

Andreia Alexandra Marcos Aragão

ABUSO INFANTIL - O papel do médico dentista no seu diagnóstico e atuação legal

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Andreia Alexandra Marcos Aragão

ABUSO INFANTIL - O papel do médico dentista no seu diagnóstico e atuação legal

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Andreia Alexandra Marcos Aragão

ABUSO INFANTIL - O papel do médico dentista no seu diagnóstico e atuação legal

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do
grau de Mestre em Medicina Dentária.

Resumo

A Odontopediatria, em multidisciplinaridade com as Ciências Forenses e outras áreas da saúde, desempenham um papel fundamental no quotidiano das crianças vítimas de maus tratos. O seu dever consiste em denunciar às Entidades Sinalizadoras de Abuso de Crianças, os fatores de risco e indicadores de abuso, tanto a nível físico, como também sexual, emocional ou psicológico, que possam detetar no decurso de uma consulta dentária.

Infelizmente, na sociedade atual existe uma diversidade de tipologias de abuso, das quais, a mais vulnerável se relaciona com crianças e jovens em idade precoce, que, em virtude da sua fragilidade e receio, não são capazes de revelar o flagelo em que vivem.

A sua proteção e acompanhamento devem ser encarados pelo Médico Dentista como uma “norma regulamentada na sua ética profissional”, na medida em que, as regiões mais frequentemente envolvidas são a face e a região oral, podendo servir de diagnóstico, ou ponto de partida para os restantes exames efetuados noutras partes do corpo.

De modo a colmatar o abuso infantil e demonstrar o papel do Médico Dentista no seu diagnóstico e atuação legal, a presente tese foi baseada em artigos publicados nos motores de busca PubMed, ScienceDirect, B-on, entre os anos 2004 e 2015.

O principal objetivo consiste em sensibilizar os Médicos Dentistas para o seu papel na deteção e sinalização das crianças vitimizadas e ao mesmo tempo, evidenciar o seu desempenho na intervenção precoce destes casos.

Conclui-se assim, da pertinência de uma formação do Médico Dentista na área referenciada sobre o abuso e negligência infantil, com a finalidade de prevenir eventuais situações de risco, agindo de forma legal e ajudando este tipo de crianças a minimizar o seu sofrimento, inserindo-as dignamente no seu habitat social.

Abstract

The Odontopediatry, in multidisciplinary with the Forensic Sciences and other areas of health, play a fundamental role in the daily lives of children victims of abuse. It has the duty to report to the Signaling Entities of Child Abuse, the risk factors and indicators of abuse, as to a physical level, as well as sexual, emotional ou psychological, which can detect in the course of a dental appointment.

Unfortunately, in the actual society there is a diversity of abuse tipology, which the most vulnerable relates to children and adolescents at early age, that because of their weakness and fear, are not able to reveal the scourge that they live.

Their protection and monitoring should be faced by the Dentist as a "regulated rule on his professional ethic", in that the most commonly involved areas are the face and the oral region, which may serve as diagnostic, or starting point for the remaining testes performed elsewhere in the body.

In order to address child abuse and demonstrate the role of the Dentist in his diagnosis and legal action, this thesis was based on articles published in PubMed, ScienceDirect, B-On, from 2004 to 2015.

The main objective is to raise awareness among dentists for their role in the detection and signaling of chil victims and at the same time, demonstrate their performance in implementing early interventions in this cases.

In conclusion, there is a relevance on the formation of the Dentists in the refered area about child abuse and neglect, in order to prevent any risk situations, acting legally and helping such children to minimize their suffering, worthily inserting them in their social habitat.

Dedicatórias

Dedico este trabalho:

A **Deus** por me acompanhar em todos os momentos da minha vida e com infinita bondade me abençoou, concedendo-me a oportunidade de concretizar este sonho.

A ti querida **Mãe**, minha mestre na arte da vida, que me ensinaste a viver com honestidade, lealdade e amor ao próximo. Por toda a compreensão, carinho, respeito e ilimitado amor dedicado nos momentos difíceis e de alegria, compartilhando comigo a minha vida. Grata pelo apoio e incentivo que sempre me proporcionaste, mesmo que para isso tivesses que abdicar dos teus sonhos para realização dos meus. Hoje esta vitória também é tua. Tu és a minha grande fonte de inspiração, exemplo e amor incondicional. Bem haja por tudo quanto fizeste por mim.

Ao meu **Pai**, por me fazer feliz, apoiar os meus sonhos nas suas demonstrações de amor, dedicação, compreensão e confiança em tudo pelo qual eu luto e lutarei. Obrigado pelo incentivo na busca do crescimento pessoal e profissional.

À minha **Irmã**, que apesar da distância que muitas vezes nos separa, sempre nos mantemos unidas pela força da amizade e cumplicidade. Obrigado por essa tua inocência que me ensina o verdadeiro valor da vida.

A **Mim** mesma, pois como Fernando Pessoa dizia “ *Deus quer, o homem sonha e a obra nasce*”.

Agradecimentos

Agradecimentos pessoais e sinceros a todos quantos tornaram possível a obtenção deste curso.

Agradecimento à minha querida orientadora **Dra. Rita Rodrigues**, pela disponibilidade, incentivo e simpatia demonstrada e pela atitude aberta que sempre usou em todos os momentos. Bem como pelos conhecimentos transmitidos, que foram uma mais valia na execução desta tese.

Agradecimento muito especial a uma grande amiga **Fátima Colmeais**, que sempre colaborou em tudo o que estava ao seu alcance, estimulando e alimentando-me a esperança para concluir esta caminhada.

Às amigas **Anna Koval** e **Manuela Rocha e Rita Cepeda** pela amizade, carinho e paciência.

Á minha prima **Marta Pires** por me ter ajudado a ultrapassar os momentos difíceis vividos ao longo destes anos de curso.

A todos os **Professores** que me transmitiram conhecimentos e me enriqueceram com o saber.

Índice Geral	Pág.
Índice de figuras	vii
Índice de tabelas	viii
Lista de abreviaturas	ix
INTRODUÇÃO.....	1
DESENVOLVIMENTO	5
I. Materiais e métodos.....	5
II. Fatores de risco e indicadores do abuso	6
III. Tipos de abuso infantil	9
1. Negligência.....	9
2. Negligência Dentária	11
3. Abuso Físico.....	13
4. Abuso Emocional/Psicológico	17
5. Abuso Sexual.....	18
IV. Lesões orofaciais indicadoras de abuso	23
1- Mordeduras.....	23
2- Queimaduras.....	27
3- Equimoses	30
4- Lesões de freio.....	31
5- Traumatismo dentário	32
V. Manifestações orais de doenças sexualmente transmissíveis.....	34
1- Papiloma Vírus Humano	34
2- Treponema pallidum	37
VI. Síndrome de “Shaken-Baby”	39

VII. O papel do Médico Odontopediatra face ao abuso e atuação legal	40
CONCLUSÃO.....	43
BIBLIOGRAFIA	46
ANEXOS	54

Índice de figuras

Pág.

Figura 1. Formulário para o registo de informações relacionadas com as manifestações orofaciais dos maus-tratos infantis.	16
Figura 2. Exemplo de uma marca de mordida humana.....	24
Figura 3. Escala milimétrica nº2 American Board of Forensic.....	25
Figura 4. Marcas de queimaduras.	27
Figura 5. A- Localização das queimaduras acidentais e não acidentais. B- Locais preferenciais de queimaduras de cigarros não acidentais.	28
Figura 6. A- Escaldadura, B- Esterias de zebra, C- Queimadura em luva.....	29
Figura 7. Exemplo de equimose resultante de abuso.....	30
Figura 8. Condiloma acuminado.....	35
Figura 9. Hiperplasia epitelial focal.....	36
Figura 10. Carcinoma verrucoso	36
Figura 11. Manifestação oral de sífilis secundária.	38
Figura 12. Movimento do cérebro causado pelo Síndrome de “Shaken baby”.....	39

Índice de tabelas**Pág.**

Tabela 1. Alguns sinais, sintomas e indicadores de negligência.	10
Tabela 2. Alguns sinais, sintomas e indicadores de maus tratos físicos.	13
Tabela 3. Alguns sinais, sintomas e indicadores de abuso emocional/psicológico.	17
Tabela 4. Alguns sinais, sintomas e indicadores de abuso sexual.	20
Tabela 5. Sinais comportamentais e emocionais indicadores de abuso sexual.	21
Tabela 6. Resumo dos sinais de abuso sexual que se manifestam na região orofacial.	22
Tabela 7. Características típicas das marcas de mordida não-acidentais.	26
Tabela 8. Espectro colorimétrico da equimose.	31
Tabela 9. Classificação de Andreasen.	33
Tabela 10. Registo fotográfico da lesão.	41

Lista de abreviaturas

AAPD Academia Americana de Odontopediatria

OMS Organização Mundial de Saúde

HPV Papiloma Vírus Humano

PSP Polícia de Segurança Pública

GNR Guarda Nacional Republicana

INTRODUÇÃO

Criança maltratada é um termo que se refere a toda a criança ou jovem até aos dezoito anos de idade que seja vítima de qualquer tipo de agressão física ou psicológica, abuso sexual ou negligência, que possa prejudicar a sua saúde e bem-estar ou interferir no seu desenvolvimento normal (Unidade Saúde Familiar Marginal, 2015).

Os maus tratos a crianças são um problema frequente em todo o mundo, e, como sendo a criança, um Ser Social e Humano, esta deve ser respeitada, assegurando-se assim os seus direitos, prescritos em 1989, na Convenção das Nações Unidas (Nuzzolese *et alii.*, 2009).

Além disso, tratando-se de um problema fulcral nas sociedades atuais, transversal a todas as classes sociais, culturais e religiosas, é pertinente que se aborde este tema, de modo a alertar, prevenir e colmatar este problema, sobretudo junto das entidades competentes e de toda a comunidade em geral. Por essa razão, escolheu-se como tema desta monografia “*Abuso infantil- O papel do Médico Dentista no seu diagnóstico e atuação legal*”.

É essencial que os profissionais de saúde recebam formação adequada de forma a desenvolver atitudes necessárias para saber reconhecer vítimas de violência doméstica, designadamente, o abuso infantil. Os primeiros passos para a sua prevenção são o reconhecimento e o relato precoce. É essencial que tenham também um papel ativo na prevenção deste grave problema social, mostrando-se atento a sinais preocupantes nos seus pacientes jovens. As crianças têm o direito de crescer num ambiente de afeto que lhes permita singrar na vida e o Médico Dentista detém a responsabilidade ética, moral e legal de ajudar a proteger este importante direito. Assim, deverá apresentar uma postura atenta e perspicaz, procurando conhecer os seus pacientes e os seus problemas.

Partindo deste introito, este estudo tem como objetivo tecer uma reflexão sobre o assunto e ao mesmo tempo perspetivar o carácter preventivo e interventivo de todos os profissionais de saúde, nomeadamente, o do Médico Dentista, na medida em que face a uma situação em que haja suspeita de maus tratos, o profissional de saúde tem a obrigação de proteger a criança/jovem, prevenir a evolução para o perigo e evitar a

recorrência. É também peremptório sensibiliza-los para o papel que têm na detecção e sinalização das crianças vitimizadas e ao mesmo tempo, evidenciar o seu desempenho na intervenção precoce destes casos.

Para isso, é necessário conhecer em primeiro lugar os indicadores de abuso, que poderão ou não levar a um contexto de risco e identificar os fatores de risco, respetivamente, os de ordem individual, familiar e sociocultural, de modo a recolher o máximo de informações, que ajudarão no diagnóstico.

Por esse motivo, a presente tese baseia-se em várias pesquisas bibliográficas, abrangendo as diferentes tipologias de abuso infantil, fatores de risco e indicadores de abuso, lesões orofaciais associadas, síndrome de Shaken-Baby e o papel do Médico Odontopediatra face ao abuso e sua atuação legal. Foram também analisados artigos escritos em diferentes línguas, nomeadamente, em inglês, publicados nos motores de busca PubMed, ScienceDirect, B-on, entre os anos 2004 e 2015.

Em seguida, procede-se ao estudo dos vários tipos de abuso infantil, que conforme o contexto situacional em que ocorre, podem ser de nível intrafamiliar ou extrafamiliar.

Segundo a ótica de Leça *et alii.* (2011), existe uma multiplicidade de situações que condicionam a prática de maus tratos e que apresentam diferentes formas clínicas, tais como: a Negligência no sentido lato, a Negligência Dentária, o Abuso Físico, Emocional/Psicológico e sexual.

De todas, a que tem maior relevância neste trabalho, é a Negligência Dentária, devido às consequências negativas, que daí podem advir, sobretudo a nível cognitivo, nutricional, físico e comunicacional no desenvolvimento da criança.

De modo a colmatar esse tipo de negligência, urge que o Médico Dentista em trabalho de transdisciplinaridade com outros profissionais de saúde, teça todo o estoril da criança, acompanhando assim o estudo clínico do paciente, também como a presença das dificuldades cognitivas, comportamentais e linguísticas da mesma, de modo a observar fidedignamente as causas que possam afetar o tratamento médico dentário.

Não menos importante, é relevante conhecer também os outros tipos de abuso infantil, designadamente, o de abuso físico, emocional e sexual. Todos eles estão interligados, em virtude de certos comportamentos emocionais, respetivamente, o medo, a angústia, a desconfiança perante os adultos serem consequências de anteriores abusos físicos e mesmo sexuais, que muitas vezes podem ser diagnosticadas pelo Médico Dentista ao longo da consulta e que o ajudam na identificação dos maus tratos.

Por vezes, estes distúrbios comportamentais e emocionais, fazem com que a vítima se afaste de uma consulta de Medicina Dentária, na medida em que se encontra ansiosa, porque tem medo que o médico lhe faça o mesmo que o agressor. É pois importante que o Médico Dentista tenha informação necessária, para que possa avaliar cuidadosamente os sinais que conduzem a qualquer tipo de abuso físico ou sexual. Em caso de dúvida, deve pedir ajuda a especialistas.

As principais lesões orofaciais indicadoras de abuso são as mordeduras, queimaduras, equimoses, lesões de freio e traumatismo dentário. Ao longo dos últimos anos, estas lesões dentárias foram estudadas pela Organização Mundial de Saúde e diagnosticadas por vários sistemas, destacando-se o de Classificação de Andreasen. Este descreve mais pormenorizadamente as características do trauma, em comparação com a que foi proposta pela Organização Mundial de Saúde.

Finalmente, será abordado nesta tese, o papel do Médico Odontopediatra face ao abuso e atuação legal, na medida em que é importante salientar o facto de estes profissionais estabelecerem, na maioria dos casos, um primeiro contacto com a criança vitimizada, por exemplo através do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, mais propriamente, pelo Cheque Dentista.

Cabe assim ao Médico Dentista, após uma suspeita de maus tratos, analisar com toda a veracidade as lesões encontradas, registando-as em formulários, nos quais deve também constar a história da lesão relatada pela criança e pelo seu responsável. Em seguida, deve ser realizado de imediato o exame físico a todo o corpo da criança, sendo fundamental fotografar todas as lesões encontradas.

A documentação deve contemplar para além das fotografias, o relato das circunstâncias que levaram à agressão e a descrição dos ferimentos, assim como todas as radiografias orais das estruturas ósseas e dentárias que foram atingidas.

Para além disso, é importante que o Médico Dentista conheça a legislação, podendo e devendo informar diretamente o Ministério Público, ou o Tribunal da área de residência da vítima, perante as autoridades policiais ou dos serviços- legais e mesmo sinalizar o caso à Comissão De Proteção de Crianças e Jovens, com o objetivo de promover a proteção da criança e de se exercer a ação penal (Crespo *et alii.*, 2011).

Sendo a informação, um elemento fundamental na capacitação dos profissionais para a deteção de casos de maus tratos, o Médico Dentista é deste modo induzido à obrigatoriedade de denúncia às entidades competentes de abuso de crianças, decorrente da aplicação do artigo 242º do Código de Processo Penal.

DESENVOLVIMENTO

I. Materiais e métodos

A tese apresentada baseia-se numa revisão sistemática da literatura científica existente, abrangendo as diferentes tipologias de abuso infantil, fatores de risco e indicadores de abuso, lesões orofaciais associadas, síndrome de Shaken-Baby e o papel do Odontopediatra face ao abuso e sua atuação legal.

Foram selecionados artigos escritos em inglês e português, publicados nos motores de busca PubMed, ScienceDirect, B-on, entre os anos 2004 e 2015.

As palavras-chave utilizadas foram: abuso infantil, violência doméstica, maus tratos, negligência infantil, Medicina Dentária Forense, aspetos médico-legais, aspetos orofaciais, marcas de mordida, doenças sexualmente transmissíveis, síndrome de Shaken-Baby.

Dos artigos encontrados foram excluídos todos os artigos que não contemplaram a informação relevante para o tema em questão e para complementar a informação utilizaram-se dois livros e alguns sites de onde foram recolhidas imagens para ilustrar os vários temas abordados, que se encontram referenciados na bibliografia.

II. Fatores de risco e indicadores do abuso

Os indicadores de abuso podem ser identificados através de um conjunto de sinais e sintomas que podem afetar todo e qualquer Ser Humano vítima de maus tratos. Em caso de sinais de alerta, que reportem para a presença de qualquer tipo de abuso, o Médico Dentista deverá diagnosticar os tipos de sinais e sintomas e designá-los ou não como um indicador de abuso, de modo a construir um quadro clínico mais completo e fidedigno (Magalhães, 2010).

Vários são os indicadores de abuso, que o Médico Odontopediatra deve prestar atenção, sobretudo quando observa certas alterações comportamentais e psicológicas presentes na criança que a poderão levar a um contexto de risco. Estes sinais são indicadores muito inespecíficos de abuso, mas servirão de alerta, em caso preventivo e interventivo na contextualização do problema (Crespo *et alii.*, 2011).

Qualquer incidente fisiológico, familiar e mesmo cultural, que leve a criança a uma situação de abuso, é designado como fator de risco de abuso. Segundo Leça *et alii.*, (2011, p.10):

O risco, sendo um conceito mais lato que o de perigo, diz respeito à vulnerabilidade da criança/jovem vir a sofrer de maus tratos, já o perigo adquire um sentido mais concreto, corresponde à objetivação do risco.

Face a uma situação em que haja suspeita de maus tratos, o profissional de saúde deve ter como objetivos: proteger a criança/jovem, prevenir a evolução para o perigo e evitar a recorrência (Leça *et alii.*, 2011).

Identificar os fatores de risco serve somente de guia para a prevenção e sinalização de alguma forma de abuso, tendo o profissional de saúde a função de recolher o máximo de 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 (Crespo *et alii.*, 2011).

Os fatores de risco podem ser divididos em diferentes categorias, segundo Crespo *et alii.*, (2011):

- a) Fatores de ordem individual;
- b) Fatores de ordem familiar;
- c) Fatores socioculturais.

a) Fatores de risco de ordem individual

Entre os vários tipos de fator de risco, salienta-se o de ordem individual, que tanto se coaduna com o agressor como com a vítima (Kellogg, 2005).

No que concerne ao abusador, muitos dos seus comportamentos nefastos são recalcamientos da sua infância que o conduzem a revelar distúrbios psicológicos, sociais e temperamentais, no estado adulto e que o mesmo, como um ato de vingança, os transmite para as suas vítimas (Massoni *et alii.*, 2010).

Estes distúrbios de ordem individual, nomeadamente, a baixa autoestima, a paternidade precoce e a fraca inserção social, muitas vezes estão relacionados com o ambiente socioeconómico cultural em que o indivíduo se encontra inserido, isto, se tivermos em conta os antepassados vivenciais do respetivo agressor que originam frequentemente perturbações a nível psicológico e afetivo e que, conseqüentemente se espelham nos seus valores comportamentais e éticos, sendo as vítimas, os seus principais “objetos de fuga e de recalcamientos” (Nunes *et alii.*, 2010); (Crespo *et alii.*, 2011).

Por outro lado, há também a salientar, no que concerne à vítima, fatores de ordem individual, sobretudo os que se relacionam com as deficiências congénitas, que ir-se-ão repercutir mais tarde em vários défices comportamentais e linguísticos (Nunes *et alii.*, 2010).

O mesmo acontece com outros fatores que poderão negligenciar o laço afetivo entre mãe e filho, logo desde o momento da gestação do feto até ao nascimento da criança, continuando pelo seu percurso vital, suscitando mais tarde, tanto no agressor como na vítima, comportamentos agressivos e violentos. Entre outros, destacam-se pela negativa, os fatores psicossociais, o tabagismo ou consumo de drogas, assim como o stress, os atos depressivos e as lesões cerebrais por parte da mãe (Lincoln *et alii.*, 2010).

b) Fatores de risco de ordem familiar

Relativamente aos fatores de risco de caráter familiar, estes relacionam-se com os elementos do núcleo mais restrito e próximo da criança, que apresentam problemas comportamentais e emocionais. Outros dos fatores considerados de risco são por exemplo: a separação dos pais, as ligações extra conjugais, as famílias monoparentais ou em contrapartida, as famílias com inúmeros filhos, a discrepância no nível etário entre os irmãos e os problemas do foro psiquiátrico (Lyden, 2009); (Massoni *et alii.*, 2010).

c) Fatores de risco socioculturais

Finalmente, os fatores socioculturais englobam todo o macrosistema em que a criança se insere, sobretudo no que diz respeito às desigualdades sociais relativamente à saúde, à educação, às condições precárias de habitabilidade, ao desemprego, à toxicod dependência, à prostituição e à delinquência, considerados como os mais persistentes no que se refere ao risco de abuso na criança (Lyden, 2009); (Crespo *et alii.*, 2011).

III. Tipos de abuso infantil

Quando se está perante um comportamento inadequado e não acidental por parte dos pais ou pelo responsável pela criança, este é considerado como um tipo de abuso e, consequentemente, é designado como um fator de risco (Magalhães, 2010).

Existem vários tipos de abuso, conforme o contexto situacional em que ocorre, nomeadamente, o abuso intrafamiliar, que se verifica quando há um envolvimento do agregado familiar, como por exemplo, a violência doméstica, e o abuso extrafamiliar, ocasionado por agentes externos, intitulado como maus tratos (Magalhães, 2010).

Existe uma multiplicidade de situações que condicionam a prática de maus tratos, podendo estes apresentar diversas formas clínicas, que por vezes se encontram associadas (Leça *et alii.*, 2011):

1. Negligência (inclui o abandono e mendicidade);
2. Negligência Dentária;
3. Abuso Físico;
4. Abuso Emocional/Psicológico;
5. Abuso Sexual.

1. Negligência

O conceito de negligência foi definido por Leça *et alii.*, (2011, p.7) como:

A incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados. Regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma ativa, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades.

Na tabela 1 estão enumerados alguns dos sinais, sintomas e indicadores de negligência.

Tabela 1. Alguns sinais, sintomas e indicadores de negligência (Adaptado de Leça *et alii.*, 2011).

NEGLIGÊNCIA
Carência de higiene
Vestuário inadequado em relação à estação do ano e lesões consequentes de exposições climáticas adversas
Inexistência de rotinas (alimentação e ciclo sono/vigília)
Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas
Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas
Incumprimento do Programa Nacional de Vacinação
Doença crónica sem cuidados adequados
Intoxicações

Existem múltiplos fatores de risco que contribuem para que a negligência tome lugar na vida de crianças e jovens, necessitando de uma avaliação mais abrangente por parte do profissional, após suspeita deste tipo de abuso (Dubowitz *et alii.*, 2007); (Massoni *et alii.*, 2010).

A negligência pode ser considerada como um ato intencional ou um simples descuido e desinteresse por parte dos responsáveis pela criança (Massoni *et alii.*, 2010).

A falta de cuidados ou o descuido torna contraditório o conceito de saúde moderna definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual afirma que a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não a ausência de doença ou enfermidade, sendo particularmente importante quando se lida com crianças vulneráveis (Nuzzo *et alii.*, 2009).

A falta de assistência médica, a inexistência de cuidados de higiene oral e assistência médico-dentária desencadeiam outra forma de negligência e abuso - a Negligência Dentária, resultante da omissão dos cuidados básicos perpetrados à criança (Nuzzolese *et alii.*, 2009).

Em suma, segundo a perspectiva de alguns autores, a negligência não se apresenta somente num âmbito geral, mas também de forma mais específica, como se observa com a negligência dentária, considerada também esta como um tipo de abuso (Montecchi *et alii.*, 2010); (Kiran e Kamalam, 2011).

2. Negligência Dentária

A Academia Americana de Odontopediatria (AAPD), (AAPD, 2010, p.168), define a negligência dentária como:

O fracasso voluntário dos pais ou responsáveis, na procura e seguimento do tratamento dentário necessário, para garantir um nível de saúde oral essencial para o funcionamento adequado do aparelho estomatognático e ausência de dor e infecção.

A negligência dentária é considerada como um dos fatores de risco devido às consequências nefastas, que daí podem advir, sobretudo, a nível cognitivo, nutricional, físico e comunicacional no desenvolvimento da criança (AAPD, 2010); (Harris, 2012).

As crianças devem ter uma boa alimentação e devem ser acompanhadas regularmente pelo Médico Dentista, de modo a haver uma prevenção de doenças orais. Malgradamente, isto não acontece, em virtude da negligência por parte dos seus responsáveis, como o atestam os Médicos Dentistas (Harris, 2012).

Os pais ou responsáveis da criança vítima deste tipo de negligência, visitam o Médico Dentista na procura de um tratamento em casos de urgência. Após a resolução da sintomatologia, os pais da criança optam por não prosseguir com o tratamento. Consequentemente, esta atitude poderá causar novamente, situações dolorosas para as crianças (Nuzzolese *et alii.*, 2009).

O mesmo autor referencia ainda que para isso, o Médico Dentista deve em primeiro lugar, avaliar a causa dessa negligência, podendo esta, estar ligada a dificuldades económicas, sanitárias e mesmo logísticas, pois em muitos casos, sobretudo a nível rural, a acessibilidade a uma consulta médico-dentária pode ser a principal causa deste tipo de negligência (Nuzzolese *et alii.*, 2009).

Além disso, segundo a perspectiva de Massoni e outros autores muitas das patologias orais são facilmente identificadas e perante tal situação, se os responsáveis continuam a negar o respetivo tratamento, apesar de todas as dificuldades superadas, nomeadamente, o diagnóstico devidamente explicado e os problemas financeiros eliminados, então, estamos perante uma forma de negligência dentária (Massoni *et alii.*, 2010); (Harris, 2012).

A falta de condições económicas limita o acesso aos cuidados básicos de saúde oral, podendo o Médico Odontopediatra ajudar as famílias na procura de alguma ajuda financeira, de transporte ou instalações públicas para os serviços necessários (AAPD, 2010).

Toda a informação transmitida aos responsáveis pela criança sobre a patologia inerente, assim como as respetivas implicações, deve ser devidamente explicada. Por sua vez, os pais têm que se consciencializar do problema e prestar a máxima atenção sobre a administração de analgésicos e antibióticos prescritos, necessários para o bem-estar do seu filho, no decurso do tratamento dentário (AAPD, 2010).

Em caso de negligência dentária, todo o estoril da criança deve ser analisado por parte do Médico Odontopediatra, acompanhando assim o estudo clínico do paciente, também como a presença das dificuldades cognitivas, comportamentais e linguísticas da criança, de modo a observar as causas que possam afetar o tratamento médico-dentário (Harris, 2012).

Por essa razão, é necessário que haja uma transdisciplinaridade entre todos os profissionais de saúde que acompanham a criança, com o objetivo de procurar um melhor controlo e apoio na proteção vulnerável à negligência dentária (Harris, 2012).

3. Abuso Físico

De acordo com Leça *et alii.*, (2011, p.8):

O mau trato físico resulta de qualquer ação não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico. Este tipo de maus tratos engloba um conjunto diversificado de situações traumáticas, desde a Síndrome da Criança Abanada até a intoxicações provocadas.

Na tabela 2 encontram-se referenciados alguns sinais, sintomas e indicadores de maus tratos físicos.

Tabela 2. Alguns sinais, sintomas e indicadores de maus tratos físicos (Adaptado de Leça *et alii.*, 2011).

MAUS TRATOS FÍSICOS
Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental (face, periocular, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas)
Síndrome da criança abanada
Alopécia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio; Lesões provocadas que deixam marcas (por exemplo, de fivela, corda, mãos, chicote, régua)
Sequelas de traumatismo antigo Fraturas das costelas e corpos vertebrais
Demora ou ausência na procura de cuidados médicos História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores
Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem) Alterações graves do estado nutricional

O abuso físico sobre um menor, causa repercussões psicológicas ou comportamentais negativas, evidenciando-se no seu desenvolvimento a curto e a médio prazo (Crespo *et alii.*, 2011).

São também considerados como exemplos de abuso físico o ato de morder, queimar, agredir, dar pontapés, abanar (Síndrome de Shaken-Baby), asfixiar e intoxicar (Nuzzolese *et alii.*, 2009); (Crespo *et alii.*, 2011).

Hoje em dia, torna-se um pouco difícil estabelecer um diagnóstico referencial, no que diz respeito à identificação dos diferentes tipos de abuso físico, uma vez que é dada pouca relevância. No entanto, não se pode esquecer que qualquer tipo de punição física, como por exemplo as que se relacionam com lesões ocorridas na região orofacial, considerada das mais comuns de lesões físicas não-acidentais, poderá originar na criança ou adolescente sinais negativos a nível comportamental, emocional e de integração social, que o poderão encaminhar para atividades delinquentiais e mesmo prejudicar a sua autoestima (Magalhães, 2010); (Crespo *et alii.*, 2011).

Este tipo de agressão orofacial, resultante de lesões originárias de diversas tipologias e de acordo com a origem do trauma, podem ser múltiplas, desde escoriações (perda superficial da epiderme), equimoses, hematomas (lesão mais profunda de coleção de sangue extravascular) e lacerações (envolvendo todas as camadas da derme) (Magalhães, 2010).

O abuso físico pode estar relacionado com a introdução de objetos na cavidade oral ou forçar a alimentação com recurso a alimentos quentes, provocando queimaduras graves periorais e intraorais. Assim, é comum o traumatismo dentário da região anterior dos maxilares, devido a um traumatismo direto com a mão/punho, ou por um traumatismo indireto, pela introdução forçada de objetos na cavidade oral (Crespo *et alii.*, 2011); (Kellogg, 2005).

Caso se suspeite de abuso físico na criança, o Médico Dentista deve realizar uma observação rigorosa durante o exame clínico, incidindo principalmente nas regiões da face, das orelhas, do pescoço, dos ombros e dos antebraços, com a finalidade de diagnosticar se se trata de uma lesão intencional ou acidental da região orofacial. 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 (Nuzzolese *et alii.*, 2009).

Na presença de diversas lesões, em diferentes fases de cicatrização ou o relato de uma justificação ou história clínica inconsistente, deverá de imediato despoletar no clínico a suspeita de estar na presença de abuso físico ocasional ou continuado (Magalhães, 2010); (Nuzzolese *et alii.*, 2009).

Para detetar e sinalizar casos de abuso é necessário a utilização de um formulário, onde seja possível registar todas as informações clínicas, de modo a aferir alguma manifestação ou indicador orofacial, típico de maus tratos infantis (Figura1).

1. Data de Nascimento: __/__/__ 2. Sexo: M (___) F(___)

3. Data e hora da agressão:
 Data : __/__/__ Hora: __/__/__

4. Data e hora da apresentação:
 Data: __/__/__ Hora: __/__/__

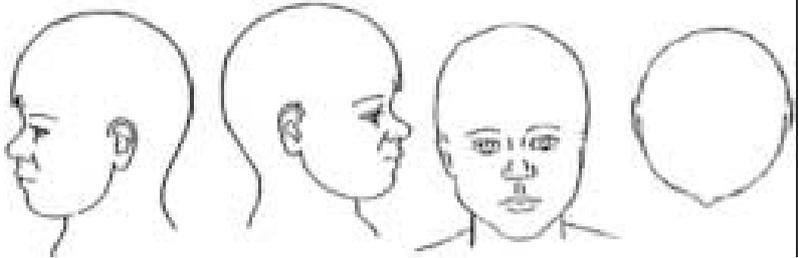
5. Nome do presumível agressor e mecanismo da lesão:

6. Local da agressão:

7. Sinais de agressão orofacial:

TIPO DE LESÃO	SIM	NÃO	CABEÇA	FACE	PESCOÇO
Hematoma					
Abrasões					
Lacerações					
Queimaduras					
Marcas de mordida					
Fraturas					
Lesão no olho					
Laceração no freio labial					
Laceração no freio lingual					
Trauma no palato					
Trauma dentário					

8. Ilustração da lesão:



9. Criança com registo de proteção: SIM (___) NÃO(___)

Figura 1. Formulário para o registo de informações relacionadas com as manifestações orofaciais dos maus-tratos infantis (Adaptado de Cairns, 2005).

4. Abuso Emocional/Psicológico

O Abuso Emocional/Psicológico ocorre quando os pais ou os responsáveis por uma criança/jovem menor, são incapazes de lhe proporcionar um ambiente de tranquilidade, de bem-estar emocional e afetivo, indispensáveis ao correto crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados (Nunes *et alii.*, 2010).

Sempre que tais condições se encontram ausentes, estas podem repercutir efeitos negativos na saúde física e mental da criança, bem como no seu desenvolvimento físico, emocional, mental, social ou moral (Norman *et alii.*, 2012).

Este tipo de abuso engloba várias situações, incluindo: a precaridade de cuidados ou de afeição adequados à idade e situação pessoal; a completa rejeição afetiva; a depreciação permanente da criança (Tabela 3), (Leça *et alii.*, 2011).

Tabela 3. Alguns sinais, sintomas e indicadores de abuso emocional/psicológico, (Adaptado de Leça *et alii.*, 2011).

ABUSO EMOCIONAL/PSICOLÓGICO
Comportamentos agressivos
Ansiedade excessiva
Dificuldade nas relações afetivas interpessoais
Episódios de urgência repetidos devido a cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa aparente
Perturbações do comportamento alimentar
Alterações no controlo dos esfíncteres
Choro incontrolável no primeiro ano de vida
Comportamento ou ideação suicida
Automutilação

As crianças ou jovens vítimas deste abuso, geralmente são insultadas verbalmente, humilhadas, ridicularizadas, desvalorizadas, ameaçadas, hostilizadas, rejeitadas, tratadas com indiferença, discriminadas, abandonadas temporariamente, criticadas, expostas a situações de violência doméstica por parte dos seus responsáveis (Crespo *et alii.*, 2011).

A agressão psicológica é uma das formas de abuso difícil de ser detetada e provada, sendo considerada bastante lesiva para a formação do indivíduo (Crespo *et alii.*, 2011).

De acordo com um estudo realizado por Norman e outros autores em 2012, o abuso emocional provoca a longo prazo nas suas vítimas, varias consequências negativas incluindo: transtornos de ansiedade, tentativas de suicídio, consumo de drogas, comportamentos sexuais de risco e síndromes depressivos (Norman *et alii.*, 2012).

O domicílio é o local de eleição para a ocorrência de grande parte de situações de abuso emocional que afetam crianças e adolescentes. Os danos que este provoca dependem da idade da criança/adolescente, da frequência com que este tipo de abuso ocorre, da relação de proximidade que a vítima tem com o autor da agressão e das consequências dessa situação na vida da vítima (Abranches *et alii.*, 2013).

O baixo nível de conhecimento dos pais relativamente às necessidades que as crianças têm ao longo do seu crescimento e desenvolvimento, pode estar associado à ocorrência desta forma de maus tratos (May-Chahal *et alii.*, 2005); (Abranches *et alii.*, 2013).

A subjetividade dos seus sintomas e o facto do abuso emocional não deixar marcas físicas fáceis de ser identificadas e caracterizadas, dificultam ao Médico Dentista o seu diagnóstico (Kenney, 2006).

5. Abuso Sexual

O abuso sexual define-se como uma forma de contacto sexual ou tentativa de contacto entre um adulto e uma criança, cuja finalidade visa a satisfação sexual do mesmo ou o seu benefício financeiro (Lyden, 2009).

Isto é baseado numa relação de poder ou de autoridade, que envolve várias práticas, de acordo com o estágio de desenvolvimento da vítima (Leça *et alii.*, 2011):

- Não está capacitada para perceber que é vítima de práticas de abuso;
- Quando se apercebe que o é, não consegue nomear o abuso sexual;
- Não está preparada estruturalmente;
- Não é capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido.

Utilizar a criança para realizar filmes pornográficos, ser fotografada, estar envolvida na prática sexual incluindo carícias genitais e nos seios, beijos na boca, manipulação dos órgãos genitais do abusador ou sujeitá-la à realização de coito anal ou vaginal e oral, também é considerado como um ato de abuso sexual (Crespo *et alii.*, 2011).

É sobretudo num microsistema mais restrito, sobretudo, na família, que este tipo de abuso se manifesta mais frequentemente, na medida em que, muitas das vezes, o abusador é um elemento da família (pai ou padrasto), devido ao grau de proximidade. Em virtude da afinidade entre ambos, é muito difícil o depoimento por parte da vítima, assim como, a deteção por parte de outros, pois o poder ameaçador por parte do abusador é muito maior. Além disso, há a salientar que o abuso sexual doméstico repercute na vítima um elevado grau de problemas emocionais (Taveira *et alii.*, 2009).

Este tipo de abuso provoca nas suas vítimas várias lesões, que maioritariamente se encontram ocultas, o que exige um profissional com boa capacidade para as avaliar e possuidor de conhecimentos a nível da anatomia e fisiologia, sendo assim mais fácil a identificação dos sinais e sintomas característicos do abuso sexual (Tabela 4), (Lyden, 2009).

Nesta perspetiva e tendo em conta a tabela que se segue, cabe à investigação criminal, sobretudo à Ciência Forense, realizar um estudo pormenorizado, baseado nas informações da criança, que podem ocorrer através de um diálogo com a mesma ou de marcas corporais que a mesma possa apresentar, com o objetivo de minimizar ou colmatar as consequências que daí possam advir (Taveira *et alii.*, 2009).

Tabela 4. Alguns sinais, sintomas e indicadores de abuso sexual (Adaptado de *Leça et alii.*, 2011).

ABUSO SEXUAL
Gravidez
Presença de esperma no corpo da criança
Lesões no pênis ou região escrotal
Equimoses na mucosa oral
Laceração do freio dos lábios
Lesões externas nos órgãos genitais
Infeções de transmissão sexual
Laceração do hímen
Dor e/ou edema na região vaginal ou anal

A cavidade oral é considerada o local de preferência para o abuso sexual em crianças, mas no entanto as infeções ou lesões orais que se encontram visíveis, são as menos comuns quando estas são comparadas com outros tipos de abuso, como é o caso do abuso físico (Swerdlin *et alii.*, 2007).

As vítimas fazem tudo para se defender do agressor, causando frequentemente diferentes tipos de ferimentos sofridos, designadamente contusões, podendo ser estas visualizadas na parte superior dos braços ou na parte interna das coxas, no caso de se tratar de abuso genital na criança, e hematomas circulares em torno dos pulsos, em virtude da pressão que o abusador faz sobre os braços da vítima (Crane, 2013).

Durante a agressão sexual as vítimas choram e gritam apelando por socorro. Para que tal comportamento seja evitado, o agressor utiliza a sua mão para tapar a boca da criança, pressionando os lábios contra os dentes, podendo exercer forças excessivas, de tal intensidade que são capazes de gerar hematomas na face interna do lábio. Estas são bem visíveis quando é realizado o exame intraoral (Crane, 2013).

Outras lesões típicas do abuso sexual são as mordeduras consideradas muito comuns, pois podem ser o resultado de uma tentativa de aprisionar a vítima para consumir o ato sexual ou fazer parte de um ritual sadomasoquista (Crane, 2013).

Existe uma série de comportamentos e emoções (Tabela 5), que as crianças vítimas de abuso sexual, podem transmitir ao Médico Dentista ao longo da consulta e que o ajudam na identificação deste tipo de violência. Tais comportamentos podem causar consequências negativas na saúde oral da criança, podendo haver descuidos a nível da sua higiene oral e na realização de tratamentos dentários (Crespo *et alii.*, 2011).

Tabela 5. Sinais comportamentais e emocionais indicadores de abuso sexual (Adaptado de Crespo *et alii.*, 2011).

SINAIS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS INDICADORES DE ABUSO SEXUAL
Angustia, medo, raiva
Instabilidade afetiva
Perturbação do humor
Depressão
Baixa auto estima
Desconfiança perante os adultos
Comportamentos autodestrutivos

Na cavidade oral podem ser encontradas varias lesões típicas do abuso sexual como por exemplo: úlceras, eritemas, vesículas com secreção purulenta, lesões nos lábios, língua, face, faringe ou palato. Estas lesões encontram-se associadas a várias patologias sexualmente transmissíveis como a gonorreia e o condiloma acuminado (causado pelo papiloma vírus humano - HPV), que se manifesta com aspeto de couve-flor e de lesão única ou múltipla pediculada (Kenney, 2006); (Massoni, 2010).

Outra doença sexualmente transmissível que pode ser indicadora de abuso sexual é a sífilis, mas esta manifesta-se com menor frequência nas crianças vítimas do abuso. Esta

doença é diagnosticada através da realização de um teste positivo para o *Treponema pallidum* (Swerdlin *et alii.*, 2007).

Quando as vítimas do abuso sexual são forçadas a praticar sexo oral, podem apresentar eritemas ou petéquias na transição do palato duro para o palato mole ou até no pavimento a boca, bem como lesões no freio labial ou lingual (Kos *et alii.*, 2006). Outro tipo de lesões características deste abuso são as contusões, que podem manifestar-se devido ao trauma que resulta da sucção ou da preensão (Skellern *et alii.*, 2011).

Todos estes sinais físicos, indicadores de abuso sexual, conduzem a graves problemas emocionais e psicológicos, fazendo com que a vítima se afaste de uma consulta de Medicina Dentária, pois tem receio não só dos instrumentos que o Médico Dentista lhe coloca no interior da cavidade oral, como também dele próprio, na medida em que se encontra ansiosa, porque tem medo que o médico lhe faça o mesmo que o agressor (Willumsen, 2004).

Disto se conclui, que este tipo de pacientes, que receiam uma visita ao Médico Dentista, estão mais suscetíveis a desenvolver graves problemas dentários (Kenney, 2006).

É de extrema importância que os Médicos Dentistas sejam detentores da informação necessária, para que cuidadosamente possam avaliar as possíveis situações de risco, bem como, os sinais que indicam a presença de abuso sexual, mas antes de concluírem acerca da presença ou não deste abuso, devem pedir ajuda a especialistas na área da Medicina Forense (Willumsen, 2004). Na Tabela 6 encontram-se resumidos os sinais de abuso sexual que se manifestam na região orofacial.

Tabela 6. Resumo dos sinais de abuso sexual que se manifestam na região orofacial.

RESUMO DE SINAIS DE ABUSO SEXUAL QUE SE MANIFESTAM NA REGIÃO OROFACIAL
Hematomas na face interna do lábio
Contusões
Eritemas ou petéquias na transição do palato duro ou mole
Lesões no freio lingual ou labial
Mordeduras

IV. Lesões orofaciais indicadoras de abuso

O abuso infantil pode ser diagnosticado através de uma diversidade de lesões localizadas não só na região orofacial como também noutras regiões do corpo das crianças vitimizadas. Entre estas lesões destacam-se (Massoni *et alii.*, 2010):

1. Mordeduras;
2. Queimaduras;
3. Equimoses;
4. Lesões de freio;
5. Traumatismo dentário.

1- Mordeduras

Os dentes humanos são órgãos que têm como função principal cortar e triturar alimentos, mas em determinadas situações podem ser usados para morder em ato de defesa, dando origem às designadas mordeduras (Maior *et alii.*, 2007). Estas podem possuir vários tamanhos e formas de acordo com as situações nas quais são produzidas (Massoni *et alii.*, 2010).

As mordeduras são consideradas como excelentes indicadores de abuso infantil, são mais incidentes em situações de abuso sexual, mas também se podem encontrar em casos de abuso físico. Raramente são acidentais, quando encontradas na pele das crianças (Magalhães, 2010).

As Ciências Forenses desempenham um papel fundamental no reconhecimento e interpretação de sinais e lesões produzidas por mordidas, mas há que salientar a contribuição vital da Medicina Dentária neste tipo de perícias (Coutinho *et alii.*, 2013).

Embora nem todas as marcas de mordida encontradas na superfície cutânea apresentem os detalhes suficientes, a identificação destas pode ser extremamente útil para vincular o suspeito a um crime, estabelecer a ligação entre a pessoa que foi mordida e o agressor ou excluir os inocentes. Neste tipo de casos faz-se a comparação das características

dentárias do suspeito com a mordedura encontrada na pele da vítima (Bhargava *et alii.*, 2012)

Numa fase inicial deve ser realizado o diagnóstico diferencial de espécie, para que se possa identificar se a mordedura foi produzida pela espécie humana ou por um animal. As mordidas dos humanos geralmente são superficiais verificando-se uma compressão dos tecidos, o que provoca contusões, abrasões e lacerações. As de origem animal são mais profundas evidenciando as lacerações e a avulsão tecidual, sendo esta última consequência raramente resultante de uma mordida humana (Nuzzolese *et alii.*, 2009).

As marcas de mordida tipicamente humanas (Figura 2) apresentam uma configuração circular ou oval que compreendem dois arcos individualizados podendo ter uma área central com ausência ou presença de equimose. Esta resulta do ato de sugar ou de empurrar a língua durante o ato de morder (Massoni *et alii.*, 2010).



Figura 2. Exemplo de uma marca de mordida humana (Fonte: Odontologia Legal USP, 2015).

Um outro passo essencial, incide na diferenciação da idade do agressor. Esta pode ser identificada através do tamanho do arco dentário ou da distância entre os caninos (Massoni *et alii.*, 2010). Quando esta distância se encontra entre 2,5cm e 4,5cm suspeita-se que o agressor seja um adulto e conseqüentemente se esteja perante um caso de abuso sexual ou físico (Yadav, 2014).

Fotografar as marcas de mordida cuidadosamente e com alta definição é outro dos passos muito importantes na fase de pesquisa (Yadav, 2014). As fotografias devem ser tiradas com e sem o auxílio de uma escala milimétrica (régua rígida em forma de L), a mais utilizada é a nº2 American Board of Forensic Odontology – ABFO (Figura 3), (Nuzzolese *et alii.*, 2009).

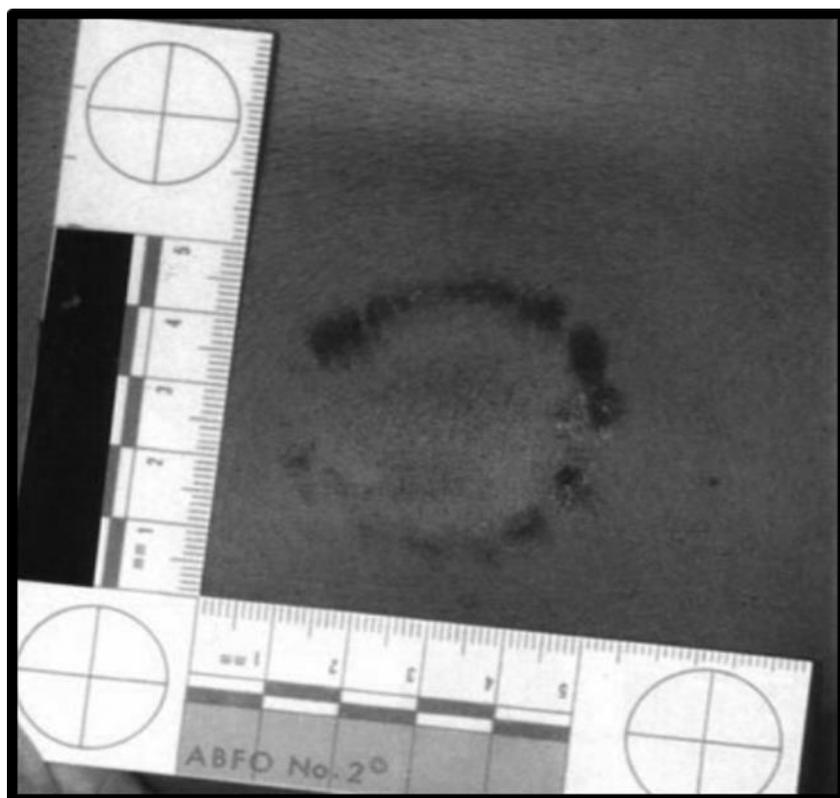


Figura 3. Escala milimétrica nº2 American Board of Forensic Odontology – ABFO (Fonte: Nuzzolese *et alii.*, 2009).

Várias fotografias devem ser tiradas à lesão e também ao corpo da vítima, para que seja visível a localização da lesão. Se esta se encontrar numa zona articular é necessário colocar o corpo em várias posições a fim de avaliar o efeito do movimento. Aconselha-se que as fotografias sejam tiradas a cor e a preto e branco, com a máquina orientada a 90°, ou seja, perpendicular à lesão (Pretty, 2008).

Em casos de abuso sexual, as marcas de mordida localizam-se principalmente em partes do corpo associadas à sexualidade. As crianças do sexo feminino geralmente são mordidas nos seios, mamilos, abdómen, coxas, nádegas e púbis, enquanto as crianças do sexo masculino são mordidas nas costas, braços, ombros, peito e pénis (Yadav, 2014).

Todas as partes do corpo da criança devem ser devidamente inspecionadas, uma vez que a presença de uma marca de mordida numa determinada região poderá estar associada a outras lesões encontradas noutra local (Crane, 2013). Assim sendo, o Médico Dentista ao longo da consulta, para além de inspecionar a região orofacial deve estar atento a outras regiões corporais (ombros, braços, pescoço), onde possam ser encontradas lesões traumáticas (Nuzzolese *et alii.*, 2009).

É pois pertinente, que o Médico Dentista esteja devidamente informado das principais características deste tipo de lesões de agressão sexual, de modo a alertar para a vitimização a que estas crianças estão a ser sujeitas, e para que se proceda à respetiva sinalização.

Na Tabela 7 encontram-se resumidas as características típicas das marcas de mordida não-acidentais.

Tabela 7. Características típicas das marcas de mordida não-acidentais.

MARCAS DE MORDIDA	NÃO- ACIDENTAIS
Forma	- Oval - Circular
Tamanho	- Entre 2,5 - 4,5 cm
Aspeto	- Dois arcos individualizados com equimose na área central Ou - Dois arcos individualizados sem equimose na área central
Localização	- Pescoço - Ombros - Braços

2- Queimaduras

Outra ocorrência do aparecimento de maus tratos nas crianças relaciona-se com as queimaduras, podendo ser estas a nível intraoral e/ou extraoral. Relativamente às queimaduras a nível intraoral, estas são consequência da ingestão forçada de alimentos quentes, que podem provocar além da dor física, graves problemas que permanecerão ao longo da vida, (Magalhães, 2010).

As queimaduras extraorais podem resultar da aplicação direta de uma chama utilizando um isqueiro, através da imersão em líquidos ou através da aplicação de objetos quentes sobre a pele da criança tais como o ferro de engomar, os cigarros, as facas, as lâmpadas entre outros (Toon *et alii.*, 2011), (Figura 4).

Em virtude das constantes ocorrências que têm vindo a ser diagnosticadas quer a nível intraoral e/ou extraoral, é, pois, fulcral a sua análise e intervenção por parte dos Médicos Odontopediatras e da comunidade em geral (Magalhães, 2010).



Figura 4. Marcas de queimaduras (Fonte: Todos contra a pedofilia, 2015).

As queimaduras não acidentais são mais profundas, simétricas, podem ser múltiplas e com as suas margens bem delimitadas. Costumam encontrar-se na face, na região intraoral, nos pés, nas mãos, nos órgãos genitais, nas nádegas e nas pernas. Já as

localizações mais comuns das queimaduras acidentais são a região anterior do tronco e os membros superiores (Gondim *et alii.*, 2011), (Figura 5A).

As queimaduras produzidas pelo cigarro são consideradas as mais frequentes em casos de abuso infantil, sendo utilizadas como forma de punir fisicamente as vítimas (Toon *et alii.*, 2011). Medem cerca de 7 a 10 mm de diâmetro, são bem delimitadas, possuem uma cratera central e formam cicatrizes, porque a derme está comprometida. Localizam-se geralmente na face, nos pés e nas mãos. Quando são acidentais a sua forma tende a ser oval e são mais superficiais, pois a criança quando se queima com o cigarro reage rapidamente (Gondim *et alii.*, 2011), (Figura 5B).

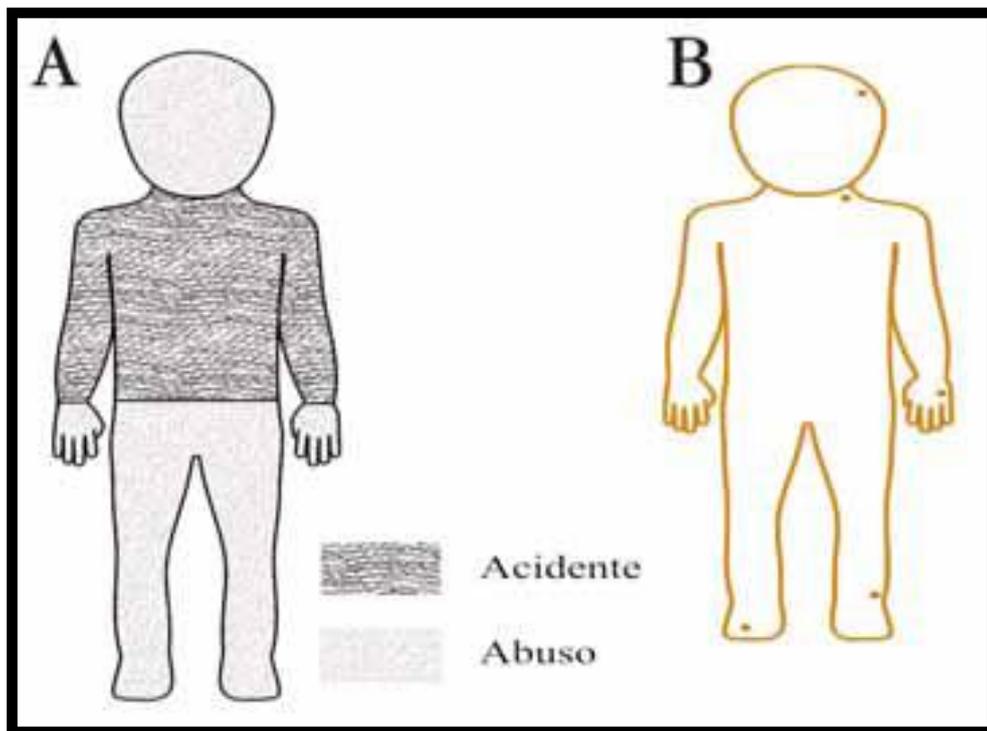


Figura 5. A- Localização das queimaduras acidentais e não acidentais. B- Locais preferenciais de queimaduras de cigarros não acidentais (Fonte: Kos *et alii.*, 2006).

O tempo de contacto prolongado entre o objeto que produz a queimadura e a pele da sua vítima, provoca lesões com elevado índice de gravidade, quando comparadas com as queimaduras acidentais (Magalhães, 2010).

A ação de um líquido tipo splash, dá origem a queimaduras que maioritariamente são observadas na parte superior do corpo, cabeça, tronco e membros, encontrando-se bem evidente o padrão em forma de seta causado pelo derrame do líquido (Kos *et alii.*, 2006).

As queimaduras por imersão forçada em água quente, apresentam uma série de características específicas, como a preservação das pregas cutâneas que resultam da posição do corpo no ato da imersão, delimitações simétricas com limites precisos e profundidade uniforme (Toon *et alii.*, 2011).

A imersão forçada dos membros superiores ou inferiores, pode provocar queimaduras em forma de luva ou bota, já as esterias de zebra são decorrentes dos vincos causados pela imersão do corpo da vítima no líquido, na posição fletida como se pode ver na Figura 6 (Gondim *et alii.*, 2011).

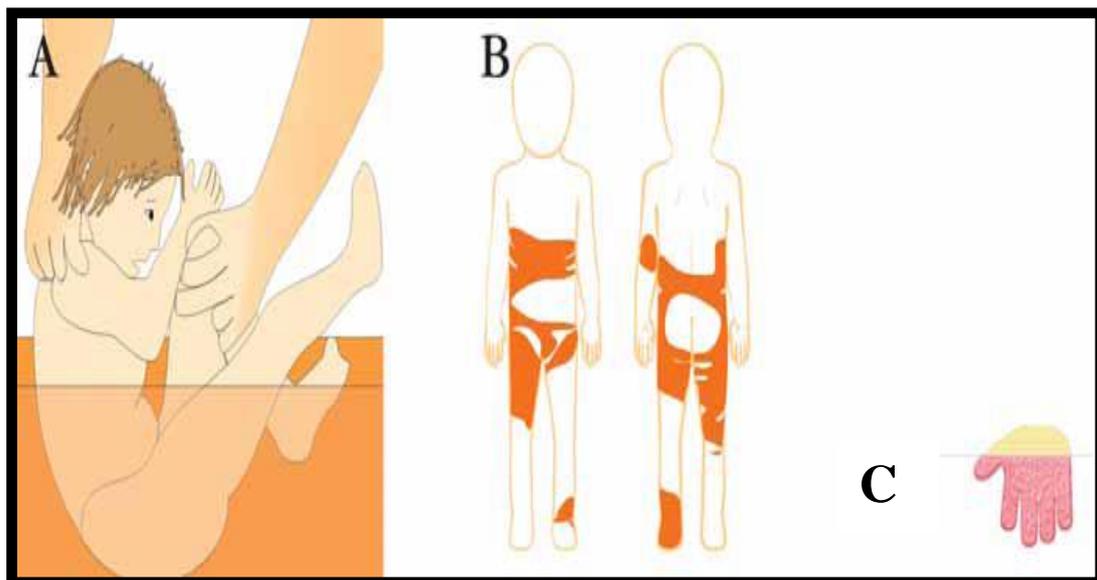


Figura 6. A- Escaldadura, B- Esterias de zebra, C- Queimadura em luva (Fonte: Kos *et alii.*, 2006).

Todos estes tipos de queimaduras provocam graves lesões e por essa razão deverão ser devidamente localizadas, passando-se em seguida à análise pormenorizada, recorrendo para isso a um estudo detalhado do tipo de lesão e do local onde se encontra. No entanto, tem que se prestar atenção, que por vezes, o tipo de tratamento da mesma poderá alterar o aspeto da queimadura, e portanto, uma provável alteração no

diagnóstico. Para isso, é importante que o Médico Dentista, no momento do diagnóstico e da respetiva avaliação, registre em suporte fotográfico a ocorrência (Toon *et alii.*, 2011).

Em situação de dúvida no diagnóstico deste tipo de queimaduras, o Médico Dentista deve consultar um Médico Assistente, um Perito Forense ou até Enfermeiros, devendo também obter o máximo de informação possível através do diálogo com os pais e a criança em conjunto e separados, com o intuito de observar o relacionamento entre eles bem como a possível incompatibilidade das histórias que justificam o aparecimento da lesão (Hettiaratchy *et alii.*, 2004).

3- Equimoses

As equimoses são lesões (manchas) cutâneas superficiais (Figura 7), conseqüentes do extravasamento de sangue, proveniente da rotura de pequenos vasos sanguíneos, que se infiltra nas malhas dos tecidos, reproduzidas por instrumentos contundentes (Magalhães, 2010).



Figura 7.Exemplo de equimose resultante de abuso (Fonte: Tipologia dos maus tratos, 2015).

Este tipo de lesões pode sinalizar casos de abuso infantil, apesar de serem frequentes em crianças ativas. Quando estas são reproduzidas de forma não acidental localizam-se preferencialmente nos braços, nas mãos, nas orelhas, no pescoço, nas coxas, nos órgãos genitais, no couro cabeludo e na região periorbital. Injúrias acidentais podem ser encontradas nos joelhos, nas proeminências ósseas, na face posterior do corpo, na região occipital frontal e mentoniana (Gondim *et alii.*, 2011).

De acordo com estágio de cicatrização, as equimoses apresentam variação de cor, seguindo uma sequência colorimétrica constante. Podem apresentar tonalidades avermelhadas, azuladas, arroxeadas, esverdeadas, amareladas e acastanhadas (Tabela 8). Durante a avaliação destas lesões, o profissional deve ter em atenção que o valor cronológico destas alterações de cor é relativo, visto que vários fatores o podem influenciar como por exemplo a extensão, a localização, o sexo e a idade da vítima (Magalhães, 2010).

Tabela 8. Espectro colorimétrico da equimose (Adaptado de Magalhães, 2010).

COR	EVOLUÇÃO
Vermelha a vermelho-violácea	Minutos a horas (até ao 2º dia)
Azulado	Do 3º ao 6º dia
Esverdeado	Do 5º ao 17º dia
Amarelado	Do 7º ao 17º dia ou mais
Desaparecimento	A partir do 21º dia

4- Lesões de freio

No que concerne às lesões de freio, nomeadamente, as labiais e linguais, aparecem equimoses e lacerações, sobretudo nos freios labiais (superior e inferior), aquando de um abuso sexual, quando o abusador utiliza sexo oral forçado, ou mesmo, quando se trata de uma punição física, nomeadamente uma alimentação forçada (Maguire *et alii.*, 2007).

Lesões em forma de lágrimas são outro tipo de lesões que podem ser diagnosticadas no freio labial ou lingual e podem resultar de uma pancada na boca ou de outros meios anteriormente mencionados. O freio rasgado pode ser um outro sinal indicativo de abuso, mas ocasionalmente pode ser visto quando a criança cai sobre o seu rosto (Ermertcan *et alii.*, 2010).

5- Traumatismo dentário

O traumatismo dentário é muito comum na infância podendo provocar lesões nos tecidos duros e moles. Em situações de abuso estes traumatismos resultam da aplicação de forças violentas, dando origem a fraturas, à avulsão e/ou à intrusão das peças dentárias atingidas (Kumaraswamy *et alii.*, 2009).

Todavia, nas lesões intencionais, semelhantes às acidentais, é pertinente observar o diagnóstico relatado, comparando-o a outros tipos de lesões, designadamente, equimoses, mordeduras ou lacerações, comprovativas de um caso abusivo (Maguire *et alii.*, 2007).

As peças dentárias podem ser atingidas por um traumatismo direto ou indireto. Quando o impacto resultante do traumatismo é transmitido diretamente ao dente, origina fraturas nos dentes anteriores, quando é resultante do traumatismo indireto as fraturas ocorrem nos dentes posteriores, pré-molares e molares, devido ao encerramento violento da cavidade oral (Santos, 2009).

Fraturas na mandíbula e deslocamento da articulação temporomandibular, são mais exemplos de lesões que podem ocorrer devido aos traumatismos dentários, visto que estes podem estar associados a outras lesões. Tal facto deve ser tido em conta pelo Médico Dentista, levando este a realizar exames e testes para o auxiliar no melhor diagnóstico possível. Inicialmente deve ser feita uma observação visual (intra e extraoral), seguida de testes de sensibilidade pulpar, percussão vertical e horizontal, exames radiográficos e não esquecer a manipulação da articulação temporomandibular (Magalhães, 2010).

Ao longo dos últimos anos foram apresentados vários sistemas para classificar as lesões dentárias, dando-se preferência à classificação apresentada pela OMS e à de Andreasen (Tabela 9). Ambas as classificações podem ser utilizadas, sendo que a de Andreasen descreve mais detalhadamente as características do trauma, em comparação com a que foi proposta pela OMS (Feliciano e Caldas, 2006); (Loomba *et alii.*, 2010).

Tabela 9. Classificação de Andreasen (Adaptado de Loomba *et alii.*, 2010).

CLASSIFICAÇÃO DE ANDREASEN
Fratura coronária não complicada (Esmalte e dentina)
Fratura coronária complicada (Esmalte, dentina e polpa)
Fratura corono-radicular não complicada (Esmalte, dentina e cimento)
Fratura corono-radicular complicada (Esmalte, dentina, cimento e polpa)
Fratura radicular (Esmalte, dentina, cimento e polpa)
Concussão (Lesão das estruturas de suporte, sem mobilidade nem deslocamento do dente, reação à percussão)
Subluxação (Lesão das estruturas de suporte, com mobilidade e sem deslocamento do dente)
Luxação intrusiva (Deslocamento do dente para o interior do osso alveolar)
Luxação extrusiva (Deslocamento parcial do dente para fora do alvéolo)
Luxação lateral (Deslocamento parcial do dente na direção mesial ou distal, vestibular ou lingual)
Avulsão (Deslocamento total do dente para fora do alvéolo)

A experiência do Médico Dentista é fulcral no diagnóstico e tratamento de traumatismos dentários. Perante este tipo de situações o profissional de saúde deve começar por acalmar os pais e o paciente, para que seja possível obter informações precisas durante a anamnese, visando obter um diagnóstico preciso e confiável, através de perguntas simples sobre onde, como e quando ocorreu o traumatismo (Sanabe *et alii.*, 2009).

V. Manifestações orais de doenças sexualmente transmissíveis

As doenças sexualmente transmissíveis são um grupo de doenças que a nível clínico se manifestam de forma variada, sendo os seus agentes etiológicos mais comuns transmitidos através do contacto sexual: o Papiloma Vírus Humano, o *Treponema pallidum*, a *Chlamydia trachomatis*, a *Neisseria gonorrhoeae*, as *Trichomonas vaginalis*, o Vírus da Imunodeficiência Humana e o Vírus herpes simplex. Quando este tipo de doenças se manifestam numa criança poderá evidenciar o abuso sexual (Magalhães, 2010).

Na abordagem das doenças sexualmente transmissíveis em crianças ou adolescentes é essencial um correto e precoce diagnóstico e tratamento, bem como a investigação do modo como a doença foi transmitida para que se possa avaliar a possibilidade de abuso sexual (Ribas *et alii.*, 2011).

Não sendo o objetivo desta tese desenvolver criteriosamente todas as doenças sexualmente transmissíveis, seguidamente serão descritas duas, o Papiloma Vírus Humano e o *Treponema pallidum*, que podem ser diagnosticadas na cavidade oral de crianças vítimas de abuso sexual. Estas quando se encontram presentes representam um forte indicador de abuso sexual.

1- Papiloma Vírus Humano

O Papiloma Vírus Humano (HPV) é um dos grupos de vírus mais comuns que afetam a pele e mucosas. Na cavidade oral pode manifestar-se através de uma diversidade de lesões consideradas benignas como (Kumaraswamy e Vidhya, 2011):

- Verruga vulgar;
- Papiloma escamoso;
- Condiloma acuminado;
- Leucoplasia pilosa;
- Hiperplasia epitelial focal;
- Hiperplasia papilar;
- Líquen plano;

- Fibroma;
- Carcinoma verrucoso;
- Leucoplasia.

Devido à diversidade destas lesões, serão descritas apenas três (Condiloma acuminado, Hiperplasia epitelial focal e Carcinoma verrucoso), aquelas que na literatura consultada apresentam uma descrição mais detalhada das suas características, facilitando assim a sua identificação aos Médicos Dentistas.

O **Condiloma acuminado** apresenta-se com múltiplos nódulos pequenos, branco ou rosa, que proliferam e se aglutinam para formar tumores sésseis macios (Figura 8). O contorno da sua superfície tem um aspeto de couve-flor. Eles são muito raros na cavidade oral (Massoni *et alii.*, 2010).



Figura 8. Condiloma acuminado (Fonte: HPV Info Brasil, 2015).

A **Hiperplasia epitelial focal** ou doença de Heck é também uma doença que raramente se manifesta na mucosa oral. Aparece com mais frequência em crianças e mulheres, sendo mais comum em índios americanos, esquimós e algumas comunidades africanas. Caracteriza-se por múltiplas pápulas, de coloração rosa, individualizadas ou formando

placas (Figura 9). É assintomática e com tendência a regredir espontaneamente. A localização mais comum é o lábio inferior, podendo aparecer com menos frequência na língua, orofaringe, palato e lábio superior (Leto *et alii.*, 2011).



Figura 9. Hiperplasia epitelial focal (Fonte: Leto *et alii.*, 2011).

O **Carcinoma verrucoso** (Figura 10) é considerado como uma variante do carcinoma de células escamosas, tem a morfologia característica e comportamento clínico específico, frequentemente aparece na mucosa oral, gengiva, e alvéolo. Clinicamente, aparece com um crescimento exofítico produzindo uma lesão verrucosa em forma de couve-flor, localmente agressivo, mas bem circunscrito (Kumaraswamy e Vidhya, 2011).



Figura 10. Carcinoma verrucoso (Fonte: Harris *et alii.*, 2012).

2- *Treponema pallidum*

O *Treponema pallidum* é considerado o agente causador da Sífilis. É uma bactéria anaeróbia que apresenta uma forma filamentosa sendo transmitida sexualmente pela prática de sexo oral, anal ou vaginal, através de beijos ou até da placenta da mãe para o feto durante a gravidez (Ficarra e Carlos, 2009).

A sífilis desenvolve-se em diferentes estágios e os sintomas variam com o desenvolvimento da doença. Geralmente divide-se em três fases (Vinals-Iglesias e Chimenos-Kustner, 2009):

1. Fase primária;
2. Fase secundária;
3. Fase terciária.

A Fase primária da doença desenvolve-se ao longo de um período de uma a três semanas. Na cavidade oral, a sífilis manifesta-se preferencialmente na língua, no palato mole, nos lábios e na gengiva, através de úlceras endurecidas e indolores associadas ao aumento dos gânglios linfáticos submandibulares e cervicais. As lesões são assintomáticas e curam espontaneamente sem deixar cicatrizes (Ficarra e Carlos, 2009). Esta fase é considerada a mais contagiosa (Vinals-Iglesias e Chimenos-Kustner, 2009).

Na Fase secundária as manifestações orais (Figura 11) são bastante variáveis e podem apresentar características muito específicas. As lesões apresentam a forma de múltiplas placas dolorosas, cobertas por pseudomembranas brancas cercadas por eritemas. Os locais típicos são o palato mole, língua e mucosa vestibular (Ficarra e Carlos, 2009).

A Fase terciária é extremamente rara, pode aparecer três ou mais anos após a infecção inicial. As lesões podem afetar o palato duro, o palato mole, a língua, os lábios ou as amígdalas e aparecem isoladas ou em número reduzido, são duras apresentam-se pouco inflamadas e a sua forma é irregular (Vinals-Iglesias e Chimenos-Kustner, 2009).



Figura 11. Manifestação oral de sífilis secundária (Fonte: Ficarra e Carlos, 2009).

As lesões orais provocadas pela sífilis, são maioritariamente observadas por Médicos Dentistas. Nestes casos deve ser realizada uma biopsia a fim de comprovar o seu diagnóstico, bem como testes sorológicos (Czerninski *et alii.*, 2011); (Ramírez-Amador *et alii.*, 2012).

Quando este tipo de lesões se manifestam na cavidade oral de uma criança, representam um forte indicador de abuso sexual apesar de que a sífilis é uma das doenças sexualmente transmissível pouco incidente nesta população (Massoni *et alii.*, 2010).

VI. Síndrome de “Shaken-Baby”

Atualmente o Síndrome de “Shaken-Baby” é visto como um problema de saúde infantil, considerado como uma das formas mais graves de abuso, com taxas de mortalidade significativas e maior incidência em crianças com idade inferior a um ano. Em Portugal a sua incidência é desconhecida e provavelmente desvalorizada (Pereira e Magalhães, 2011).

Esta síndrome consiste na agitação manual vigorosa de uma criança que está a ser agarrada pelos ombros ou extremidades, fazendo com que a cabeça se desloque no sentido dos abanões. Devido à severidade de tais movimentos, pode causar hemorragias intracranianas e intraoculares, sem sinais externos de traumatismo craniano associadas a fratura de ossos (Paiva *et alii.*, 2011).

Dado que o cérebro de uma criança difere estruturalmente do cérebro do adulto, uma vez que o seu teor em água é superior e a sua mielinização é menor, quando a criança é abanada, o cérebro é comprimido (Figura 12) e simultaneamente, pela rotação a que pode ser sujeito, pode sofrer um processo de distorção dentro do crânio (Pereira e Magalhães, 2011).

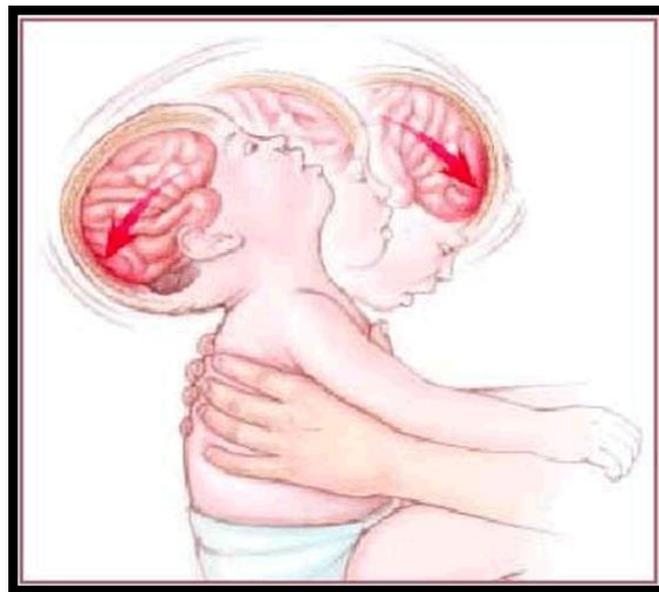


Figura 12. Movimento do cérebro causado pelo Síndrome de “Shaken baby” (Fonte: Brain Injury Group Foundation, 2015).

VII. O papel do Médico Odontopediatra face ao abuso e atuação legal

Os Médicos Odontopediatras desempenham um papel fundamental no reconhecimento e na sinalização/denúncia de maus tratos, uma vez que é na região orofacial que se manifestam mais de 50% das lesões características de abuso (Kiran e Kamalam, 2011).

Nos Estados Unidos da América, os Médicos Dentistas contribuem apenas com 1% do total das denúncias de abuso infantil, em Portugal dados relativos a esta problemática nem sequer existem (Crespo *et alii.*, 2011).

É importante salientar o facto de estes profissionais estabelecerem maioritariamente o primeiro contacto com a criança vitimizada, especialmente a partir da difusão do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, conhecido pelo Cheque Dentista. Isto é justificado pelo medo que os abusadores têm em serem descobertos, evitando a procura do pediatra, dirigindo-se mais facilmente ao Médico Dentista, para que as lesões mais visíveis sejam tratadas sem levantar suspeitas (Crespo *et alii.*, 2011).

Se aquando da avaliação das lesões se verificar inconsistência nas histórias relatadas pela vítima e pelo possível abusador ou por terceiros, há que suspeitar de um caso de abuso infantil (Magalhães, 2010).

Após essa suspeita, o Médico Dentista tem o dever de analisar criteriosamente as lesões encontradas, registando-as em formulários nos quais deve também constar a história da lesão relatada pela criança e pelo seu responsável. Se as lesões tiverem ocorrido no prazo de 72 horas, deve ser realizado de imediato o exame físico, sendo fundamental fotografar todas as lesões, que com o tempo cicatrizam e desaparecem (Magalhães, 2010).

As fotografias são extremamente uteis para documentar a lesão, mas obter a autorização para a sua recolha é uma das questões que sempre se coloca, pois numa situação suspeita de abuso torna-se complicado solicitar o seu consentimento perante o acompanhante da criança, principalmente quando este é o abusador (Crespo *et alii.*, 2011).

O registo fotográfico das lesões suspeitas de abuso infantil deve obedecer a uma série de critérios que se encontram explícitos na tabela abaixo apresentada (Tabela 10).

Tabela 10. Registo fotográfico da lesão (Adaptado de Crespo *et alii.*, 2011).

CRITÉRIOS PARA FOTOGRAFAR E DOCUMENTAR UMA LESÃO
Uma fotografia da face para identificação
Três fotografias de cada lesão, com diferentes aproximações (longo alcance, médio alcance e plano aproximado com destaque)
Todas as fotografias devem ter a data, hora, local onde foram realizadas e o nome do fotógrafo/perito
Deve ser usada uma escala de cores (para documentar com fidelidade a representação da cor nas fotografias)
Fotografar sem a régua
Fotografar com régua, usando a escala nº2 da American Abroad of Forensic Odontology (ABFO)
As imagens devem ser guardadas mantendo a ordem em que foram realizadas, em cada uma deve constar o número identificativo do processo

A documentação que deve constar do processo neste tipo de casos, deve contemplar para além das fotografias, do relato das circunstâncias que desencadearam a agressão e da descrição dos ferimentos, as radiografias orais das estruturas ósseas e dentárias que foram atingidas (AAPD, 2010).

De modo a diagnosticar de uma forma mais precisa a existência ou não de uma história abusiva ou de negligência infantil, é importante que os Médicos Dentistas conheçam a legislação e tendo em conta a sua ética profissional, devem sinalizar e avisar as entidades competentes, de modo a se poder colmatar estes tipos de abuso (McDonnell e Mackie, 2008).

O grande dilema que se coloca no ato da denúncia, é o receio que o diagnóstico não seja fidedigno, o que poderá culminar em graves consequências não só para a personalidade

da criança, como para o contexto familiar em que a criança se insere, ou mesmo para o próprio médico (McDonnell e Mackie, 2008).

Em caso de dúvida sobre se está ou não perante um caso de abuso, é importante que o Médico Dentista procure a ajuda de profissionais mais experientes, para que o diagnóstico seja preciso e não seja suscetível de qualquer incerteza. As diversas opiniões podem contribuir para que o diagnóstico seja rapidamente estabelecido e a denúncia seja feita, promovendo a proteção da criança (Cairns *et alii.*, 2004).

A denúncia pode ser feita diretamente ao Ministério Público, ao Tribunal da área de residência da vítima, perante as autoridades policiais (Policia de Segurança Pública-PSP, Guarda Nacional Republicana- GNR), ou dos serviços médico-legais. O caso deve também ser sinalizado à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, com o intuito de promover a proteção da criança. Este tipo de denúncia pode ser feito pessoalmente, por telefone ou fax (Crespo *et alii.*, 2011).

O Médico Dentista, bem como todos os outros profissionais de saúde, são obrigados por lei a denunciar uma suspeita de abuso. Esta obrigação de denúncia está descrita no artigo 242º (Anexo 1) do Código de Processo Penal (Magalhães, 2010).

De acordo com o artigo 48º (Anexo 2) do Código de Processo Penal, os crimes de violência doméstica, maus tratos e crimes contra a autodeterminação sexual, são crimes de natureza pública, assim sendo, o procedimento criminal não é dependente da queixa por parte da vítima, bastando apenas a denúncia ou o conhecimento do crime para o Ministério Público exercer a ação penal (Crespo *et alii.*, 2011).

Segundo a lei de Proteção de Crianças e Jovens (art.º 66º (Anexo 3), Lei 147/99 de 1 de Setembro), a obrigação de denunciar este tipo de crimes é alargada a todos os cidadãos (Crespo *et alii.*, 2011).

CONCLUSÃO

Chegado ao término desta tese e tomando como ponto de partida a realidade atual, no que concerne ao “*Abuso infantil- O papel do Médico Dentista no seu diagnóstico e atuação legal*”, depara-se que os maus tratos em crianças e a violência doméstica vivem no nosso cotidiano e que só após a década de 80 se começou a dar especial atenção a este assunto, através de instituições direcionadas à proteção infantil e aos meios de comunicação social, órgãos de sensibilização junto da opinião pública.

Pela análise reflexiva de vários críticos sobre este tema, designadamente, Crespo *et alii*. (2011) e Magalhães (2010), denota-se a importância que os profissionais de saúde, nomeadamente, o desempenho do papel do Médico Dentista têm na prevenção e intervenção nestes casos, tanto a nível intrafamiliar como extrafamiliar.

No entanto, apesar da obrigação legal destes profissionais de Saúde, muitos deles não denunciam as suas suspeitas de abuso, ou devido à sua pouca formação, ou por sigilo profissional, ou ainda por receio de cometer erros e de acusar injustamente os agressores.

Vários são os fatores de risco a que a criança está sujeita, respetivamente, de ordem individual, familiar e sociocultural, todavia, nem todos são considerados como indicadores de abuso. Cabe ao Médico Dentista discerni-los e em caso da existência dos mesmos, o profissional de saúde tem a função de recolher o máximo de informações, tanto a nível de fotografias, como o relato e descrição dos ferimentos e as radiografias orais das estruturas ósseas e dentárias que foram atingidas.

Uma vez que as lesões orofaciais se manifestam na maioria das crianças vítimas de abuso, há que salientar a contribuição vital da Medicina Dentária neste tipo de perícias, assim como o papel desempenhado das Ciências Forenses, no reconhecimento e interpretação dos respetivos sinais e lesões não acidentais, tendo em conta certas características, respetivamente, a forma o tamanho, o aspeto e a localização.

Leça *et alii*. (2011), Harris (2012) e Crespo *et alii*. (2011), referem que face a uma situação em que haja suspeita de maus tratos, o profissional de saúde tem a obrigação de

proteger a criança/jovem, prevenir a evolução para o perigo e evitar a recorrência, sendo assim urgente que o Médico Odontopediatra, em transdisciplinaridade com outros profissionais de saúde, analise atentamente os sinais de alerta, de modo a tecer todo o estoril da criança, acompanhando o estudo clínico do paciente, de intervir em qualquer tipo de abuso infantil, conversando em privado com a criança vitimizada sobre os seus receios e por fim, recolher toda a documentação e proceder à denúncia diretamente ao Ministério Público ou à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, com o objetivo de proteger a criança, na sua integridade física, psíquica e liberdade individual.

É também importante que os profissionais de Saúde observem o modo como a presença das dificuldades cognitivas, comportamentais e linguísticas da vítima, revelam fidedignamente, as causas que possam afetar o tratamento médico dentário e por fim, recolham toda a documentação oportuna.

Por outro lado, também Magalhães (2010) salienta que todos os profissionais de saúde dentária devem perceber que o seu depoimento pode ser fulcral em futuros casos de abuso infantil e sobretudo devem ter consciência das consequências a nível psicológico/emocional e cognitivo que daí possam advir, uma vez, que devido à sua ética profissional estão obrigados à denúncia obrigatória, segundo o Artigo 242º do Código do Processo Penal.

Além disso, segundo a Lei de Proteção de Crianças e Jovens (artº 66º, Lei 147/99 de 1 de setembro), a obrigação de denunciar este tipo de crimes é alargada a todos os cidadãos.

Conclui-se assim que, infelizmente, vivemos numa sociedade onde a violência e os maus tratos infantis perduram e por essa razão, o contributo da atuação legal do Médico Odontopediatra na prevenção destes casos, é muito importante para o desenvolvimento íntegro de qualquer criança vitimizada e na sua integração social.

Cabe aos Médicos Dentistas, contribuir para tal sucesso e assim se espera que este trabalho seja um marco importante no desenrolar de novos estudos e novas investigações, sempre cientes que o seu contributo poderá ajudar a colmatar um

problema de tão grande responsabilidade social, minimizando o sofrimento das crianças vítimas de maus tratos e das suas famílias.

BIBLIOGRAFIA

AAPD-American Academy of Pediatric Dentistry. (2010). Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *American Academy of Pediatric Dentistry*, 36(6), pp. 167-170.

Abranches, C., Assis, S. e Pires, T. (2013). Psychological violence and the family context of adolescent users of outpatient services in a public tertiary pediatric hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), pp.2995-3006.

Base de dados jurídica [Em linha]. Disponível em <http://bdjur.almedina.net/item.php?field=item_id&value=551849>. [Consultado em 20/02/2015].

Bhargava, K. *et alii*. (2012). Review research paper: an overview of bite mark analysis. *Journal of Indian Academy of Forensic Medicine*, 34(1), pp.61-66.

Brain Injury Group Foundation. [Em linha]. Disponível em <<http://braininjurygroupfoundation.sharepoint.com/siteimages/figura02.gif>>. [Consultado em 19/02/2015].

Cairns, A., Mok, J. e Welbury, R. (2005). 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*, 15(5), pp.310-318.

Cairns, A., Murphy, M. e Welbury, R. (2004). An overview and pilot study of the dental practitioner's role in child protection. *Child Abuse Review*, 13(1), pp.65-72.

Código de processo penal. [Em linha]. Disponível em <http://www.legix.pt/docs/PPP-30_Ago_2010.pdf>. [Consultado em 9/04/2015].

Coutinho, C. *et alii*. (2013). The role of the forensic dentist in criminal reports. *Revista da Faculdade de Odontologia*, 18(2), pp.217-223.

Crane, J. (2013). Interpretation of non-genital injuries in sexual assault. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), pp.103-111.

Crespo, M. *et alii.* (2011). O papel do médico dentista no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças. *Acta Médica Portuguesa*, 24, pp. 939-948.

Czerninski, R. *et alii.* (2011). Oral syphilis lesions--a diagnostic approach and histologic characteristics of secondary stage. *Quintessence International*, 42(10), pp.883-889.

Dubowitz, H. e Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *The Lancet*, 369(9576), pp.1891-1899.

Ermertcan, A. e Ertan, P. (2010). Skin manifestations of child abuse. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 76(4), pp.317-26.

Feliciano, K. e Caldas, A. (2006). A systematic review of the diagnostic classifications of traumatic dental injuries. *Dental Traumatology*, 22(2), pp.71-6.

Ficarra, G. e Carlos, R. (2009). Syphilis: the renaissance of an old disease with oral implications. *Head and Neck Pathology*, 3(3), pp.195-206.

Gondim, R., Muñoz, D. e Petri, V. (2011). Violência contra a criança: indicadores dermatológicos e diagnósticos diferenciais. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(3), pp.527-536.

Harris, J. (2012). Dental neglect in children. *Paediatrics and Child Health*, 22(11), pp.476-482.

Harris, J. *et alii.* (2012). Papiloma bucal em pacientes pediátricos. *Revista Clínica de Medicina de Família*, 5(1), pp. 46-50.

Hettiaratchy, S. e Dziewulski, P. (2004). ABC of burns: pathophysiology and types of burns. *British Medical Journal*, 328(7453), pp.1427-1429.

HPV Info Brasil. [Em linha]. Disponível em <<http://hpvinfo.com.br/fotos-de-hpv>>. [Consultado em 8/04/2015].

Kellogg, N. (2005). Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics*, 116(6), pp. 1565-1568.

Kenney, J. (2006). Domestic violence: a complex health care issue for dentistry today. *Forensic Science International*, 159, pp. S121-S125.

Kiran, K. e Kamala, B. (2011). Child abuse and the role of a dental professional--the Indian scenario. *Child Abuse & Neglect*, 35(3), pp.157-158.

Kos, L. e Shwayder, T. (2006). Cutaneous manifestations of child abuse. *Pediatric Dermatology*, 23(4), pp.311-320.

Kumaraswamy, K. e Vidhya, M. (2011). Human papilloma virus and oral infections: an update. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 7(2), pp.120-127.

Kumaraswamy, S. *et alii*. (2009). Pediatric injuries in maxillofacial trauma: a 5 year study. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 8(2), pp.150-153.

Leça, A. *et alii*. (2011). Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>>. [Consultado em 15/09/2014].

Leto, M. *et alii*. (2011). Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. *Anais Brasileiro de Dermatologia*, 86(2), pp.306-317.

Lincoln, H. e Lincoln M. (2010). Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. *Forensic Science International*, 201, pp. 68-73.

Loomba, K. *et alii.* (2010). A proposal for classification of tooth fractures based on treatment need. *Journal of Oral Science*, 52(4), pp.517-529.

Lyden, C. (2009). Caring for the victim of child abuse in the pediatric intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 28(2), pp. 61-66.

Magalhães, T. (2010). *Abuso de Crianças e Jovens. Da suspeita ao diagnóstico*. Lisboa, Lidel Editora.

Maguire, S. *et alii.* (2007). Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Archives of Disease in Childhood*, 92(12), pp.1113-1117.

Massoni, A. *et alii.* (2010). Orofacial aspects of childhood abuse and dental negligence. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(2), pp. 403-410.

Maior, J. *et alii.* (2007). A aplicação da fotografia em marcas de mordida. *International Journal of Dentistry*, 6(1), pp.21-24.

May-Chahal, C. e Cawson, P. (2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 29(9), pp. 969-984.

McDonnell, S. e Mackie, I. (2008). An urgent referral of a suspected case of child abuse. *British Dental Journal*, 205(11), pp.593-595.

Montecchi, P. *et alii.* (2009). 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*, 10(4), pp. 185-187.

Norman, R. *et alii.* (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 9(11), pp. 1-31.

Nunes, P. e Raminhos, I. (2010). Maus-tratos infantis - a realidade de um hospital distrital! *Acta Médica Portuguesa*, 23(3), pp. 413-418.

Nuzzolese, E. *et alii.* (2009). Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention. *International Journal of Dental Hygiene*, 7(2), pp. 96-101.

Odontologia Legal USP. [Em linha]. Disponível em <http://143.107.240.24/departamentos/sociais/legal/mecanismo_marcas.htm>. [Consultado em 03/02/2015].

Paiva, W. *et alii.* (2011). Traumatic brain injury and shaken baby syndrome. *Acta Médica Portuguesa*, 24(5), pp.805-808.

Pereira, S. e Magalhães, T. (2011). Síndrome do *shaken baby*. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S2), pp.369-378.

Pretty, I. (2008). Forensic dentistry: 2. Bitemarks and bite injuries. *Forensic Dentistry*, 35(1), pp.48-60.

Ramírez-Amador, V. *et alii.* (2012). Clinical Spectrum of Oral Secondary Syphilis in HIV-Infected Patients. *Journal of Sexually Transmitted Diseases*, 2013, pp.1-8.

Ribas, C. *et alii.* (2011). Perfil clínico-epidemiológico das Doenças Sexualmente Transmissíveis em crianças atendidas em um centro de referência na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil. *Anais Brasileiro de Dermatologia*, 86(1), pp.80-86.

Sanabe, M. *et alii.* (2009). Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. *Revista Paulista de Pediatria*, 27(4), pp.447-451.

Santos, J. (2009). *Criterios de valoración del daño corporal. Situación actual*. Madrid, Ediciones Díaz de Santos.

Skellern, C. e Donald, T. (2011) Suspicious childhood injury: formulation of forensic opinion. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 47(11), pp.771-775.

Swerdlin, A., Berkowitz, C. e Craft, N. (2007). Cutaneous signs of child abuse. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 57(3), pp.371-392.

Taveira, F. *et alii*. (2009). O abuso sexual intra e extra-familiar. *Acta Médica Portuguesa*, 22(6), pp.759-766.

Tipologia dos maus tratos. [Em linha]. Disponível em <<https://sites.google.com/site/maustratos/tipologiadosomesmaustratos>>. [Consultado em 10/02/2015].

Todos contra a pedofilia. [Em linha]. Disponível em <<http://todoscontraapedofilia.ning.com/profiles/blogs/sindrome-da-crianca-espancada>>. [Consultado em 06/02/2015].

Toon, M. *et alii*. (2011). Children with burn injuries--assessment of trauma, neglect, violence and abuse. *Journal of Injury & Violence Research*, 3(2), pp.98-110.

Unidade de saúde Familiar Marginal. [Em linha]. Disponível em <<http://www.usfsmarginal.com>>. [Consultado em 09/04/2015].

Vinals-Iglesias, H. e Chimenos-Kustner, E. (2009). The reappearance of a forgotten disease in the oral cavity: syphilis. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 14(9), pp.e416- e420.

Willumsen, T. (2004). The impact of childhood sexual abuse on dental fear. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32(1), pp.73-79.

Yadav, N. e Srivastava, P. (2014). Bite Marks: An Indispensible Forensic Odontological Evidence in Rape Cases. *Journal of Indian Academy of Forensic Medicine*, 36(3), pp. 303-307.

ANEXOS

Anexo 1

Artigo 242.º - Denúncia obrigatória (Fonte: Base de dados jurídica, 2015).

1 - A denúncia é obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos:

a) Para as entidades policiais, quanto a todos os crimes de que tomarem conhecimento;

b) Para os funcionários, na acepção do artigo 386.º do Código Penal, quanto a crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas.

2 - Quando várias pessoas forem obrigadas à denúncia do mesmo crime, a sua apresentação por uma delas dispensa as restantes.

3 - Quando se referir a crime cujo procedimento dependa de queixa ou de acusação particular, a denúncia só dá lugar a instauração de inquérito se a queixa for apresentada no prazo legalmente previsto.

Anexo 2

Artigo 48.º - Legitimidade (Fonte: Código de Processo Penal, 2015).

O Ministério Público tem legitimidade para promover o processo penal, com as restrições constantes dos Artigos 49º a 52º.

Artigo 49.º - Legitimidade em procedimento dependente de queixa (Fonte: Código de Processo Penal, 2015).

1 – Quando o procedimento criminal depender de queixa, do ofendido ou de outras pessoas, é necessário que essas pessoas dêem conhecimento do facto ao Ministério Público, para que este promova o processo.

2 – Para o efeito do número anterior, considera-se feita ao Ministério Público a queixa dirigida a qualquer outra entidade que tenha a obrigação legal de a transmitir àquele.

3 – A queixa pode ser apresentada pelo titular do direito respetivo, por mandatário judicial ou por mandatário munido de poderes especiais.

4 – O disposto nos números anteriores é correspondentemente aplicável aos casos em que o procedimento criminal depender da participação de qualquer autoridade.

Artigo 50.º - Legitimidade em procedimento dependente de acusação particular (Fonte: Código de Processo Penal, 2015).

1 – Quando o procedimento criminal depender de acusação particular, do ofendido ou de outras pessoas, é necessário que essas pessoas se queixem, se constituam assistentes e deduzam acusação particular.

2 – O Ministério Público procede officiosamente a quaisquer diligências que julgar indispensáveis à descoberta da verdade e couberem na sua competência, participa em todos os atos processuais em que intervier a acusação particular, acusa conjuntamente com esta e recorre autonomamente das decisões judiciais.

3 – É correspondentemente aplicável o disposto no nº 3 do artigo anterior.

Artigo 51º. - Homologação da desistência da queixa ou da acusação particular

(Fonte: Código de Processo Penal, 2015).

1 – Nos casos previstos nos Artigos 49º e 50º, a intervenção do Ministério Público no processo cessa com a homologação da desistência da queixa ou da acusação particular.

2 – Se o conhecimento da desistência tiver lugar durante o inquérito, a homologação cabe ao Ministério Público; se tiver lugar durante a instrução ou o julgamento, ela cabe, respetivamente, ao juiz de instrução ou ao presidente do tribunal.

3 – Logo que tomar conhecimento da desistência, a autoridade judiciária competente para a homologação notifica o arguido para, em cinco dias, declarar, sem necessidade de fundamentação, se a ela se opõe. A falta de declaração equivale a não oposição.

4 – Se o arguido não tiver defensor nomeado e for desconhecido o seu paradeiro, a notificação a que se refere o número anterior efetua-se editalmente.

Artigo 52º. - Legitimidade no caso de concurso de crimes (Fonte: Código de Processo Penal, 2015).

1 – No caso de concurso de crimes, o Ministério Público promove imediatamente o processo por aqueles para que tiver legitimidade, se o procedimento criminal pelo crime mais grave não depender de queixa ou acusação particular, ou se os crimes forem de igual gravidade.

2 – Se o crime pelo qual o Ministério Público pode promover o processo for de menor gravidade, as pessoas a quem a lei confere o direito de queixa ou de acusação particular são notificadas para declararem, em cinco dias, se querem ou não usar desse direito. Se declararem:

- a) Que não pretendem apresentar queixa, ou nada declararem, o Ministério Público promove o processo pelos crimes que puder promover;
- b) Que pretendem apresentar queixa, considera-se esta apresentada.

Anexo 3

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

Artigo 66º - Comunicação das situações de perigo por qualquer pessoa (Fonte: Base de dados jurídica, 2015).

1 - Qualquer pessoa que tenha conhecimento das situações previstas no artigo 3.º 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.

3 - Quando as comunicações sejam dirigidas às entidades referidas no n.º 1, estas procedem ao estudo sumário da situação e proporcionam a proteção compatível com as suas atribuições, dando conhecimento da situação à comissão de proteção sempre que entendam que a sua intervenção não é adequada ou suficiente.