendo aos motores de busca Pubmed, Google Scholar e B-on \ Biblioteca do Conhecimento Online utilizando como palavras-chave abuso infantil, negligência infantil, vítimas de abuso, negligência dentária, violência doméstica, papel dentista, aspetos legais, responsabilidade legal, marcas de mordida, aspetos forenses. Os termos de pesquisa MeSH utilizados foram o abuso infantil, maus-tratos, violência familiar e doméstica, abuso sexual, abuso físico, responsabilidade médica, responsabilidade pessoal, jurisprudência e psiquiatria forense. Foi também utilizado como indicador booleano, apenas o termo “AND”. Foram selecionados artigos escritos em inglês ou português e publicados nos últimos 10 anos. Obtiveram-se 295 resultados, dos quais 83 respeitam os critérios de inclusão. Destes 83 artigos, foram excluídos 22 artigos, por abordarem questões não direcionadas ao trabalho em questão. Foram excluídos 3 artigos por descreverem lesões em zonas muito próprias, tal como a região genital e anal em crianças vítimas de abuso, 3 artigos por abordarem aspetos radiológicos direcionados ao tórax e aos membros, não abordando a região orofacial, 2 artigos que referem questões antropológicas e forenses port-mortem, 1 artigo por abordar custos sociais por cada criança abusada numa determinada região, 1 artigo que refere consequências psicológicas muito específicas em adultos que sofreram algum trauma em infância, 1 artigo que aborda a criminalidade de crianças associada a défices, 4 artigos que referem a deteção de abuso apenas em urgências de hospitais ou instituições, 3 artigos que desenvolvem questões específicas, relativas a programas sociais visando a prevenção futura de maus tratos à criança, 2 artigos que abordam comportamentos, não da vítima, mas dos cuidadores ou responsáveis e 2 artigos que englobam como tema principal, a morte de crianças vitimizadas.

Capítulo 3 - Revisão da Literatura

3.1 Indicadores de Abuso e Fatores de Risco

Os indicadores de abuso são sinais e sintomas que podem indicar a possibilidade de se estar na presença de alguma forma de abuso. Perante estes sinais de alerta, o Médico Dentista deverá realizar um estudo mais detalhado, orientando-o para um melhor e mais correto diagnóstico. Contudo, é importante referir que nenhum sinal ou sintoma é, por si só, patognomónico de um determinado tipo ou forma de abuso, mas é um conjunto de sinais e sintomas que levam a um quadro clínico mais completo (23).

Alterações de comportamento são indicadores psicológicos que, quando presentes, podem evidenciar a existência de um contexto de risco para a criança, implicando um estudo mais aprofundado do caso. Embora tais situações possam ser indicadores muito inespecíficos de abuso, servem de alerta para a eventual prevenção e intervenção, pelo que devem ser identificadas na consulta do Médico Dentista Odontopediatra, devendo este estar atento a esta problemática (4).

Toda a situação que exponha uma criança à ocorrência de abuso, quer pelas características biológicas ou familiares, quer pelo contexto sociocultural em que está inserida é, por si só, considerado um fator de risco de abuso. A definição de risco apela ao perigo de ordem física e / ou emocional efetivo a que uma criança possa estar sujeita.

A identificação de fatores de risco serve apenas de guia para a prevenção e sinalização de alguma forma de abuso, devendo o profissional de saúde recolher o máximo de dados ou informações no que concerne a potenciais riscos a que a vítima possa estar sujeita, pois é o cruzamento de todos estes dados que revela uma maior eficácia para o diagnóstico. Os fatores de risco podem deste modo, ser divididos em diferentes categorias: a) fatores de ordem individual; b) fatores de ordem familiar; e c) fatores socioculturais (4, 23).

a) Fatores de risco de ordem individual

Os fatores de risco de ordem individual incluem os aspetos relativos à vítima e ao abusador (17). No agressor, as alterações observadas nos perfis psicológico, social e comportamental podem evidenciar fatores de risco, derivados de história de abuso e negligência vividas na infância. O agressor em idade adulta transpõe esses traumas para outras crianças, suas vítimas (6). Fatores de risco muito comuns envolvem o baixo estatuto socioeconómico e cultural do agressor, a precocidade paternal, o isolamento social, a depressão e a baixa autoestima.

Na vítima, podem constituir fatores de risco de ordem individual, crianças com necessidades especiais, ou seja, com anomalias ou deficiências congénitas, com problemas crónicos de saúde, com défice de atenção e hiperatividade, dificuldades na linguagem e aprendizagem, e com perturbações da conduta ou da personalidade (4, 24, 25).

Outros tipos de fatores de risco são aqueles que interferem com o desenvolvimento normal do feto. Estes incluem o tabagismo materno, o consumo de álcool, stress e depressão maternal, fatores psicossociais resultantes da infância e lesões cerebrais da mãe (14). Estes fatores podem propiciar desde o início da gravidez ou nascimento um mau vínculo afetivo entre mãe e filho (13), podendo futuramente originar agressividade e violência (14).

b) Fatores de risco de ordem familiar

Constituem fatores de risco de ordem familiar a existência de quadros clínicos depressivos nos cuidadores, quando são adolescentes (25), a existência de filhos não planeados (6, 13, 25), ou quando a mãe tem vários companheiros que não o pai biológico da criança. Famílias monoparentais, famílias com muitos filhos ou com filhos de outras relações, escassa diferença etária entre irmãos, violência familiar, problemas psiquiátricos no seio familiar, morte, separação ou outras ruturas na estrutura familiar são também fatores de risco (4, 13).

c) Fatores de risco socioculturais

Nos fatores de risco socioculturais podem ser englobados o acesso desigual à saúde, à educação, à cultura e ao lazer. O desemprego e as condições de habitação podem também constituir fatores de risco de abuso (4, 13, 25). Outros fatores externos derivados de pobres condições socioculturais e que assumem grande peso no que diz respeito ao risco de abuso na criança são a delinquência, a prostituição, o alcoolismo e a toxicodependência (4, 13).

3.2 Tipologias do abuso

As tipologias de abuso ou maus tratos correspondem a todos os tipos de tratamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, resultante de défices ou carências nas relações interpessoais, num contexto de uma relação de confiança, poder e dependência física, emocional e psicológica (23).

Os vários tipos de abuso podem ser classificados de acordo com o contexto em que ocorrem, ou seja, abuso intrafamiliar, em situações que envolvem o agregado familiar referenciadas como violência doméstica; ou abuso extrafamiliar, em casos ocorridos em instituições externas, e que são designados como maus tratos (23).

Variadas situações de abuso que englobam a prática de maus tratos ou violência doméstica, podem apresentar diversas formas clínicas. Assim, as diferentes tipologias do abuso estão divididas em quatro tipos: Abuso Emocional/Psicológico; Negligência e Negligência Dentária; Maus Tratos Físicos e Abuso Sexual (26), como já foi referido anteriormente.

3.2.1 Abuso Emocional / Psicológico

O abuso emocional / psicológico é definido como a ausência ou incapacidade, persistente ou significativa, ativa ou passiva, dos pais ou responsáveis proporcionarem à criança ou ao jovem menor, um ambiente de bem-estar emocional e afetivo, indispensáveis ao seu correto crescimento, desenvolvimento e comportamento, levando a criança a agir de forma equilibrada (4, 24). A incapacidade de proporcionar tais condições pode originar graves consequências na saúde física e mental da criança, ou no seu desenvolvimento físico, mental, emocional, moral ou social (4, 27).

Este tipo de abuso corresponde a atos de natureza intencional que podem conduzir a desordens emocionais a longo prazo, tais como o isolamento social, rejeição, humilhação e punições não físicas inadequadas (4, 6), sendo comum que os comportamentos da vítima, derivados deste tipo de abuso, sejam contínuos e repetitivos (28).

Segundo um estudo de prevalências, levado a cabo pelo autor Corinne May-Chahal, em 2005 (28), envolvendo 2869 jovens adultos com idades entre 18 e os 24 anos, verificou-se que as crianças estão mais propensas ao risco de abuso emocional dentro dos seus próprios lares do que fora deles.

Abusos deste tipo incluem diversos aspetos comportamentais por parte dos cuidadores, tais como: restrições de circulação; tratamentos hostis; padrões de menosprezo, de ameaça, discriminação, culpabilização ou ridicularização; tentativas em destruir a autoestima da criança; e outras formas não físicas de rejeição (4, 13, 27, 28). Esta forma de abuso pode também ser associada ao baixo conhecimento dos pais relativamente às necessidades de crescimento e desenvolvimento normal de uma criança (13, 28).

Segundo um estudo levado a cabo pela autora Rosana E. Norman, realizado em 2012 (27), as consequências a longo prazo do abuso emocional da criança incluem síndromes depressivas, transtornos de ansiedade, tentativas de suicídio, comportamentos sexuais de risco e até consumo de drogas.

No entanto, existe alguma dificuldade para o profissional de saúde conseguir fazer um diagnóstico diferencial para este tipo de abuso emocional / psicológico, uma vez que estão envolvidas necessidades emocionais não satisfeitas da criança, tais como a falta de afeto, carinho e atenção positiva (13).

Ao contrário de outros tipos de abuso, como por exemplo o abuso físico, o abuso emocional e psicológico é uma das formas mais insidiosa de abuso, ou seja, uma forma de abuso indireto e que não deixa evidências físicas que sejam de fácil caracterização (29), o que dificulta o papel do Médico Dentista Odontopediatra na deteção e sinalização destes casos, uma vez que é também uma das tipologias de abuso mais difíceis de provar (4).

Indicadores de Abuso Emocional

Os indicadores de abuso emocional e psicológico vão permitir ao Médico Dentista Odontopediatra detetar certas características comportamentais na criança. No entanto, deve ter em consideração que certas atitudes e comportamentos da criança podem estar associados a uma ocasião pontual, devendo nestes casos, tentar fazer um diagnóstico diferencial entre um comportamento pontual e um comportamento continuado, indicador de algum tipo de abuso (4).

Deste modo, uma criança emocional ou psicologicamente abusada pode apresentar algumas manifestações comportamentais típicas associadas à vivência deste tipo de abuso, das quais se

destacam: tristeza persistente; baixa autoestima e isolamento social ou dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais (Quadro 1) (4).

Quadro 1. Resumo dos indicadores de maus tratos psicológico e/ou emocionais

Indicadores psicológicos e/ou emocionais	
1.	Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente
2.	Comportamentos agressivos
3.	Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais
4.	Perturbações do comportamento alimentar
5.	Comportamento ou ideação suicida
6.	Tristeza persistente - baixa autoestima e isolamento social
7.	Atraso generalizado do desenvolvimento

Enquadramento Legal

Os abusos emocionais estão contemplados legalmente no Código Penal, Livro II, Título I - Dos crimes contra as pessoas, e no Capítulo III - Dos crimes contra a integridade física. Estes artigos protegem a vida em toda a sua complexidade, envolvendo não só os maus tratos físicos, mas também psíquicos. O desenvolvimento e análise desta legislação será completada na secção do enquadramento legal de casos de abuso físico.

3.2.2 Negligência

Negligência infantil é definida como a omissão de cuidados básicos por parte dos cuidadores ou responsáveis da criança. A não satisfação das necessidades físicas ou emocionais, tais como a ausência de cuidados na saúde, educação, supervisão, apoio emocional e proteção contra riscos ambientais, resultando em danos reais ou potenciais (2, 4, 6, 25), são as formas mais comuns de negligência em crianças (Quadro 2) (6).

Quadro 2. Resumo dos indicadores para a negligência

Negligência
1. Carência de higiene pessoal
2. Carência de vestuário e vestuário desadequado
3. Défice na correta alimentação
4. Défice no ciclo de sono (falta de sono/descanso)
5. Falta de supervisão para situações perigosas e de risco
6. Alterações no correto desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização)
7. Falta de cuidados básicos de saúde, por exemplo, incumprimento do Programa Nacional de Vacinação
8. Doença crónica sem cuidados adequados
9. Intoxicações e acidentes de repetição

Com mais detalhe, o termo Negligência pode ser aplicado quando se verifica: a não adesão ao tratamento que compromete a saúde da criança; o atraso ou falha na obtenção de cuidados de saúde geral, mental, ou oral; obesidade grave não tratada; lesões recorrentes; recém-nascidos e crianças expostas a drogas; exposição a riscos ambientais, dentro e fora de casa; falta de higiene ou saneamento ou atenção inadequada às necessidades emocionais e cognitivas das crianças (25).

Estas formas de incúria ou de descuido contradizem todo o conceito moderno de saúde, tal como definido pela Organização Mundial de Saúde, que afirma que a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, sendo particularmente importante quando se lida com crianças vulneráveis (2).

Há geralmente múltiplos fatores de risco que contribuem para que a negligência aconteça, sendo que tais fatores necessitam de uma avaliação mais abrangente por parte do profissional, após suspeita deste tipo de abuso (25). Na maioria das vezes a negligência é intencional, mas poderá ser negligência por mera despreocupação e por desinteresse (6).

Toda esta omissão de cuidados básicos na criança refletir-se-á na posterior falta de assistência médica, na falha de cuidados para a higiene oral e assistência médico-dentária, desencadeando a partir daqui, uma outra forma de negligência e abuso, a Negligência Dentária (2).

A negligência é insidiosa e difícil de detetar, podendo esta ser diagnosticada pela presença de negligência dentária (12). Deste modo, existem diversos autores que consideram a negligência dentária uma forma específica de negligência (22). A presença de indicadores de negligência dentária pode ser uma manifestação de um quadro clínico mais amplo e grave de negligência,

com atraso de desenvolvimento geral da criança, falta de higiene e de cuidados básicos (12).

Fatores de Risco para Negligência

Tal como já foi referido devem ser considerados fatores de risco de ordem individual, familiar e sociocultural. Deste modo, e a título de exemplo, a existência de delinquência mental e/ou motora na criança constitui um fator de risco de ordem individual. No que respeita aos fatores de risco de ordem familiar, a depressão dos cuidadores ou responsáveis e a violência familiar, são muitas vezes associados à negligência. Inseridos nos fatores de risco socioculturais, a ausência de recursos da comunidade, constitui forte influência para que a negligência ocorra (3). Reconhecendo os problemas que favorecem a existência de negligência, as intervenções poderão ser adaptadas consoante as necessidades específicas da criança e da família (1, 3).

Enquadramento Legal

O direito penal visa proteger bens jurídicos fundamentais, garantindo os direitos da pessoa humana frente ao poder positivo do estado e cominando penas com a finalidade de preservar a sociedade. Os crimes de negligência e abandono estão contemplados no Código Penal, Livro II, Título I - Dos crimes contra as pessoas, Capítulo I - Dos crimes contra a vida (Art.138º) e Capítulo III - Dos crimes contra a integridade física (Art. 148º). Estão também contemplados na Lei de proteção de crianças e jovens em perigo.

Código Penal

Artigo 138.º - Exposição ou abandono

1 - Quem colocar em perigo a vida de outra pessoa:

- a) Expondo-a em lugar que a sujeite a uma situação de que ela, só por si, não possa defender-se; ou
- b) Abandonando-a sem defesa, em razão de idade, deficiência física ou doença, sempre que ao agente coubesse o dever de a guardar, vigiar ou assistir;

É punido com pena de prisão de um a cinco anos.

2 - Se o facto for praticado por ascendente ou descendente, adotante ou adotado da vítima, o agente é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.

3 - Se do facto resultar:

- a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;
- b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

Segundo o comentário conimbricense do Código Penal - Tomo I, o Artigo 138.º tem como principal objetivo a proteção da vida humana, sendo que no momento em que um agente (agressor) coloque em perigo ou potencie um perigo para a vida de uma pessoa, através da exposição ou do abandono, este passa a ser considerado um crime de perigo concreto. No entanto, não será considerado crime quando o perigo já exista.

Expor uma pessoa num lugar a que a sujeite a uma situação de que não se possa defender, implica que a vítima seja transferida de um local relativamente seguro para um menos seguro e que dessa deslocação resulte um agravamento de riscos ou danos. Abandonar significa que o agressor, tendo o dever de guardar, vigiar ou assistir, deixa de prestar cuidados perante a vítima, neste caso sem defesa. Mesmo que o agente se mantenha junto à vítima, mas omita qualquer ato de auxílio ou assistência, numa forma de omissão ou inatividade, é considerado abandono.

Código Penal

Artigo 148.º - Ofensa à integridade física por negligência

1 - Quem, por negligência, ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa, é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até cento e vinte dias.

2 - No caso previsto no número anterior, o tribunal pode dispensar de pena quando:

a) O agente for médico no exercício da sua profissão e do acto médico não resultar doença ou incapacidade para o trabalho por mais de oito dias; ou

b) Da ofensa não resultar doença ou incapacidade para o trabalho por mais de três dias.

3 - Se do facto resultar ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão até dois anos ou com pena de multa até 240 dias.

4 - O procedimento criminal depende de queixa.

Segundo o comentário conimbricense do Código Penal - Tomo I, o Artigo 148.º supõe a produção pelo agressor de ofensa à integridade física simples ou grave. Este tipo legal de crime pode ocorrer por ação, em que o responsável ou cuidador age originando ofensas à integridade física da criança ou por omissão, nos casos em que existe uma deficiente vigilância da criança.

Entende-se por ofensa à integridade física, o crime do qual resulta uma lesão corporal sob a forma de diminuição da substância corporal, lesões do corpo, alterações físicas ou perturbação de funções ou da saúde de outrem, através da criação de um estado de doença ou manutenção/agravamento de um estado de doença ou de sofrimento já existente. A ofensa à integridade física causada por negligência terá de resultar da violação de um dever objetivo de cuidado pelo agressor, sendo que a violação deste dever de cuidado, juntamente com a produção do resultado de ofensas corporais ou à saúde da criança, integra o ato negligente da ofensa à integridade física na vítima. A formulação de um juízo de culpa negligente supõe que seja possível censurar o agente pelo seu comportamento contrário ao dever de cuidado.

Este crime poderá ser justificável se o agressor tiver atuado em legítima defesa (contemplado no artigo. 33º do Código Penal) e se estiver em causa o direito de necessidade (contemplado no art. 34º do Código Penal), desde que se verifiquem efetivamente essas ações. O consentimento presumido da vítima, no caso concreto das crianças, não corresponde a uma causa de justificação uma vez que o consentimento só é eficaz se for prestado/presumido por quem tiver mais de 16 anos.

LEI DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM PERIGO

Além dos artigos do código penal, foi criada uma lei mais orientada para a proteção de crianças e jovens em risco, lei essa descrita como a lei n.º 147, criada a 1 de Setembro de 1999. Esta lei promove os direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo que residam ou se encontrem em território nacional, de forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral e que tenham menos de 18 anos de idade.

(Lei 147/99, de 1 de Setembro)

Artigo 3.º - Legitimidade da intervenção

1 - A intervenção para promoção dos direitos e proteção da criança e do jovem em perigo tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte de ação ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo.

2 - Considera-se que a criança ou o jovem está em perigo quando, designadamente, se encontra numa das seguintes situações:

- a) Está abandonada ou vive entregue a si própria;
- b) Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- c) Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) É obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

A intervenção para a promoção dos direitos e proteção da criança e do jovem em perigo, obedece a alguns princípios orientadores, como o superior interesse da criança e do jovem, o direito à reserva da sua vida privada, da proporcionalidade da atuação em relação à situação em que se encontra a criança,

da avaliação obrigatória e participação (tendo o direito de ser ouvido e a participar na definição de medidas de promoção dos direitos e de proteção), entre outros.

(Lei 147/99, de 1 de Setembro)

Segundo o artigo 5º da lei nº 147/99, de 1 de Setembro, são entidades com competência em matéria de infância ou juventude, as pessoas singulares ou coletivas públicas, cooperativas, sociais ou privadas que, por desenvolverem atividades nas áreas da infância e juventude, têm legitimidade para intervir na promoção dos direitos e na proteção da criança e do jovem em perigo.

Conforme o artigo 12º da lei nº 147/99, de 1 de Setembro, as comissões de proteção são instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

Artigo 66º - Comunicação das situações de perigo por qualquer pessoa

1 — Qualquer pessoa que tenha conhecimento das situações previstas no artigo 3º pode comunicá-las às entidades com competência em matéria de infância ou juventude, às entidades policiais, às comissões de proteção ou às autoridades judiciárias.

2 — A comunicação é obrigatória para qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou do jovem.

De acordo com o art. 66º, o Médico Dentista quando tiver conhecimento, mesmo no decurso da sua atividade profissional, de situações suspeitas que coloquem em perigo de vida, a integridade física ou psíquica, ou a liberdade da criança ou do jovem, tem obrigação de proceder à denúncia do caso às autoridades competentes.

3.2.3 Negligência Dentária

Segundo a *American Academy of Pediatric Dentistry*, a negligência dentária é definida como a falha intencional dos pais ou responsáveis em procurar e seguir com o tratamento necessário garantindo um nível de saúde oral essencial para o funcionamento adequado do aparelho estomatognático, livre de dor e infeção (18).

As consequências da negligência dentária podem afetar negativamente a aprendizagem, a comunicação, a nutrição e outras atividades necessárias ao normal crescimento e desenvolvimento da criança (18, 30).

As crianças têm uma série de necessidades básicas de saúde oral tais como a aplicação periódica de flúor, uma correta dieta alimentar, hábitos de higiene oral e visitas regulares ao médico dentista para tratamentos preventivos e restauradores. Mesmo informados dos cuidados básicos orais, os Médicos Dentistas Odontopediatras têm detetado que estas necessidades básicas são cada vez mais negligenciadas pelos cuidadores (30).

Os responsáveis da criança negligenciada só visitam o Médico Dentista Odontopediatra na procura do tratamento em casos de dor ou de emergência. Após a resolução do quadro de dor ou do tratamento de emergência, os pais da criança negligenciada optam por não prosseguir com o tratamento completo da cavidade oral. O resultado desse comportamento pode ser particularmente doloroso para as crianças em quadros de cáries precoces de infância, doenças periodontais ou outras condições orais não tratadas (2). Este comportamento é, por vezes, a consequência da falta de atenção para a saúde oral, mas também pode ser uma consequência de dificuldades financeiras ou dificuldades no acesso aos serviços médico-dentários. Esta distinção deve ser feita e analisada pelo Médico Dentista Odontopediatra (2).

Certas patologias orais são facilmente identificadas. Com base neste pressuposto e considerando que a patologia oral foi diagnosticada, o tratamento necessário foi explicado e compreendido pelos cuidadores, e os obstáculos financeiros e de transporte foram eliminados (6), mas ainda assim, os cuidadores ignorarem o tratamento dentário da criança, então esta é uma forma de negligência – negligência dentária.

Deste modo, para a avaliação deste tipo de suspeita, deve ter-se em consideração alguns indicadores como a existência de cáries de evolução rápida, sangramento da região orofacial, sintomatologia dolorosa, entre outros (6). O médico dentista deve deste modo, estar ciente da informação prestada aos cuidadores da criança, certificando-se ainda se a explicação dada sobre a patologia e suas implicações foram bem entendidas. A título de exemplo, os pais devem também ser consciencializados de que a administração adequada de analgésicos e antibióticos será por vezes necessária para garantir o conforto da criança durante o tratamento médico dentário (18).

Quando existirem barreiras económicas que impeçam o acesso a cuidados básicos de saúde oral, poderá o Médico Dentista Odontopediatra tentar ajudar as famílias na procura de ajuda financeira, de transporte ou instalações públicas para os serviços necessários (18).

Em suma, a avaliação da presença de negligência dentária requer uma história clínica abrangente e detalhada. Neste sentido, desenvolvemos um formulário (Quadro 3) orientador das informações que devem ser recolhidas aquando da suspeita de casos de negligência.

Quadro 3. Formulário para registo de informações relacionadas à negligência dentária

Negligência Dentária		
Data da suspeita:		
	Sim	Não
Criança refere sintomatologia?	*	
Há quanto tempo?		
Apresenta cáries não tratadas?	*	
Sangramento na região orofacial?	*	
Trauma orofacial?	*	
Que zonas afeta?		
Já teve tratamento prévio?	*	
Que tratamento efetuou?		
Paciente foi colaborante?		*
Houve continuidade do tratamento?		*
Considera a suspeita de negligência dentária?		
Detalhes e outras observações:		
(*) Indicadores de suspeita para negligência dentária		

A documentação necessária a um correto acompanhamento de casos suspeitos de negligência dentária deve conter o registo radiográfico, fotográfico e clínico. O registo clínico deve incluir os sintomas atuais e anteriores, incluindo a frequência, duração e gravidade da lesão; consciencialização dos pais para a doença dentária e oral; antecedentes dentários; dificuldades de acesso à assistência médico-dentária; história médica atual e antecedentes gerais; presença de dificuldades comportamentais, de aprendizagem, comunicação ou existência de ansiedade, que possam afetar o tratamento médico dentário; nome do médico de família da criança ou, se for o caso, o nome do assistente social que a acompanha para posterior contato e ou intervenção multidisciplinar.

Existe deste modo, um melhor controlo e apoio no trabalho conjunto entre os Médicos Dentistas, Pediatras, Enfermeiros e Assistentes Sociais na proteção de crianças vulneráveis à negligência dentária, exigindo, no entanto, que todas as partes estejam sempre em contato ou comunicação (30).

Indicadores e Fatores de Risco para Negligência Dentária

São considerados indicadores de negligência dentária a falha dos pais ou responsáveis em procurar o tratamento para cárie visivelmente não-tratada, infeções orais e dor; ou o não seguimento com o tratamento dentário da criança uma vez informados os pais das condições orais e possibilidades viáveis de tratamento (Quadro 4) (6). Deixar de solicitar ou obter tratamento dentário adequado pode resultar de fatores de risco como o isolamento da família, falta de recursos financeiros, a ignorância dos pais ou a falta de perceção no que diz respeito à saúde oral (17, 18).

Quadro 4. Indicadores de Negligência Dentária

Negligência Dentária
1. Cáries visivelmente não-tratadas
2. Infeções orais
3. Sangramento da região orofacial
4. Sintomatologia dolorosa
5. Ausência de tratamento uma vez informados, os cuidadores, das condições orais e das possibilidades de tratamento

3.2.4 Abuso Sexual

O abuso sexual é identificado como qualquer forma de contato sexual ou tentativa de contato entre uma criança e um cuidador ou outro adulto, para fins de gratificação sexual do mesmo ou para seu benefício financeiro (13).

Este tipo de abuso engloba quaisquer atos relacionados à atividade sexual (13), tais como obrigar a criança a presenciar conversas obscenas, espetáculos ou atos de caráter exibicionista, ou tomar conhecimento de objetos pornográficos (4).

Usar a criança para fotografias, filmes pornográficos, práticas sexuais de relevo como beijos na boca, carícias genitais e nas mamas, obrigação de manipular os órgãos genitais do abusador ou sujeitá-la à realização de coito oral, anal ou vaginal, também constituem atos de abuso sexual (4).

É considerado crime quando não é dada à criança oportunidade de defesa e esta se torna incapaz de dar o seu consentimento (informado ou não), em virtude da sua idade e/ou falta de experiência (6, 13).

São mais comuns os abusos sexuais dentro do seio familiar, sendo que na maioria das vezes o abusador é o pai ou padrasto. Os abusos sexuais domésticos são menos graves do ponto de vista da violência física, mas são mais graves do ponto de vista emocional, devido à proximidade entre a vítima e o abusador. Contudo, esta proximidade afetiva entre ambos vai tornar mais difícil a revelação por parte da vítima e a deteção por terceiros, devido ao facto de haver uma maior ameaça emocional por parte do abusador sobre a vítima (31).

As lesões das vítimas deste tipo de abuso estão na maioria das vezes ocultas, o que pressupõe que apenas um profissional com boa capacidade de avaliação e conhecimento da anatomia e fisiologia normais seja capaz de fazer a identificação dos sinais e sintomas característicos de abuso sexual (13).

A realização de um exame sistemático por um psicólogo forense, para valorização da informação verbal e não - verbal transmitida pela criança, bem como a fiabilidade do seu testemunho, pode ser conclusiva. Assim, o diagnóstico precoce destes casos é fundamental para evitar consequências mais graves (31).

Devemos salientar que o fator tempo de cicatrização das lesões sexuais é particularmente importante no abuso sexual feminino. A título de exemplo, nas crianças pré-púberes as petéquias himenais podem desaparecer em aproximadamente 48 horas e nas adolescentes na puberdade, em 72 horas após o abuso (13). Assim, torna-se imperativo a realização de um exame inicial, e em caso de suspeita, encaminhar a criança para clínicas especializadas, de modo a que sejam realizados exames detalhados em qualquer criança com suspeita de abuso sexual (13, 18).

Embora a cavidade oral seja considerada o local preferencial para o abuso sexual em crianças, as infecções ou lesões orais visíveis são menos comuns quando comparadas com outros tipos de abuso, como o abuso físico (9, 18).

As crianças vítimas de agressão sexual instintivamente lutam para se defender da agressão e resistem ao seu agressor, o que pode originar uma variedade de ferimentos sofridos. Estes podem incluir as contusões originadas pelas pontas dos dedos, caracteristicamente vistas na parte superior dos braços, bem como hematomas circunferenciais ao redor dos pulsos devido à prensão forçada dos braços. As contusões causadas pelas pontas dos dedos também podem ser detetadas na parte interna das coxas, quando as pernas são firmemente seguras, na tentativa forçada de abrir as mesmas para o acesso aos órgãos genitais da vítima. Nestes casos não há dúvidas quanto à existência de abuso sexual (19).

As vítimas de agressão sexual tendem a chorar e por norma gritam por socorro. De modo a evitar tal comportamento, o agressor aplica firmemente a mão sobre a boca da criança, forçando a mucosa oral dos lábios contra as peças dentárias. Se a força aplicada for excessiva, pode provocar hematomas na face interna do lábio que apenas são visíveis aquando da inspeção e exame intraoral. Similarmente, golpes ou perfurações na região orofacial podem resultar em nódos negros, lacerações e tumefações dos lábios. Outras lesões físicas muito comuns e que são resultantes do abuso sexual são as mordeduras. Estas podem ser resultado de tentativas para conter a vítima, ter um motivo sexual ou ser parte de um ritual sadomasoquista (19).

Indicadores de Abuso Sexual

Indicadores psicológicos nas crianças que são vítimas de abuso sexual podem ser detetados no consultório do Médico Dentista Odontopediatra. Podem ser referenciados como: a) a angústia, medo, raiva e instabilidade afetiva; b) perturbação do humor, depressão, baixa auto estima e desconfiança perante os adultos; c) isolamento social, mentira compulsiva, redução do rendimento escolar e comportamentos autodestrutivos, que podem mesmo ser comportamentos suicidas (4). Estes comportamentos, de uma maneira geral, vão influenciar a saúde oral da criança ou por descuido da higiene oral por parte da criança, ou por negligência dentária, tida como descuido dos pais ou responsáveis na higiene oral e tratamentos dentários.

Algumas manifestações orais típicas de abuso sexual nas crianças podem ser observadas sob a forma de eritemas, úlceras (9), vesículas com secreção purulenta ou pseudomembranosa e lesões condilomatosas nos lábios, língua, palato, face ou faringe (6, 29).

Estes indicadores estão frequentemente associados a certas patologias ou alterações como a gonorreia (doença sexualmente transmissível entre crianças que sofreram de abuso) (6, 18, 29), podendo aparecer dolorosamente nas regiões dos lábios, língua, palato, face ou na faringe (6), e o condiloma acuminado (causado pelo papilomavírus humano – HPV), que normalmente se apresenta como uma lesão única ou múltipla, pediculada, com aspeto de couve-flor (6, 9).

A sífilis, embora menos frequente nas crianças, pode ser outro indicador para o abuso sexual, na presença de um teste positivo para o *Treponema pallidum* (6, 9). Deste modo, a realização de testes sorológicos para a sífilis ou VIH, e uma cultura positiva para a gonorreia são considerados evidência absoluta de abuso sexual, quando a aquisição congénita da doença ou através de transfusão de sangue são excluídas (no caso do VIH) (9).

Eritemas ou petéquias quando presentes na transição do palato duro e mole ou no pavimento da boca, podem revelar sinais de sexo oral forçado (6, 9, 32). Lágrimas do freio labial ou lingual também podem sugerir sinais de sexo oral forçado (9, 32).

Também podem ser observadas contusões, resultantes de traumatismos ou impacto físico. No entanto estas podem ocorrer por trauma de sucção ou de prensão sendo consideradas, neste caso, características de abuso sexual (33).

Apesar de existirem múltiplos sinais físicos orais, as consequências mais graves são as de carácter psicológico. Este tipo de abuso é caracterizado por diminuir a adesão ao tratamento dentário devido a um maior desconforto associado aos instrumentos dentro da cavidade oral. Consequentemente é normal que a criança desenvolva um estado de ansiedade em resposta à intimidade / proximidade física existente entre médico e paciente (34).

Concluindo, pode-se afirmar que pacientes pediátricos, vítimas de abuso sexual e que desenvolvam medo ou receio do médico dentista, estejam suscetíveis a maiores e mais graves problemas dentários (29, 34).

Deste modo, os profissionais da saúde dentária devem ter o cuidado de avaliar possíveis situações de risco e de avaliar sinais característicos deste tipo de abuso (Quadro 5, 6 e 7), sem adotarem conclusões acerca da presença ou não deste tipo de abuso antes de pedir opinião ou ajuda especializada (34).

Quadro 5. Sinais físicos típicos de abuso sexual

Sinais físicos típicos de abuso sexual	1. Mordeduras
	2. Hematomas na mucosa oral do lábio
	3. Contusões na região orofacial
	4. Lacerações na região orofacial

Quadro 6. Sinais comportamentais e emocionais indicadores de abuso sexual

Sinais comportamentais e emocionais indicadores de abuso sexual	1. Angústia e Medo
	2. Perturbação de humor
	3. Desconfiança nos adultos (médico dentista)
	4. Comportamentos auto-destrutivos

Quadro 7. Doenças sexualmente transmissíveis

Doenças sexualmente transmissíveis	1. Gonorreia
	2. Sífilis
	3. Condiloma acuminado
	4. Eritema e petéquias (na transição palato duro / mole)

Enquadramento Legal

Os diversos crimes de abuso sexual estão contemplados no Código Penal, Livro II, Título I - Dos crimes contra as pessoas, Capítulo V - Dos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual, Secção II - Crimes Contra a Autodeterminação Sexual (art. 171º, 172º, 174º, 175º, 176º).

Código Penal

Artigo 171.º - Abuso sexual de crianças

1 - Quem praticar ato sexual de relevo com ou em menor de 14 anos, ou o levar a praticá-lo com outra pessoa, é punido com pena de prisão de um a oito anos.

2 - Se o ato sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

3 - Quem:

- a) Importunar menor de 14 anos, praticando ato previsto no artigo 170.º; ou
 - b) Atuar sobre menor de 14 anos, por meio de conversa, escrito, espetáculo ou objeto pornográficos;
- é punido com pena de prisão até três anos.

4 - Quem praticar os atos descritos no número anterior com intenção lucrativa é punido com pena de prisão de seis meses a cinco anos.

Segundo o comentário conimbricense do Código Penal - Tomo I, ao Artigo 171.º do Código Penal o autor deste crime pode ser qualquer pessoa, seja ou não familiar, podendo até ser um dos progenitores da vítima. A vítima tem de ser um menor de 14 anos, de qualquer sexo. É indiferente que a vítima seja ou não sexualmente iniciada, que possua ou não capacidade para entender o ato sexual.

O conteúdo sexual discriminado neste artigo do Código Penal divide-se em 3 tipos de crime, o ato sexual de relevo, a cópula ou atos equiparados e o ato de importunação sexual, sendo que o crime considerado mais grave é o da cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos. O crime de importunação sexual corresponde ao ato de importunar um menor de 14 anos, praticando nele atos previstos no artigo 170º do Código Penal - (importunar outra pessoa praticando perante ela atos de carácter exibicionista ou constrangendo-a a contato de natureza sexual, sendo que vale por isso tanto a ação de praticar perante o menor atos exibicionistas, como a de ter com ele contato de natureza sexual). As conversas, espetáculos (orgias públicas ou privadas) e os objetos pornográficos (filme, gravação e também o desenho e fotografia) para com um menor de 14 anos, também são considerados crimes de abuso sexual de crianças.

Código Penal

Artigo 172.º - Abuso sexual de menores dependentes

1 - Quem praticar ou levar a praticar acto descrito nos n.ºs 1 ou 2 do artigo anterior, relativamente a menor entre 14 e 18 anos que lhe tenha sido confiado para educação ou assistência, é punido com pena de prisão de um a oito anos.

2 - Quem praticar acto descrito nas alíneas do n.º 3 do artigo anterior, relativamente a menor compreendido no número anterior deste artigo e nas condições aí descritas, é punido com pena de prisão até um ano.

3 - Quem praticar os actos descritos no número anterior com intenção lucrativa é punido com pena de prisão até três anos ou pena de multa.

Segundo o comentário conimbricense do Código Penal - Tomo I, no Artigo 172.º do Código Penal, tal como acontece no artigo do abuso sexual de crianças, versa sobre atos de abuso sexual sobre menores, só que neste artigo, a relação do agressor para com a vítima é uma especial relação de proteção, cuidado, educação ou assistência. A vítima aqui é definida como um menor entre os 14 e os 18 anos. Concluindo, os atos sexuais são idênticos ao disposto no artigo anterior, sendo que o que difere neste caso é a idade da vítima, e sua condição, uma vez que o agente da prática do crime é a pessoa a quem o menor foi confiado para educação e assistência.

Código Penal

Artigo 176.º - Pornografia de menores

1 - Quem:

- a) Utilizar menor em espetáculo pornográfico ou o aliciar para esse fim;
- b) Utilizar menor em fotografia, filme ou gravação pornográficos, independentemente do seu suporte, ou o aliciar para esse fim;
- c) Produzir, distribuir, importar, exportar, divulgar, exhibir ou ceder, a qualquer título ou por qualquer meio, os materiais previstos na alínea anterior;
- d) Adquirir ou detiver materiais previstos na alínea b) com o propósito de os distribuir, importar, exportar, divulgar, exhibir ou ceder;

é punido com pena de prisão de um a cinco anos.

2 - Quem praticar os atos descritos no número anterior profissionalmente ou com intenção lucrativa é punido com pena de prisão de um a oito anos.

3 - Quem praticar os atos descritos nas alíneas c) e d) do n.º 1 utilizando material pornográfico com representação realista de menor é punido com pena de prisão até dois anos.

4 - Quem adquirir ou detiver os materiais previstos na alínea b) do n.º 1 é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa.

5 - A tentativa é punível.

Segundo o comentário conimbricense do Código Penal - Tomo I, o Artigo 176.º do Código Penal protege o livre desenvolvimento da vida sexual do menor de 18 anos de idade face a conteúdos ou materiais pornográficos. O autor deste crime de pornografia de menores pode ser qualquer pessoa, homem ou mulher, desde que tenha 16 ou mais anos. A pena será agravada (de acordo com o art. 177º) consoante a idade da vítima: se for um menor de 14 anos sofre agravamento, quando comparada com vítimas menores entre os 14 e 16 anos de idade.

Nos procedimentos criminais, os crimes distinguem-se pela sua natureza, podendo ser públicos, semi-públicos ou particulares. A natureza pública impõe que o Ministério Público, depois de tomar conhecimento da notícia do crime, tenha legitimidade para promover o processo penal oficiosamente, ficando obrigado à investigação dos factos para, de imediato, desencadear o processo. Em Portugal, o crime de abuso sexual de crianças foi tornado público em 2007, sendo que desde então a sua denúncia é obrigatória, independentemente da vontade da vítima.

Os crimes de abuso sexual em menores, acima referidos, assumem uma natureza pública, em que o procedimento criminal não está dependente de queixa por parte da vítima, bastando uma denúncia ou conhecimento do crime para que o Ministério Público exerça a ação penal.

3.2.5 Abuso Físico

O abuso físico pode ser definido como qualquer ação não acidental ou trauma infligido no corpo de uma criança por um dos pais ou cuidador (2, 4, 35), do qual resulta dano físico com repercussões na saúde, no desenvolvimento e na dignidade da criança (4). Este tipo de abuso pode ser resultado de um dano ocasional ou de um padrão de comportamento contínuo (35).

Morder, queimar, pontapear, bater, empurrar, espancar, abanar (Síndrome de Shaken-Baby), intoxicar e asfixiar, são exemplos de formas físicas de abuso (2, 4, 35, 36).

Na sociedade atual existe uma certa tolerância para com algumas práticas, castigos ou punições físicas que dificultam a identificação de tipos de abuso físico, desencadeando assim uma maior dificuldade em estabelecer um diagnóstico diferencial, sendo que esta exceção está contemplada na legislação em vigor do art.º 152.º “Violência doméstica” e do art.º 152.º - A “Maus Tratos” do Código Penal, afirmando que estes castigos ou punições podem ser justificados com um objetivo educativo e/ou corretivo.

Qualquer abuso físico sobre o menor, com repercussões psicológicas ou comportamentais negativas, torna-se evidente no seu desenvolvimento a curto e a médio prazo (4). Esta

realidade pode desencadear na criança ou no adolescente sinais ou sintomas psicológicos típicos do abuso físico, nomeadamente comportamentos agressivos; dificuldades na autorregulação emocional; dificuldades na integração no grupo de pares; atividades delinquentes; baixa autoestima; percepção negativa de si mesmo e interiorização de problemas (4, 23).

É importante salientar que as lesões ocorridas na região orofacial são as mais comuns das lesões físicas não-acidentais e caberá ao médico dentista saber reconhecê-las, diagnosticá-las e documentá-las (4, 17, 23).

Na região orofacial, a cavidade oral é a mais sujeita a múltiplas ações abusivas, pela sua localização e acessibilidade, facilitando atos de castigo, punição e agressão, que originam traumatismos perpetrados com as mãos ou com objetos cortantes, com o intuito de silenciar a criança, punir ou simular, ou mesmo forçar o ato da alimentação (4, 17).

Ainda no âmbito do abuso físico podem ser observadas lesões decorrentes da introdução forçada de um objeto na cavidade oral com o objetivo de amordaçar, silenciar ou forçar a alimentação com recurso a alimentos quentes, provocando queimaduras graves periorais e intraorais. Em consequência destas ações, é comum o traumatismo dentário da região anterior dos maxilares, seja por traumatismo direto com a mão ou punho, seja por traumatismo indireto, pela introdução forçada de instrumentos / objetos na cavidade oral (4).

No entanto, decorrente deste tipo de abuso, podem ser também verificadas lesões não acidentais nas regiões do tórax, abdomen e membros, originadas durante atos de punição física através da utilização de objetos como o cinto, mordeduras (causadas com intenção de provocar dor e dano) e queimaduras (de cigarros ou ferros) (2).

As lesões originadas podem ser de múltiplos tipos e de acordo com a etiologia do trauma podem ser: escoriações, caracterizadas pela perda superficial da epiderme; equimoses quando envolvem uma infiltração tecidual superficial de sangue extravascular; hematomas, que consistem numa lesão mais profunda de coleção sangue extravascular, e lacerações, as quais envolvem todas as camadas da derme. Assim, qualquer instrumento ou objeto que entre em contato com a pele irá produzir uma ou mais destas formas de lesão, que serão posteriormente catalogadas e documentadas pelo Médico Dentista (23).

Em caso de suspeita de abuso físico na criança, o médico dentista deverá inspecionar, durante o exame clínico, as regiões da face, orelhas, pescoço, ombros e antebraços. A deteção e

identificação precoces destas lesões constituem um passo fundamental no registo e respetiva documentação, antes que se dissipe o seu significado ou valor médico - legal (2).

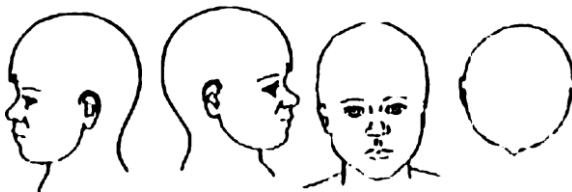
O profissional da saúde dentária informado deverá ter o cuidado de realizar um diagnóstico diferencial de lesões intencionais ou acidentais da região orofacial, visto que ambas são muito similares. O registo do relato da história da lesão, incluindo o tempo e mecanismo da mesma deverá ser consistente com as suas características e também com o estadio do seu desenvolvimento na criança (2).

A presença de múltiplas lesões, em diferentes fases de cicatrização ou o relato de uma justificação ou história clínica inconsistente, deverá de imediato despertar no clínico a suspeita de estar na presença de abuso físico ocasional ou continuado (2, 23).

De modo a contribuir para a deteção e sinalização de casos de abuso, torna-se urgente a utilização sistemática de um formulário, capaz de fazer o registo válido de informações clínicas, de modo a aferir alguma manifestação ou indicador orofacial, típico de maus-tratos infantis (Quadro 8).

Neste sentido, o formulário deverá conter os seguintes aspetos quanto às características das lesões: a) o tipo de ferida (perfurante, cortante, contusa, resultante de queimaduras, agentes químicos ou mistas); b) o número e as localizações; c) formas e dimensões; d) a gravidade; e) mecanismo de produção da ferida; f) tempo e estadios de cicatrização; g) consistência ou coerência do relato e h) provável diagnóstico diferencial (6, 23, 37).

Quadro 8. Formulário para registo de informações relacionadas às manifestações orofaciais dos maus-tratos infantis e negligência (37)

Data de nascimento da criança: _____	
Sexo: masculino () feminino ()	
Data e hora relatada da agressão:	
Data ___ ___ _____ Hora: ___h___min___seg	
Data e hora da apresentação:	
Data ___ ___ _____ Hora: ___h___min___seg	
Nome do suspeito e mecanismo de lesão:	
Local e Ilustração da lesão:	
	
<u>Sinais de agressão orofacial?</u>	
Hematoma*:	Cabeça () Face () Pescoço ()
Abrasões*:	Cabeça () Face () Pescoço ()
Lacerações*:	Cabeça () Face () Pescoço ()
Queimaduras*:	Cabeça () Face () Pescoço ()
Marcas de mordida*:	Cabeça () Face () Pescoço ()
Fraturas:	Cabeça () Face () Pescoço ()
Lesão no olho:	Sim () Não ()
Laceração no freio labial:	Sim () Não ()
Laceração no freio lingual:	Sim () Não ()
Trauma no palato:	Sim () Não ()
Trauma dentário:	Sim () Não ()
Lesões Dentárias:	Avulsão() Luxação() Concussão() Fratura Dente()
Fratura Osso Alveolar()	Necrose()
Diagnóstico Diferenciador:	_____
(*) descrever os diversos estádios de cicatrização	

Indicadores de Abuso Físico

A observação de uma lesão deve ser acompanhada não só de exames complementares de diagnóstico (Quadro 9), mas também de uma história lógica que justifique a existência da lesão e que a contextualize. É também de extrema importância o confronto dos responsáveis, quando se verifica uma discrepância entre aquilo que se observa e a história relatada (23).

Quadro 9. Exames complementares de diagnóstico

Exames complementares de diagnóstico
1. Análise genética – recolha de ADN para identificação genética do abusador
2. Psicologia Forense
3. Toxicologia Forense
4. Imagiologia
5. Microbiologia

É característica deste tipo de abuso a existência de indicadores com localização diversa, que vão do abdómen ao tórax, membros inferiores aos superiores, ráquis, regiões crânio-encefálica e orofacial, podendo afetar tanto os tecidos moles como os tecidos duros (4).

Na presença de lesões moduladas (lesões que apresentem uma forma ou padrão de um objeto) com localizações incomuns, diferentes estádios de cicatrização ou na presença de lesões significativas sem tratamento, dever-se-á ficar alerta, pois constituem indicadores sugestivos de abuso físico. No caso da presença de algum dos indicadores sugestivos de abuso físico é obrigatória a realização de um correto diagnóstico diferencial, para prevenir eventuais situações de falsa suspeita (Quadro 10) (23).

Quadro 10. Indicadores sugestivos de abuso físico e o Diagnóstico Diferencial

Indicadores de abuso físico	Diagnóstico diferencial de lesões físicas
1. Inconsistência do relato quanto ao mecanismo da lesão e quanto à data de produção da mesma	- Lesões acidentais (quedas, brincadeiras entre crianças, ataque de animal, acidentes variados)
2. Lesões com diferentes estadios de cicatrização	- Condições patológicas sistémicas (coagulopatias e leucemias que podem provocar equimoses aparentemente inexplicáveis) ou - Malformações congénitas (realizar história clínica médica geral)
3. Lesões em locais incomuns (região periorbital e perioral, em torno das orelhas e pescoço)	- Lesões iatrogénicas
4. Lesões moduladas (por exemplo: fivela de um cinto)	- Lesões pós-operatórias
5. Lesões significativas sem intervenção clínica ou com atraso na procura do tratamento	- Lesões simuladas ou autoinfligidas

Enquadramento Legal

A tipologia que enquadra os vários crimes de abuso físico está contemplada nos artigos 152.º e 152.º - A do Código Penal, Livro II, Título I – Dos crimes contra as pessoas, Capítulo III – Dos Crimes Contra a Integridade Física e no Código de Processo Penal.

Código Penal

Artigo 152.º - Violência doméstica

1 - Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais:

- a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge;
- b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;
- c) O progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou
- d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite;

é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

2 - No caso previsto no número anterior, se o agente praticar o facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.

3 - Se dos factos previstos no n.º 1 resultar:

a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;

b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

-Quem for condenado por crime previsto neste artigo pode, atenta a concreta gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, ser inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela por um período de um a dez anos.

Este crime incide sobre a proteção da pessoa individual e da dignidade humana e não à proteção da comunidade, familiar ou conjugal.

Apesar de estar integrado no Capítulo III do Código Penal, que diz respeito aos crimes contra a integridade física, este artigo vai muito além dos maus tratos físicos, compreendendo também os maus tratos psíquicos (como injúrias, humilhações, provocações, ameaças e curtas privações da liberdade de movimentos). Pode-se dizer que o bem jurídico protegido neste crime é a saúde, em toda a sua complexidade. Este tipo de crime pressupõe um agente que se encontre numa relação específica com a vítima: relação conjugal ou análoga, atual ou passada, relação parental ou de coabitação.

Poderá constituir crime de “violência doméstica” o comportamento dos pais que deixem o filho ou filhos pequenos sozinhos em casa, durante períodos relativamente longos. As privações de liberdade, as ofensas sexuais e os castigos corporais sobre menores podem também configurar violência doméstica. Os castigos ou punições físicas traduzem-se em ofensas corporais ou maus tratos físicos, mesmo que seja com objetivo educativo e não com intenção de lesão corporal, podendo este último ser motivo de justificação para este crime. Contudo, castigos graves nunca poderão ser justificados, mesmo que tenham sido aplicados com intensão educativa. O crime de violência doméstica é, à semelhança dos crimes de carácter sexual, um crime público, ou seja, não depende de queixa para que o Ministério Público promova o processo.

Código Penal

Artigo 152.º-A - Maus tratos

1 - Quem, tendo ao seu cuidado, à sua guarda, sob a responsabilidade da sua direção ou educação ou a trabalhar ao seu serviço, pessoa menor ou particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença ou gravidez, e:

- a) Lhe infligir, de modo reiterado ou não, maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais, ou a tratar cruelmente;
- b) A empregar em atividades perigosas, desumanas ou proibidas; ou
- c) A sobrecarregar com trabalhos excessivos;

é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

2 - Se dos factos previstos nos números anteriores resultar:

- a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;
- b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

A grande diferença entre o crime de violência doméstica e o crime de maus tratos reside no tipo de relação existente entre o agressor e a vítima, uma vez que o crime de maus tratos pressupõe relações de subordinação da vítima face ao agente, quer seja no plano assistencial, educativo ou laboral.

À semelhança do art. 152º do Código Penal, o crime de maus tratos protege também a dignidade pessoal e a saúde, nas suas dimensões físicas, psíquicas e mentais. Assim, neste artigo, o tipo de relação existente entre o agressor e a vítima é uma relação que não é familiar, doméstica ou de coabitação, mas sim uma relação externa em que o agressor está numa relação de dever de cuidado, guarda, direção, educação ou de empregador. A vítima deste tipo de crime só pode ser pessoa que se encontre numa situação de subordinação existencial ou laboral e que seja menor (de 18 anos) particularmente indefesa, não podendo existir, neste caso relação de coabitação.

Esta lei tem por objetivo versar sobre os maus tratos praticados em hospitais, escolas, creches ou famílias de acolhimento, entre outras. A única justificação para este crime é a dos castigos corporais aplicados a menores com objetivo corretivo e/ou educativo, sendo que tais castigos têm de ser necessários, adequados, proporcionais e razoáveis (um castigo grave nunca poderá ser justificado).

3.3 Manifestações de lesões orofaciais típicas de abuso

3.3.1 Epidemiologia das lesões orofaciais

Um estudo retrospectivo, realizado pelo autor Cairns, em 2005 (37), registou 750 casos de crianças com idades inferiores a 16 anos, com suspeita de abuso num período de 5 anos, dos quais 390 (46,7%) estiveram disponíveis para recolha de dados. Das 390 crianças que foram submetidas a exames médicos, 230 ou seja, 59% apresentavam sinais de abuso físico na região orofacial (cabeça, rosto, boca e pescoço). O autor comparou os resultados obtidos com resultados de outros autores, constatando que em todos os estudos se verificou a presença de aproximadamente 50% de lesões orofaciais em crianças vítimas de abuso físico (37).

Outro estudo retrospectivo, da autoria de Cavalcanti em 2010 (38), foi efetuado através de relatórios médicos provenientes de exames periciais realizados no Departamento de Medicina Legal da cidade de Campina Grande, no Brasil, entre Janeiro de 2003 e Dezembro de 2006. Foram analisados 1070 (9,2%) dos 11624 relatórios emitidos durante este intervalo de tempo, referentes a crianças e adolescentes com idades até aos 17 anos que foram vítimas de abuso físico. Foram verificadas lesões orofaciais em 56,3% das crianças em estudo. Das lesões verificadas, 55,6% envolviam a maxila, 35,5% a mandíbula e 9,0% ambas as arcadas. Do total das lesões intraorais, 94,8% eram lacerações nos tecidos moles, principalmente no lábio superior (46,4%) e 5,2% eram lesões dentárias (84,6% referentes a trauma nos incisivos superiores), sendo que a fratura coronária estava presente na totalidade dos casos (38).

3.3.2 Mordeduras

Os dentes são considerados ferramentas de corte ou prensão, conseguindo seccionar ou avulsionar tecidos. Em certas ocasiões podem ser utilizados como arma de ataque e de defesa, sendo que neste contexto, os dentes produzem aquilo a que se designa por mordedura (39), uma lesão padronizada na pele, causada pelas superfícies incisais e/ou oclusais das peças dentárias.

As mordeduras em crianças raramente são acidentais e são excelentes indicadores de abuso infantil. São mais frequentes em situações de abuso sexual mas também podem ser

encontradas em casos de abuso físico (23). É comum a presença destas marcas com várias formas e tamanhos dependentes das circunstâncias nas quais são provocadas (6, 18).

A análise de mordeduras representa uma contribuição vital da Medicina Dentária para as Ciências Forenses e baseia-se na especialidade e singularidade da dentição humana. O padrão de mordida encontrado na superfície cutânea da vítima é comparado com as características dentárias de um ou mais suspeitos (39).

Deste modo, numa primeira fase deverá ser realizado o diagnóstico diferencial de espécie (humano e animal). Em mordidas realizadas por animais, verifica-se a laceração e avulsão tecidual, já em mordidas de origem humana é verificada a compressão dos tecidos, o que origina abrasões, contusões e lacerações mas raramente avulsão de tecido (2, 23).

Seguidamente é essencial a diferenciação da idade do agressor, o que pode ser efetuado através do tamanho do arco, ou distância inter-canina (6). Se a distância inter-canina da mordida for superior a 3 cm devemos suspeitar de um indivíduo adulto e consequentemente de abuso físico e/ou sexual (2, 17, 18).

Estas marcas caracterizam-se como lesões semicirculares, que compreendem dois arcos individualizados e uma área central com ausência de lesão (16), ou em alternativa podem apresentar-se como uma zona central de equimose causada por um de dois fenómenos: a pressão positiva do fecho dos dentes com o rompimento de pequenos vasos sanguíneos ou a pressão negativa provocada pela sucção e/ou deglutição (2, 17-19).

No entanto, nem todas as marcas de mordida são de fácil diagnóstico diferencial, não só por serem frequentes na infância, mas também porque a sua significância forense está dependente do grau de severidade da lesão (Quadro 11) (6, 40).

Quadro 11. Severidade da mordedura e respetiva significância forense

Severidade e significância da mordedura
1) Contusão muito leve, nenhuma marca dentária presente; arcadas dentárias visíveis, mas difusas; pode ser causada por algo que não os dentes - Baixa significância forense
2) Contusão óbvia, com áreas individuais discretas, associadas a dentes, a pele permanece intacta - Moderada significância forense
3) Contusão muito óbvia, com pequenas lacerações associadas aos dentes nas zonas mais lesadas, facilmente identificável como mordedura - Alta significância forense
4) Numerosas áreas de laceração, com alguma contusão; algumas áreas com feridas incisivas; dificilmente confundida com qualquer outro mecanismo de lesão - Alta significância forense
5) Avulsão parcial de tecido; presença de algumas lacerações que indicam os dentes como provável causa da lesão - Moderada significância forense
6) Avulsão completa do tecido; a forma característica das margens da lesão sugere a ação dos dentes como responsáveis; pode não ser uma lesão de mordida óbvia - Baixa significância forense

Tais marcas precisam de ser cuidadosamente fotografadas com alta definição e segundo algumas regras. É necessário fotografar a mordedura com e sem a presença de uma régua rígida de medição em forma de L, ou seja, uma escala de referência milimétrica (escala nº2 *American Board of Forensic Odontology - ABFO*) (Figura 1) (2), possibilitando a comparação desta com as características da dentição do suspeito (6).

O modo como é fotografada a lesão vai depender dos planos geométricos da mordedura sobre a superfície da pele, ou seja, após a colocação da escala, a máquina fotográfica deve estar orientada a 90° (perpendicular à mordedura). Também é aconselhado realizar fotografias a cor e a preto e branco e além da marca de mordedura, deve ser tirada uma fotografia ao corpo da vítima, mostrando a localização espacial da lesão. No caso de a lesão estar localizada numa região anatómica móvel ou articulável, serão necessárias várias posições do corpo de modo a avaliar o efeito de movimento (16).

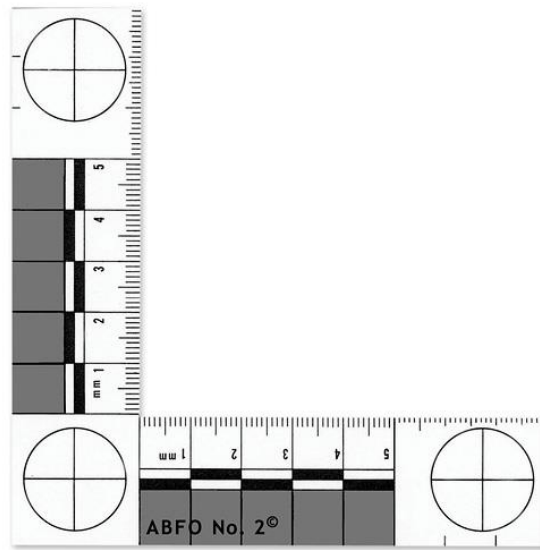


Figura 1. Escala de mordedura N°2 da ABFO

A presença de uma marca de mordida num determinado local ou região poderá estar associada a outras lesões semelhantes no corpo da criança, sendo por isso a inspeção a outras regiões aconselhada (19). Assim, durante o tratamento dentário o Médico Dentista poderá identificar lesões de mordida de natureza traumática, em diferentes regiões do corpo da criança, tais como a região orofacial, a superfície do pescoço, ombros e braços (2).

Deste modo a informação do Médico Dentista em relação às principais características das lesões de mordedura, típicas de situações de agressão, apresenta-se de extrema importância, possibilitando o reconhecimento destas lesões e posterior sinalização do caso (Quadro 12).

Quadro 12. Características das lesões de mordedura não-acidentais

Lesões de mordeduras	
Forma	- Semicircular
Tamanho	- Superior a 3cm
Aspetto	- Dois arcos separados com uma área central com ausência de lesão ou - Dois arcos separados com uma zona central de equimoses (contusões)
Localização Comum	- Pescoço, ombros e braços
Diagnóstico Diferencial	- Lesões acidentais da infância de menor dimensão e consistente com o relato
Evidência de Suspeita	- Inconsistência do relato da natureza da lesão, quer do responsável, quer da criança

3.3.3 Lesões dos freios

Nas lesões dos freios labiais e linguais podem ser encontradas equimoses e lacerações típicas de situações de abuso, especialmente no freio labial. Este tipo de lesão é altamente sugestiva de abuso sexual resultante de sexo oral forçado ou de punição física, através de alimentação forçada (19, 23, 41). Também podem ser encontradas lágrimas no freio labial ou lingual, que consistem numa lesão saliente em forma de lágrima, e que quando presentes são altamente sugestivas de abuso físico e/ou sexual (32, 42).

3.3.4 Queimaduras

Uma das formas de punição física é a realização de queimaduras, quer intraorais causadas pela entrada forçada de alimentos quentes, quer extraorais infligidas como forma de abuso físico, tendo em alguns casos graves consequências visto que para além da dor física, provoca danos estéticos permanentes. A recorrência desta prática é comum e a severidade da agressão vai aumentando, pelo que é imprescindível a rapidez de diagnóstico e atuação (23). As queimaduras podem ser resultado de diversos mecanismos e devem ser avaliadas de acordo com a fonte de calor que as produzem (43). Podem ser resultantes da ação de um líquido (tipo splash ou imersão), alimentos quentes, através da ação direta de uma chama (isqueiro), ou através de objetos quentes tais como cigarros ou ferros de engomar.

As queimaduras por cigarros (Figura 2) são muito frequentes como manifestação de punição física ou como sinal de abuso. Nestes casos as lesões observadas são múltiplas e apresentam maior gravidade que as queimaduras acidentais, devido ao prolongar do tempo de contato (Quadro 13) (23, 44).



Figura 2. Queimadura por cigarro (32)

Quadro 13. Características da queimadura típica de abuso

Queimaduras não-acidentais
1. Simétricas
2. Múltiplas
3. Padrões de imersão e de splash
4. Padrão de contato – lesão modulada
5. Localização comum na região intraoral, nas nádegas, mãos, pés e órgãos genitais

As queimaduras provocadas pela ação de um líquido tipo splash são preferencialmente observadas no segmento superior do corpo, tronco, cabeça e membros, apresentando padrões característicos do derrame do líquido sobre a superfície cutânea, em forma de seta. As áreas de queimadura provocadas por imersão apresentam características muito específicas, como a localização na superfície dorsal do corpo, conservando sãs as zonas das pregas subcutâneas em resultado da posição verificada no momento da imersão da vítima no líquido (Figura 3) (32, 44).

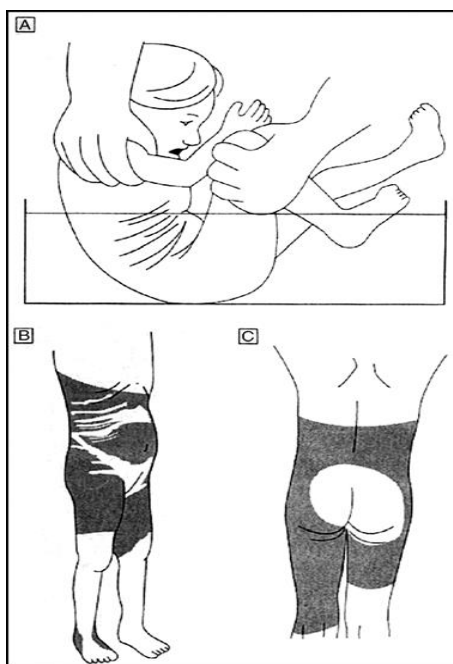


Figura 3. Áreas de queimadura provocadas pela imersão de um líquido quente. Fonte: Kos, Liborka 2006 (32)

As queimaduras são, regra geral, de fácil diagnóstico uma vez que a maioria das lesões provocadas são moduladas (aparentam a forma do objeto que lhes deu origem) e mais graves do que as lesões acidentais provocadas pelos mesmos objetos (23).

Deste modo as lesões por queimadura, quando presentes, devem ser detalhadamente descritas e classificadas segundo a sua localização, profundidade (Quadro 14), extensão, padrão e mecanismo responsável. Deve ser sempre considerado que o tratamento destas lesões e o decorrer da cicatrização podem alterar o aspeto das queimaduras, alterando a fiabilidade do diagnóstico. Consequentemente, um correto registo fotográfico das lesões no momento da avaliação deve ser efetuado pelo Médico Dentista (44).

Quadro 14. Classificação das queimaduras segundo a sua profundidade

Grau atribuível às queimaduras	
Grau I	Superficiais, limitadas à epiderme
Grau II	Atingem a epiderme e a derme
Grau III	Atingem todas as camadas da derme e tecido conjuntivo subjacente, perda da integridade cutânea
Grau IV	Carbonização (atinge a pele, músculos e ossos)

Deve também o profissional obter outras informações médicas, através do médico assistente, da equipa de enfermagem ou do perito forense e deve também entrevistar os pais ou responsáveis e a criança separadamente e em conjunto, observando a interação entre eles e a possível inconsistência dos relatos (43).

3.3.5 Equimoses

Uma equimose é uma lesão superficial derivada da infiltração tecidual de sangue extravascular, por consequência da rotura de um ou mais vasos sanguíneos causada por um instrumento contundente.

Apesar de serem frequentes e sem qualquer relação com casos de abuso, as equimoses podem estar presentes como consequência de lesões não acidentais em localizações muito típicas tais como, o couro cabeludo, a região periorbital, perioral, retro-auricular, pescoço, malar, braços, região torácica e abdominal e região glútea. Em casos de lesões acidentais, as regiões mais envolvidas são a face anterior do corpo, região frontal e mentoniana, região occipital e proeminências ósseas (23, 33, 45).

As equimoses podem ser divididas de acordo com a dimensão que apresentam. Podem ser equimoses inferiores a 1,5cm (associadas normalmente a pequenos acidentes), equimoses múltiplas com padrão modular e equimoses com dimensões superiores a 3 e 5 cm características de mordedura.

A tonalidade das equimoses varia consoante a evolução da cicatrização, apresentando uma sequência colorimétrica constante, resultado da degradação da hemorragia extravasada dos vasos sanguíneos (Quadro 15). No entanto o profissional, durante a avaliação deve ter em atenção que o valor cronológico destas alterações é relativo, uma vez que sofre influência de fatores como a localização, extensão e características da vítima como o sexo e a idade. As equimoses são classificadas consoante o espectro de cores associada ao tempo de cicatrização, sendo que podem apresentar tonalidades que passam pelo avermelhado, azulado, arroxeadado, esverdeado, amarelado e acastanhado (23).

Quadro 15. Estádios de cicatrização: Relação entre a coloração de equimoses e o tempo de cicatrização

Espectro colorimétrico da equimose	
1.	Vermelho – roxo escuro: minutos a horas (até 2 dias)
2.	Violáceo: 2 a 3 dias
3.	Azulado: 2 a 6 dias
4.	Esverdeado: 5 a 17 dias
5.	Amarelado: 7 a 17 dias ou mais

Se a história do relato for incompatível com a data da produção da lesão e o nível de cicatrização, se houver atraso na procura de tratamentos ou cuidados de saúde, se estas lesões apresentarem localizações incomuns, já referidas anteriormente, se forem múltiplas com diversos estádios de cicatrização, se forem bilaterais, simétricas e moduladas, e se estiverem associadas a queimaduras, hematomas ou fraturas, então o profissional da saúde deverá sinalizar e fazer a denúncia, pois é muito provável estar perante um caso de abuso físico.

3.3.6 Traumatismo Dentário

Um traumatismo é o resultado de uma força externa que pode causar lesão ou dano corporal. Trauma ocorrido na região orofacial pode provocar lesão dos tecidos moles e duros, sendo que o dano na região dentoalveolar é comum. Deste modo o trauma dentário ocorre em consequência de forças violentas, decorridas de situações de abuso, podendo manifestar-se sob a forma de fraturas, intrusão e avulsão (23, 41, 46).

No entanto as lesões provocadas intencionalmente assemelham-se a lesões acidentais, pelo que à semelhança das outras manifestações orais, é importante determinar a plausibilidade do relato fornecido associando-o a outras lesões que complementem uma história abusiva nomeadamente equimoses, mordeduras ou lacerações (41).

Vários sistemas de classificação de lesões dentárias foram propostos, sendo as mais utilizadas a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual foi baseada a classificação de Andreasen, que é igualmente utilizada. Na classificação de Andreasen, a modificação segundo o sistema adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), inclui a aplicação dos termos: não complicada e complicada, concussão, subluxação e luxação lateral (Quadro 16) (23, 47, 48). Deste modo, ambas as classificações podem ser aplicadas, sendo a classificação de Andreasen mais detalhada quanto às características do trauma.

Quadro 16. Classificações mais comuns do trauma dentário

Classificação de Andreasen	Organização Mundial de Saúde (OMS)
1. Fratura coronária não complicada (Esmalte e dentina)	1. Fratura de esmalte
2. Fratura coronária complicada (Esmalte, dentina e polpa dentária)	2. Fratura coronária (sem envolvimento da polpa dentária)
3. Fratura corono-radicular não complicada (Esmalte, dentina e cimento)	3. Fratura coronária (com envolvimento da polpa dentária)
4. Fratura corono-radicular complicada (Esmalte, dentina, cimento e polpa dentária)	4. Fratura radicular
5. Fratura radicular (Esmalte, dentina, cimento e polpa dentária)	5. Fratura corono-radicular
6. Concussão (Lesão das estruturas de suporte, sem mobilidade nem deslocamento do dente, reação à percussão)	6. Fratura inespecífica
7. Subluxação (Lesão das estruturas de suporte, mobilidade, sem deslocamento do dente)	7. Luxação
8. Luxação intrusiva (Intrusão - Deslocamento do dente para o interior do osso alveolar)	8. Intrusão ou Extrusão
9. Luxação extrusiva (Deslocamento parcial do dente para fora do alvéolo)	9. Avulsão
10. Luxação lateral (Deslocamento parcial do dente numa direção não axial - mesial ou distal, vestibular ou palatina)	10. Outras lesões como laceração de tecidos moles
11. Avulsão (Deslocamento total do dente para fora do alvéolo)	

Contudo, é de referir que para o profissional de saúde conseguir diagnosticar um quadro abusivo, outras características serão de valorizar. Edemas ou equimoses no terço inferior da face, mordidas abertas com alterações na cinemática mandibular ou com alterações incomuns do plano oclusal, crepitações articulares, assimetrias da face, dificuldade na abertura bucal e nos movimentos de lateralidade são sinais, que em conjunto com o traumatismo dentário, podem sugerir uma história abusiva na criança (23, 46).

As lesões dentárias podem ser resultado de um traumatismo direto, que ocorre quando o impacto é transmitido diretamente ao dente, originando fraturas nos dentes anteriores, ou resultado de traumatismo indireto, através de um mecanismo de encerramento violento da cavidade oral, que favorece as fraturas dos dentes posteriores, molares e pré-molares (49).

Em consequência destes traumatismos orofaciais podem decorrer outras lesões associadas como deslocamentos da articulação temporomandibular e fratura mandibular, entre outros, pelo que o Médico Dentista deverá realizar exames e testes clínicos que o possam orientar para um melhor diagnóstico, e que devem consistir na observação visual, seguindo-se dos testes de vitalidade pulpar, percussão horizontal e vertical, exames radiográficos e manipulação da articulação temporomandibular (23). Logo a seguir à avaliação das estruturais orais e periorais, o clínico deverá efetuar o registo fotográfico e documentar a história das sequelas e o seu mecanismo de indução.

3.3.7 Síndrome de “Shaken Baby”

Este síndrome é caracterizado pela existência de hemorragia subdural, subaracnoideia, hemorragias retinianas, lesão axonal difusa, associadas a fraturas dos ossos longos e sem lesões externas na região da cabeça. É observado em crianças com idades inferiores a 2 anos, sendo no entanto mais prevalente abaixo dos 6 meses de idade. A sua designação deriva da forma como o agressor provoca a lesão na criança vitimizada, agarrando-a pelos membros superiores ou inferiores e pelo tórax, abanando-a repetidamente, fazendo com que a cabeça se desloque no sentido dos abanões. Estes movimentos repetidos provocam mecanismos de aceleração/desaceleração responsáveis pelas lesões observadas. Em situações excecionais, podem coexistir com este síndrome, lesões externa da cabeça, na eventualidade de ter ocorrido um impacto com alguma superfície, podendo assim estar associado a lesões como equimoses e hematomas (23, 33, 50-52).

3.3.8 Manifestações de lesões sexualmente transmissíveis

As doenças sexualmente transmissíveis constituem um forte indicador de abuso sexual. Os agentes etiológicos mais comuns transmitidos por via sexual são a *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Treponema pallidum*, Vírus da imunodeficiência humana (VIH), Papiloma vírus humano (HPV) e Vírus herpes simplex (HSV) (23).

Treponema Pallidum

Treponema pallidum é uma bactéria anaeróbia, gram - do grupo das espiroquetas. Apresenta uma forma filamentosa e é o agente etiológico da Sífilis, sendo facilmente transmissível por sexo oral, beijos e qualquer contato íntimo (sífilis adquirida) ou através da placenta da mãe para o feto (sífilis congénita) (53, 54).

A sífilis apresenta duas fases clínicas, a precoce e a tardia, sendo que a fase precoce é a mais contagiosa e inclui as formas primária e secundária e a fase tardia, que inclui a sífilis terciária (55).

A sífilis primária surge no local da inoculação, em média três semanas após a infeção e apresenta-se como uma pápula assintomática, de coloração rosada que evolui para um vermelho mais intenso. Na cavidade oral as lesões aparecem como úlceras indolores endurecidas associadas ao alargamento dos nódulos linfáticos submandibulares e cervicais, sendo que a lesão é geralmente única e cura-se espontaneamente sem deixar cicatrizes. Os locais mais afetados são a língua, gengiva, palato mole e os lábios (53).

A sífilis secundária desenvolve-se através da disseminação hematogénica, 2 a 12 semanas após o contato com o organismo, e atinge caracteristicamente as regiões palmares e plantares. As pápulas adquirem uma forma arredondada, de superfície plana, recobertas por discretas escamas. Na face, estas pápulas tendem a agrupar-se em torno do nariz e na região perioral. Quanto ao envolvimento oral da sífilis secundária, verifica-se múltiplas placas dolorosas, cobertas por pseudomembranas brancas rodeadas por eritemas, sendo as localizações orais mais comuns o palato mole, a língua e a mucosa vestibular (53, 55)

A sífilis terciária é muito rara e pode ocorrer três anos ou mais após a infeção inicial. Aparece em pacientes não tratados, desenvolvendo lesões aparentemente isoladas ou em pequeno número, assimétricas, endurecidas e com pouca inflamação. Ocorre principalmente no palato duro, mas também pode surgir na língua, lábios e palato mole, sendo que a presença desta forma de sífilis na língua é insidiosa e assintomática, provocando espessamento e endurecimento da mesma (53-55).

Contudo, embora seja pouco comum em crianças, a sífilis quando presente é um forte indicador de abuso sexual (6).

No que diz respeito ao diagnóstico das lesões orais da sífilis os Médicos Dentistas, visto que são geralmente os primeiros a examinar estas lesões, devem efetuar biópsia como exame de diagnóstico, seguindo-se a recolha de sangue a fim de realizar os testes sorológicos (teste não treponémico, VDRL - Venereal Disease Research Laboratory) (53, 56, 57).

Papiloma Vírus Humano

O Papiloma Vírus Humano (HPV) é conhecido por estar associado a uma variedade de lesões orais benignas tais como o papiloma escamoso, verruga vulgar, condiloma acuminado, hiperplasia epitelial focal, leucoplasia pilosa, leucoplasia, hiperplasia papilar, fibroma, líquen plano e carcinoma verrucoso (58).

O Condiloma Acuminado pode ser sexualmente transmissível por contato orogenital e embora raro na cavidade oral, consiste numa lesão nodular branca ou rosa, de pequena dimensão, única ou múltipla e pediculada com aspeto de couve-flor (6).

O carcinoma verrucoso é uma variante do carcinoma de células escamosas, e tem uma morfologia e comportamento clínico característico. Pode ser observado na mucosa oral e na gengiva, sendo caracterizado clinicamente como uma lesão exofítica em forma de couve-flor ou como uma lesão verrucosa, localmente agressiva, mas bem circunscrita (58).

Neisseria Gonorrhoeae

A gonorreia é uma infeção bacteriana frequente, causada pela *Neisseria gonorrhoeae*, um diplococo Gram-negativo. A sua transmissão é feita exclusivamente através de contato sexual, sendo que um resultado positivo na cultura para gonorreia numa criança vitimizada indica geralmente um quadro de abuso sexual (6, 59).

Esta é das doenças sexualmente transmissíveis mais frequentes entre as crianças que sofreram de abuso sexual, manifestando-se sintomaticamente nos lábios, língua, palato, face e na faringe, variando de eritema à ulceração e de lesões vesículo-pustulares a pseudomembranosas (6).

3.4 O papel do Médico Dentista face ao abuso

A deficiente formação profissional sobre o abuso é uma lacuna existente entre Médicos Dentistas, que podem de alguma forma conseguir detetar casos abusivos ou negligentes em crianças. É essencial que os Médicos Dentistas tenham conhecimento das questões legais que envolvem estes casos e do seu dever de deteção e de sinalização às entidades competentes, bem como aceder aos métodos de diagnóstico possíveis para confirmar suspeitas de abuso (23, 60). O Médico Dentista está numa situação privilegiada para detetar estas situações uma vez que é na região orofacial que em 50 a 75% das vezes ocorrem lesões características de abuso (12), e também é o profissional de saúde que contacta numa fase inicial com as crianças vitimizadas.

No momento da avaliação das lesões suspeitas, se o relato da história dessa mesma lesão, feito pela vítima ou por terceiros, não for consistente, é de suspeitar estar-se perante um caso de abuso (23).

Após essa perceção, o Médico Dentista deverá recolher não só toda a história clínica e médica do paciente, como realizar a anamnese das lesões encontradas através de formulários que registem a história da lesão. É nestes formulários que deve constar o relato feito pela criança e pelos responsáveis ou cuidadores. Se a hora relatada da lesão coincidir com o prazo máximo de 72 h, o Médico Dentista deverá realizar um exame físico imediato, sendo crucial observar e fotografar todas as lesões uma vez que, com o tempo, elas vão cicatrizando e desaparecendo (23).

A documentação apropriada da criança fisicamente agredida ou negligenciada inclui sempre que possível a descrição do ferimento, fotografias (Quadro 17) e radiografias orais das estruturas ósseas e dentárias envolvidas, bem como o relato das circunstâncias que levaram ao momento da agressão (4, 18).

Quadro 17. Documentar e Fotografar uma lesão

Registo da lesão
1. Fotografia da face para identificação;
2. Três fotografias da lesão com diferentes aproximações;
3. Usar escala de cores (para documentar com fidelidade a representação da cor nas fotografias);
4. Fotografar sem régua;
5. Fotografar com régua (escala Nº2 da American Board of Forensic Odontology – ABFO) orientada a 90°;
6. As imagens devem ser armazenadas com o número identificativo do processo, data e hora da execução das fotografias, o local onde foram realizadas e o nome do fotógrafo/perito.

Uma grande preocupação que se coloca no ato de realizar ou não a denúncia, é o medo de que o diagnóstico esteja incorreto, provocando com a respetiva denúncia, a subtração da criança do seu ambiente familiar e também o medo de que possa vir a provocar graves consequências, não só para a família da criança, como para si mesmo (60). Posto isto, a realização do diagnóstico de um quadro clínico abusivo poderá ser feito por uma equipa multidisciplinar, sendo por estas razões, importante que os Médicos Dentistas partilhem as suas incertezas ou dúvidas com outros profissionais mais experientes ou peritos, pois qualquer opinião pode contribuir com parte vital de informações necessárias para iniciar o processo de denúncia e para a efetiva proteção da criança. É igualmente importante que o diagnóstico seja estabelecido rapidamente e a consequente sinalização seja efetuada, pois qualquer atraso maior poderá predispor a criança novamente a um novo risco (61).

Após a firme suspeita de um caso de abuso de menores, será da responsabilidade do Médico Dentista a comunicação às autoridades policiais (PSP, GNR), aos serviços de segurança social ou às entidades sinalizadoras de abusos de menores (instituições de apoio à infância/juventude), denúncia esta que está contemplada no artigo 242.º do Código de Processo Penal “Denúncia obrigatória” (2). Contudo, se existirem dúvidas na realização ou não da denúncia, deve o Médico Dentista consultar ou o pediatra da criança ou um assistente social, as autoridades locais ou um Médico Dentista Perito.

Enquadramento Legal

A nível legal, o papel do Médico Dentista prende-se com a natureza dos crimes que envolvem menores. Na maioria dos casos, já falados anteriormente, os crimes assumem natureza pública, impondo assim ao Ministério Público, depois de tomar conhecimento da notícia do crime, a legitimidade para promover o processo. São exemplos os crimes contemplados no artigo 48º do Código do Processo Penal, os crimes de “violência doméstica”, de “maus tratos”, os crimes “contra a liberdade sexual de menores” e os crimes “contra a autodeterminação sexual”, com exceção do artigo 173.º do Código Penal (23). A lei prevê que nos casos de suspeita de qualquer um destes crimes contra menor de idade, acima referidos, a obrigação de sinalização, nos termos do artigo 242º do Código do Processo Penal.

Os crimes contra a integridade física simples, ofensas à integridade física por negligência, ameaças, coação sexual, alguns crimes contra a autodeterminação sexual, crimes contra a reserva da vida privada, gravações e fotografias ilícitas, furto simples, são considerados crimes de natureza semi-pública, ou seja, nestes tipos de crimes, o Ministério Público só promove o processo se a vítima lhe der conhecimento do facto, pois só ela tem legitimidade para apresentar queixa. No entanto, um crime só deixa de depender de queixa quando for praticado contra menor de 14 anos e quando o agressor for um dos pais ou responsáveis pela criança.

Lei Protecção Crianças e Jovens em Perigo, do Capítulo IV - Comunicações

Artigo 66º - Comunicação das situações de perigo por qualquer pessoa

1 - Qualquer pessoa que tenha conhecimento das situações previstas no artigo 3.º (Legitimidade da intervenção) pode comunicá-las às entidades com competência em matéria de infância ou juventude, às entidades policiais, às comissões de protecção ou às autoridades judiciárias.

2 - Caso a comissão de protecção não esteja instalada ou quando não tenha competência para aplicar a medida adequada, designadamente sempre que os pais da criança ou do jovem expressem a sua vontade quanto ao seu consentimento ou à não oposição para a futura adopção, as entidades devem comunicar a situação de perigo directamente ao Ministério Público.

3 - A comunicação é obrigatória para qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou do jovem.

Capítulo 4 - Conclusão

Os maus-tratos infantis e a violência doméstica são uma realidade da qual ainda se desconhece a verdadeira incidência. Só após a década de 80 se começou a dar especial atenção a este problema através de instituições direcionadas à proteção infantil e à promoção de ações de sensibilização junto da opinião pública, tais como o Instituto de Apoio à Criança, o Centro de Estudos Judiciários e a Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria (24).

Apesar da obrigação legal, muitos profissionais de saúde não denunciam as suas suspeitas de abuso, ou porque têm formação insuficiente para reconhecer as manifestações clínicas de abuso ou porque apresentam dúvidas no seu diagnóstico, carecendo de meios adicionais de diagnóstico e de informações clínicas.

A ideia generalizada de que os serviços de proteção de crianças e jovens são ineficazes, o desconhecimento sobre o que acontece depois da denúncia, a falta de conhecimento dos protocolos de sinalização, o medo de ter que testemunhar em tribunal, o medo de cometer erros e de acusar injustamente, o sigilo profissional e o receio do impacto económico negativo junto dos pacientes, são algumas das razões invocadas pelo profissional de saúde, designadamente pelos Médicos Dentistas, para não sinalizarem as suas suspeitas (4).

Uma vez que a região orofacial se encontra envolvida na maioria das crianças vítimas de abuso, o Médico Dentista Odontopediatra é o profissional que se encontra numa posição mais favorável para reconhecer e detetar os sinais e sintomas característicos de abuso nas crianças (14). Deste modo, o Odontopediatra deve estar ciente que, quando confrontado com lesões orofaciais incomuns, especialmente acompanhadas de outras lesões na cabeça e no corpo, deve considerar a suspeita, principalmente se na opinião do Médico Dentista Odontopediatra, a natureza das lesões for inconsistente com a explicação histórica e cronológica da sua origem (39).

Nenhum quadro clínico é patognomónico de abuso ou maus-tratos, mas há que estar atento aos sinais de alarme (indicadores), sendo de valorizar que todas as tipologias de abuso (negligência, abuso emocional, físico ou sexual) na criança decorrem de fatores de risco diversos, devendo estes ser considerados na avaliação da história da lesão. A consciência das consequências a longo prazo de maus tratos devem encorajar o profissional para intervenções eficazes no sentido de proteger as crianças da violência (27), uma vez que estão obrigados à denúncia segundo o Artigo 242.º do Código de Processo Penal - “Denúncia Obrigatória”.

Todos os profissionais de saúde dentária devem entender que o seu testemunho pode ser necessário para futuros processos judiciais, pelo que se torna imprescindível manter todos os registros fotográficos, radiográficos e documentação da história da lesão, para futura análise pelas autoridades competentes.

Em suma, a chave para a suspeita e deteção de abuso infantil envolve a identificação de uma inconsistência da história da lesão relatada, quer pelos pais, quer pela criança, a presença de achados clínicos suspeitos no exame físico e a presença de fatores de risco associados a cada tipo de abuso (9).

Deste modo, o principal papel de um Médico Dentista Odontopediatra é o de intervir em qualquer forma de violência e não de tentar resolver conflitos individuais ou fornecer aconselhamento a vítimas de abuso ou a respetivos cuidadores, uma vez que, além de estar fora do âmbito da medicina dentária, poderia em alguns casos, resultar em maior prejuízos que benefícios (39).

Assim, o papel fundamental do Odontopediatra quando confrontado com a violência e o abuso, é o de reconhecer sinais e sintomas característicos, discutir em privado com a criança vitimizada as suas preocupações ou receios e por fim, além de recolher e guardar toda a documentação da história da lesão, deve saber para onde encaminhar estas vítimas de abuso.

É de ressaltar que este trabalho procede da literatura referenciada, tornando evidente que o tema em questão tem um inquestionável potencial para prosseguir em distintos níveis de análise mais fina, recorrendo a ferramentas legais e aos métodos teóricos elencados, de modo a instruir alunos, futuros médicos dentistas, na deteção precoce de abuso ou negligência, visando antecipar e conseqüentemente atuar na prevenção e sinalização de novos casos.

Capítulo 5 - Referências Bibliográficas

Bibliografia

1. Peden MM, UNICEF., World Health Organization. World report on child injury prevention. Geneva, Switzerland New York, NY: World Health Organization ;nUNICEF; 2008. xvii, 211 p. p.
2. Nuzzolese E, Lepore M, Montagna F, Marcario V, De Rosa S, Solarino B, et al. Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention. *International journal of dental hygiene*. 2009 May;7(2):96-101. PubMed PMID: 19413546. Epub 2009/05/06. eng.
3. Convention on the Rights of the Child, 20 November 1989. Annual review of population law. 1989;16:95, 485-501. PubMed PMID: 12344587. Epub 1989/01/01. eng.
4. Crespo M, Andrade D, Alves AL, Magalhaes T. [The dentist's role in the child abuse: diagnosis and report]. *Acta medica portuguesa*. 2011 Dec;24 Suppl 4:939-48. PubMed PMID: 22863503. Epub 2012/08/17. O papel do medico dentista no diagnostico e sinalizacao do abuso de criancas.
5. Thomas JE, Straffon L, Inglehart MR. Child abuse and neglect: dental and dental hygiene students' educational experiences and knowledge. *Journal of dental education*. 2006 May;70(5):558-65. PubMed PMID: 16687641. Epub 2006/05/12. eng.
6. Massoni AC, Ferreira AM, Aragao AK, de Menezes VA, Colares V. [Orofacial aspects of childhood abuse and dental negligence]. *Ciencia & saude coletiva*. 2010 Mar;15(2):403-10. PubMed PMID: 20414607. Epub 2010/04/24. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligencia odontologica. por.
7. Lewis T, Thompson R, Kotch JB, Proctor LJ, Litrownik AJ, English DJ, et al. Parent-youth discordance about youth-witnessed violence: associations with trauma symptoms and service use in an at-risk sample. *Child abuse & neglect*. 2012 Nov-Dec;36(11-12):790-7. PubMed PMID: 23153569. Epub 2012/11/17. eng.
8. Russell M, Lazenbatt A, Freeman R, Marcenes W. Child physical abuse: health professionals' perceptions, diagnosis and responses. *British journal of community nursing*. 2004 Aug;9(8):332-8. PubMed PMID: 15365472. Epub 2004/09/15. eng.
9. Swerdlin A, Berkowitz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2007 Sep;57(3):371-92. PubMed PMID: 17707148. Epub 2007/08/21. eng.
10. Laud A, Gizani S, Maragkou S, Welbury R, Papagiannoulis L. Child protection training, experience, and personal views of dentists in the prefecture of Attica, Greece.

International journal of paediatric dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children. 2013 Jan;23(1):64-71. PubMed PMID: 22429739. Epub 2012/03/21. eng.

11. Uldum B, Christensen HN, Welbury R, Poulsen S. Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. International journal of paediatric dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children. 2010 Sep 1;20(5):361-5. PubMed PMID: 20642464. Epub 2010/07/21. eng.

12. Kiran K, Kamala BK. Child abuse and the role of a dental professional--the Indian scenario. Child abuse & neglect. 2011 Mar;35(3):157-8. PubMed PMID: 21481457. Epub 2011/04/13. eng.

13. Lyden C. Caring for the victim of child abuse in the pediatric intensive care unit. Dimensions of critical care nursing : DCCN. 2009 Mar-Apr;28(2):61-6. PubMed PMID: 19225314. Epub 2009/02/20. eng.

14. Lincoln HS, Lincoln MJ. Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. Forensic science international. 2010 Sep 10;201(1-3):68-73. PubMed PMID: 20417041. Epub 2010/04/27. eng.

15. Senn DR, McDowell JD, Alder ME. Dentistry's role in the recognition and reporting of domestic violence, abuse, and neglect. Dental clinics of North America. 2001 Apr;45(2):343-63, ix. PubMed PMID: 11370459. Epub 2001/05/24. eng.

16. Pretty IA. Forensic dentistry: 2. Bitemarks and bite injuries. Dental update. 2008 Jan-Feb;35(1):48-50, 3-4, 7-8 passim. PubMed PMID: 18277695. Epub 2008/02/19. eng.

17. Kellogg N. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. Pediatrics. 2005 Dec;116(6):1565-8. PubMed PMID: 16322187. Epub 2005/12/03. eng.

18. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. Pediatric dentistry. 2005;27(7 Suppl):64-7. PubMed PMID: 16541897. Epub 2006/03/18. eng.

19. Crane J. Interpretation of non-genital injuries in sexual assault. Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology. 2013 Feb;27(1):103-11. PubMed PMID: 23200739.

20. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child abuse and neglect: diagnosis and management. Deutsches Arzteblatt international. 2010 Apr;107(13):231-39; quiz 40. PubMed PMID: 20396522. Pubmed Central PMCID: 2855177. Epub 2010/04/17. eng.

21. Manea S, Favero GA, Stellini E, Romoli L, Mazzucato M, Facchin P. Dentists' perceptions, attitudes, knowledge, and experience about child abuse and neglect in northeast Italy. *The Journal of clinical pediatric dentistry*. 2007 Fall;32(1):19-25. PubMed PMID: 18274465. Epub 2008/02/16. eng.
22. Montecchi PP, Di Trani M, Sarzi Amade D, Bufacchi C, Montecchi F, Polimeni A. The dentist's role in recognizing childhood abuses: study on the dental health of children victims of abuse and witnesses to violence. *European journal of paediatric dentistry : official journal of European Academy of Paediatric Dentistry*. 2009 Dec;10(4):185-7. PubMed PMID: 20073544. Epub 2010/01/16. eng.
23. Magalhaes T. Abuso de Crianças e Jovens. *Abuso de Crianças e Jovens 2010*. p. 240.
24. Nunes P, Raminhos I. Maus-tratos infantis - a realidade de um hospital distrital!2010.
25. Dubowitz H, Bennett S. Physical abuse and neglect of children. *The Lancet*.369(9576):1891-9.
26. Magalhaes T. Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. 4ª ed 2005.
27. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*. 2012;9(11):e1001349. PubMed PMID: 23209385. Pubmed Central PMCID: 3507962.
28. May-Chahal C, Cawson P. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*. 2005 Sep;29(9):969-84. PubMed PMID: 16165212.
29. Kenney JP. Domestic violence: a complex health care issue for dentistry today. *Forensic science international*. 2006 May 15;159 Suppl 1:S121-5. PubMed PMID: 16545531.
30. Harris J. Dental neglect in children. *Paediatrics and Child Health*. 2012;22(11):476-82.
31. Taveira F, Frazao S, Dias R, Matos E, Magalhaes T. [Intra and extra-familial sexual abuse]. *Acta medica portuguesa*. 2009 Nov-Dec;22(6):759-66. PubMed PMID: 20350459. O abuso sexual intra e extra-familiar.
32. Kos L, Shwayder T. Cutaneous manifestations of child abuse. *Pediatric dermatology*. 2006 Jul-Aug;23(4):311-20. PubMed PMID: 16918624.
33. Skellern C, Donald T. Suspicious childhood injury: formulation of forensic opinion. *Journal of paediatrics and child health*. 2011 Nov;47(11):771-5. PubMed PMID: 20598073.
34. Willumsen T. The impact of childhood sexual abuse on dental fear. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2004;32(1):73-9.

35. Santos JF, Cavalcanti AL, Nunes KS, Silva EC. Primary identification of an abused child in dental office: a case report. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2007 Oct-Dec;25(4):191-3. PubMed PMID: 18007107. Epub 2007/11/17. eng.
36. Sirotnak AP, Grigsby T, Krugman RD. Physical abuse of children. *Pediatrics in Review*. 2004;25(8):264-77.
37. Cairns AM, Mok JY, Welbury RR. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *International journal of paediatric dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*. 2005 Sep;15(5):310-8. PubMed PMID: 16128994. Epub 2005/09/01. eng.
38. Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents--a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dental traumatology : official publication of International Association for Dental Traumatology*. 2010 Apr;26(2):149-53. PubMed PMID: 20070347.
39. Avon SL. Forensic odontology: the roles and responsibilities of the dentist. *J Can Dent Assoc*. 2004 Jul-Aug;70(7):453-8. PubMed PMID: 15245686. Epub 2004/07/13. eng.
40. Pretty IA. Development and validation of a human bite mark severity and significance scale. *Journal of forensic sciences*. 2007 May;52(3):687-91. PubMed PMID: 17456096.
41. Maguire S, Hunter B, Hunter L, Sibert JR, Mann M, Kemp AM, et al. Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Archives of disease in childhood*. 2007 Dec;92(12):1113-7. PubMed PMID: 17468129. Pubmed Central PMCID: 2066066.
42. Ermertcan AT, Ertan P. Skin manifestations of child abuse. *Indian journal of dermatology, venereology and leprology*. 2010 Jul-Aug;76(4):317-26. PubMed PMID: 20657110.
43. Hettiaratchy S, Dziewulski P. ABC of burns: pathophysiology and types of burns. *Bmj*. 2004 Jun 12;328(7453):1427-9. PubMed PMID: 15191982. Pubmed Central PMCID: 421790.
44. Toon MH, Maybauer DM, Arceneaux LL, Fraser JF, Meyer W, Runge A, et al. Children with burn injuries--assessment of trauma, neglect, violence and abuse. *Journal of injury & violence research*. 2011 Jul;3(2):98-110. PubMed PMID: 21498973. Pubmed Central PMCID: 3134932.

45. Gondim RMF, Muñoz DR, Petri V. Violência contra a criança: indicadores dermatológicos e diagnósticos diferenciais. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2011;86:527-36.
46. Kumaraswamy SV, Madan N, Keerthi R, Singh DS. Pediatric injuries in maxillofacial trauma: a 5 year study. *Journal of maxillofacial and oral surgery*. 2009 Jun;8(2):150-3. PubMed PMID: 23139495. Pubmed Central PMCID: 3453932.
47. Feliciano KMPdC, Caldas AdF. A systematic review of the diagnostic classifications of traumatic dental injuries. *Dental Traumatology*. 2006;22(2):71-6.
48. Loomba K, Loomba A, Bains R, Bains VK. A proposal for classification of tooth fractures based on treatment need. *Journal of oral science*. 2010 Dec;52(4):517-29. PubMed PMID: 21206153.
49. Santos JA. *Criterios de valoración del daño corporal*: Ediciones Díaz de Santos; 2009.
50. Dias MS, Smith K, Mazur P, Li V, Shaffer ML. Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program. *Pediatrics*. 2005;115(4):e470-e7.
51. Christian CW, Block R. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics*. 2009;123(5):1409-11.
52. Paiva WS, Soares MS, Amorim RL, de Andrade AF, Matushita H, Teixeira MJ. Traumatic brain injury and shaken baby syndrome. *Acta medica portuguesa*. 2011;24(5):805-8.
53. Ficarra G, Carlos R. Syphilis: the renaissance of an old disease with oral implications. *Head and neck pathology*. 2009 Sep;3(3):195-206. PubMed PMID: 20596972. Pubmed Central PMCID: 2811633.
54. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle Syphilis: diagnosis, treatment and control. *An Bras Dermatol*. 2006;81(2):111-26.
55. Vinals-Iglesias H, Chimenos-Kustner E. The reappearance of a forgotten disease in the oral cavity: syphilis. *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal*. 2009 Sep;14(9):e416-20. PubMed PMID: 19415060.
56. Czerninski R, Pikovski A, Meir K, Casap N, Moses AE, Maly A. Oral syphilis lesions- a diagnostic approach and histologic characteristics of secondary stage. *Quintessence international*. 2011 Nov-Dec;42(10):883-9. PubMed PMID: 22026003.
57. Ram, rez-Amador V, Anaya-Saavedra G, Crabtree-Ram, et al. Clinical Spectrum of Oral Secondary Syphilis in HIV-Infected Patients. *Journal of Sexually Transmitted Diseases*. 2013;2013:8.

58. Kumaraswamy KL, Vidhya M. Human papilloma virus and oral infections: an update. *Journal of cancer research and therapeutics*. 2011 Apr-Jun;7(2):120-7. PubMed PMID: 21768696.
59. Hammerschlag MR, Guillen CD. Medical and legal implications of testing for sexually transmitted infections in children. *Clinical microbiology reviews*. 2010 Jul;23(3):493-506. PubMed PMID: 20610820. Pubmed Central PMCID: 2901660.
60. McDonnell ST, Mackie IC. An urgent referral of a suspected case of child abuse. *Br Dent J*. 2008 12/13/print;205(11):593-5.
61. Cairns A, Murphy M, Welbury R. An overview and pilot study of the dental practitioner's role in child protection. *Child Abuse Review*. 2004;13(1):65-72.

Anexos

Anexo 1

Dia 09 de Março de 2013 - Apresentação do poster intitulado “*Odontopediatria – Como fazer a diferença?*”, no congresso “A Saúde em Debate”, organizado pela APMDF – Associação Portuguesa de Medicina Dentária Forense, no Auditório do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.

O objetivo deste trabalho foi a proposta de um anexo à História Clínica de Odontopediatria que oriente os Médicos Dentistas na pesquisa e deteção de lesões típicas de abuso e negligência dentária e melhorar a sensibilidade dos Médicos Dentistas na avaliação e triagem destes casos, através de questionários direcionados ao abuso e negligência infantil.

Assim, esta ficha permite orientar o profissional para um diagnóstico diferencial em casos de suspeita de algum tipo de abuso, ajudando-o na escolha da conduta a adotar em cada caso (Ilustração 1).

Este trabalho recebeu uma menção honrosa, tendo sido distinguido com o Prémio de Melhor Poster (Ilustração 2).

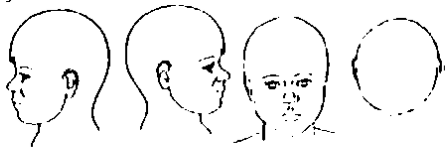
Ilustração 1. Ficha de diagnóstico: lesões orofaciais resultantes de maus tratos na criança

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Unidade Curricular de Odontopediatria



FICHA DE DIAGNÓSTICO: LESÕES OROFACIAIS RESULTANTES DE MAUS TRATOS NA CRIANÇA

Processo Nº: _____

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>1</p> <p>Data de nascimento da criança: _____</p> <p>Sexo: Masculino () Feminino ()</p> <p>Data e hora relatada da agressão: Data ____/____/____ Hora: __h__min__seg</p> <p>Data e hora da apresentação: Data ____/____/____ Hora: __h__min__seg</p> <p>Nome do suspeito e mecanismo de lesão:</p> <p>Local da lesão:</p> <p>Ilustração da lesão:</p>  <p style="text-align: center;">Sinais de agressão orofacial?</p> <p>Lesão no olho: Sim () Não ()</p> <p>Hematoma: Cabeça () Face () Pescoço ()</p> <p>Abrasões: Cabeça () Face () Pescoço ()</p> <p>Lacerações: Cabeça () Face () Pescoço ()</p> <p>Queimaduras: Cabeça () Face () Pescoço ()</p> <p>Mordidas: Cabeça () Face () Pescoço ()</p> <p>Fraturas: Cabeça () Face () Pescoço () S () N ()</p> <p>Laceração no freio labial: Sim () Não ()</p> <p>Laceração no freio lingual: Sim () Não ()</p> <p>Trauma no palato: Sim () Não ()</p> <p>Trauma dentário: Sim () Não ()</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>2</p> <p>Momento da agressão (Se relatou e quem relatou)</p> <p>Local da agressão (Se relatou e quem relatou)</p> <p>Mecanismo da agressão (Se relatou e quem relatou)</p> <p>Manifestação oral de suspeita de abuso sexual? Qual?</p> <p>Impressões quanto à negligência dentária</p> <p>Registo ou impressão da história relatada pelo responsável</p> <p>Registo ou impressão da história relatada pela criança</p> <p>Detalhes e outras observações</p> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>3</p> <p style="text-align: center;">Negligência Dentária</p> <p>Data da suspeita: _____</p> <p>Criança refere sintomatologia? Sim* () Não ()</p> <p>Á quanto tempo?</p> <p>Apresenta cáries rampantes? Sim* () Não ()</p> <p>Sangramento na região orofacial? Sim* () Não ()</p> <p>Trauma orofacial? Sim* () Não ()</p> <p>Que zonas afeta?</p> <p>Já teve tratamento prévio? Sim* () Não ()</p> <p>Que tratamento efectuou?</p> <p>Paciente foi colaborante? Sim () Não* ()</p> <p>Houve continuidade do tratamento? Sim () Não* ()</p> <p>Considera a suspeita de negligência dentária?</p> <p>Sim () Não ()</p> <p>Detalhes e outras observações:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Em caso de suspeita, a lesão deve ser documentada e fotografada</p> <p>1. Fotografia da face para identificação</p> <p>2. Três fotografias da lesão com diferentes aproximações</p> <p>3. Usar escala de cores (para documentar com fidelidade a representação da cor nas fotografias)</p> <p>4. Fotografar sem régua</p> <p>5. Fotografar com régua (escala número dois da American Board of Forensic Odontology - ABFO)</p> <p>6. As imagens devem ser armazenadas com o número identificativo do processo, data e hora da execução das fotografias, o local onde foram realizadas e o nome do fotógrafo/perito</p> </div>

(*) Indicador de eventual suspeita para negligência dentária
Se existir dúvidas a respeito de realizar ou não uma denúncia, deve o médico dentista, consultar o médico da criança, um assistente social, autoridades locais ou até um colega de profissão experiente neste assunto. Para a denúncia, deve contar uma das seguintes entidades: Autoridades Policiais (PSP, GNR), Serviços de Segurança Social, Instituições de apoio à infância/Juventude, Instituto de Reinserção Social, Centros de Saúde, Santa Casa Misericórdia, Comissão nacional de protecção de crianças e jovens em risco (CNPCJR).

Ilustração 2. Poster “Odontopediatria – Como fazer a diferença?”



Odontopediatria – Como fazer a diferença?
Contributo na deteção e sinalização de casos de abuso



Loureiro I.¹, Figueiredo A.², Figueiredo C.³

¹Aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) na Universidade Católica Portuguesa (UCP), Viseu, Portugal
² Mestre em Medicina Dentária, Docente da disciplina de Odontopediatria do MIMD da UCP, Viseu, Portugal
³ Mestre em Medicina Dentária, Pós-Graduada em Medicina Legal e Ciências Forenses pela FMUC, Docente da disciplina de Prótese Removível do MIMD da UCP, Viseu, Portugal

Introdução: A região orofacial encontra-se envolvida na maioria das crianças vítimas de abuso. Em Odontopediatria é de extrema importância que o médico dentista saiba quais as técnicas de avaliação a utilizar quando se depara com uma suspeita, permitindo-lhe um correto diagnóstico diferencial entre lesão accidental e lesão danosa. A história clínica de uma criança fisicamente agredida ou negligenciada deve ser documentada apropriadamente, devendo incluir, sempre que possível, a descrição do ferimento, fotografias intra e extra-orais, radiografias das estruturas envolvidas, bem como o relato das circunstâncias que envolveram o momento da agressão (1,2).

Objetivos: Propor um anexo à História Clínica de Odontopediatria que oriente os médicos dentistas na pesquisa e deteção de lesões típicas de abuso e negligência dentária. Melhorar a sensibilidade dos médicos dentistas na avaliação e triagem destes casos, através de questionários direcionados ao abuso e negligência infantil.

Materiais e Métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica recorrendo aos motores de busca Pubmed, Google Scholar e b-on \ Biblioteca do Conhecimento Online utilizando como palavras-chave abuso infantil, trauma orofacial, negligência infantil, negligência dentária, violência doméstica, sinais de abuso, marcas de mordida, aspectos forenses, abuso infantil em Portugal.

Resultados:

Nenhum quadro clínico é patognomónico de maus tratos em crianças, mas é necessário estar atento aos sinais de alarme!

Registo de informações relacionadas com as manifestações orofaciais dos maus-tratos infantis, adaptado do estudo de Cairns, 2005 (3, 4). O mesmo permitirá o registo dos ferimentos de forma categorizada, além da sua localização.

Manifestações orofaciais: a) Lesões cutâneas; b) Lesões oculares como o hematoma periorbital ou hemorragias retinianas características do Síndrome de *Shaken Baby*; c) Lesões faciais; d) Lesões intra-orais.

No registo de informações, a documentação apropriada da criança fisicamente agredida ou negligenciada inclui sempre que possível a descrição do ferimento, fotografias e radiografias orais das estruturas envolvidas, bem como o relato das circunstâncias que levaram ao momento da agressão (7, 8). Manter e guardar esta informação, poderá vir a dar o seu contributo e testemunho em eventuais processos judiciais, repondo-se assim a verdade dos fatos (4).

A obrigação de denúncia decorre da aplicação do artigo 242º do CPP, que refere a denúncia como obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos (...)

FICHA DE DIAGNÓSTICO: LESÕES OROFACIAIS RESULTANTES DE MAUS TRATOS NA CRIANÇA

Processo Nº: _____

1. Data de nascimento da criança: _____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Data e hora relatada da agressão: Data: ____/____/____ Hora: ____h ____min ____seg

Data e hora da apresentação: Data: ____/____/____ Hora: ____h ____min ____seg

Nome do suspeito e mecanismo de lesão: _____

Local e ilustração da lesão: _____

Sinais de agressão orofacial?

Hematoma*: Cabeça () Face () Pescoço ()

Abrasões*: Cabeça () Face () Pescoço ()

Lacerações*: Cabeça () Face () Pescoço ()

Queimaduras*: Cabeça () Face () Pescoço ()

Marcas de mordida*: Cabeça () Face () Pescoço ()

Fraturas: Cabeça () Face () Pescoço ()

Lesão no olho: Sim () Não ()

Laceração no freio labial: Sim () Não ()

Laceração no freio lingual: Sim () Não ()

Trauma no palato: Sim () Não ()

Trauma dentário: Sim () Não ()

Lesões Dentárias: Avulsão() Luxação() Concussão()

Fratura Dente() Fratura Osso Alveolar() Necrose()

(* descobrir os diversos estados de localização (cor, forma, dimensões, anatomia...)

Em caso de suspeita, a lesão deve ser documentada e fotografada

1. Fotografia da face para identificação
 2. Três fotografias da lesão com diferentes aproximações
 3. Usar escala de cores (para documentar com fidelidade a representação da cor nas fotografias)
 4. Fotografar sem régua e fotografar com régua (escala número dote da American Board of Forensic Odontology - ABFO)
 6. As imagens devem ser armazenadas com o número identificativo do processo, data e hora de execução das fotografias, o local onde foram realizadas e o nome do fotografante.

Se existirem dúvidas na realização ou não da denúncia, deve o médico dentista consultar o pediatra da criança, um assistente social, autoridades locais ou um médico dentista perito. Para a denúncia contactar: autoridades policiais (PSP, GNR), Serviços de segurança social, instituições de apoio à infância/juventude etc...

Momento da agressão (Se relatou e quem relatou)

Local da agressão (Se relatou e quem relatou)

Mecanismo da agressão (Se relatou e quem relatou)

Manifestação oral de suspeita de abuso sexual? Qual?

Impressões quanto à negligência dentária

Registo ou impressão da história relatada pelo responsável

Registo ou impressão da história relatada pela criança

Sinais de infeções orais por agentes causadores de doenças sexualmente transmitidas

Gonorreia: Sim () Não ()

Sífilis: Sim () Não ()

Condiloma acuminado: Sim () Não ()

Eritema e petéquias (na transição palato duro/mole): Sim () Não ()

Marcas de mordida: Sim () Não ()

Considera a suspeita de abuso sexual? Sim () Não ()

Negligência Dentária

4. Data da suspeita:

Criança refere sintomatologia? Sim* () Não ()

À quanto tempo?

Apresenta cáries rampantes? Sim* () Não ()

Sangramento na região orofacial? Sim* () Não ()

Trauma orofacial? Sim* () Não ()

Que zonas afeta?

Já foi feito um diagnóstico? Sim* () Não ()

Já efectuou algum tratamento?

Paciente foi colaborante? Sim () Não* ()

Houve continuidade do tratamento? Sim () Não* ()

Suspeita de negligência dentária? Sim () Não ()

Detalhes e outras observações:

(* Indicador de eventual suspeita para negligência dentária)

Gonorreia: nos lábios, língua ou palato, à qual se pode associar eritemas, úlceras, vesículas com secreção purulenta ou pseudo-membranosa e lesões condilomatosas;

Sífilis: nos lábios (raramente encontrado, mas um teste positivo para o pallidum treponema sugere fortemente abuso sexual);

Condiloma acuminado: nos lábios (lesão única ou múltipla, pediculada, com aspeto de couve flor);

Eritema e petéquias: quando presentes na transição entre palato duro/mole ou pavimento da boca indicam sexo oral forçado;

Marcas de mordidas: presentes na face, pescoço, ombros e braço (5).

A negligência dentária é definida como o menosprezo dos pais ou responsáveis na procura do tratamento para cáries visualmente identificáveis, infeções orais e dor, ou a não prossecução com os tratamentos uma vez informado das condições orais e possibilidades viáveis de terapêutica (3, 6).

Certas patologias orais são facilmente identificadas por pessoas leigas, e baseado nesta suposição e considerando que: a) a patologia oral foi diagnosticada; b) o tratamento necessário foi explicado e compreendido; c) os obstáculos financeiros e de transporte foram eliminados (3), consideraram-se os seguintes parâmetros como indicadores para negligência dentária. (*)

Conclusão: A inclusão de uma área ou anexo à história clínica de Odontopediatria que vise exclusivamente avaliar a possibilidade da criança ser vítima de abuso e/ou negligência, é uma mais valia não só na prevenção de situações de risco, mas também na sua correta identificação. Nesse sentido, serve de orientação no que concerne ao diagnóstico clínico aumentando também a informação entre os profissionais de saúde da área da Odontopediatria para o tema, podendo levá-los a agir prontamente dentro do quadro legal a que os obriga.

Bibliografia:

1. Peden MM, UNICEF, World Health Organization. World report on child injury prevention. Geneva, Switzerland New York, NY: World Health Organization ; UNICEF; 2008. xvii, 211 p. p. 2. Cairns A, Murphy M, Welbury R. An overview and pilot study of the dental practitioner's role in child protection. Child Abuse Review. 2004;13(1):65-72. 3. Massoni AC, Ferreira AM, Aragão AK, de Menezes VA, Colares V. [Orofacial aspects of childhood abuse and dental negligence]. Ciência & saúde coletiva. 2010;15(2):403-10. Epub 2010/04/24. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. 4. Cairns AM, Mok IV, Welbury RB. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. International journal of paediatric dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children. 2005;15(5):310-8. Epub 2005/09/01. 5. Taveira F, Frazão S, Dias R, Matos E, Magalhães T. [Intra and extra-familial sexual abuse]. Acta medica portuguesa. 2009;22(6):759-66. Epub 2010/03/31. O abuso sexual intra e extra-familiar. 6. Nuzzolese E, Lepore M, Montagna F, Marcano V, De Rosa S, Solerino B, et al. Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention. International journal of dental hygiene. 2009;7(2):96-101. Epub 2009/05/06. 7. Guidelines on oral and dental aspects of child abuse and neglect. Pediatric dentistry. 2005;27(7 Suppl):64-7. Epub 2006/03/18. 8. Crespo M, Andrade D, Alves AL, Magalhães T. The dentist's role in the child abuse: diagnosis and report. Acta medica portuguesa. 2011;24 Suppl 4:939-48. Epub 2012/08/17. O papel do médico dentista no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças.