



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

O papel do profissional de saúde oral no diagnóstico e sinalização de crianças vítimas de maus-tratos: Guideline para detetar e denunciar lesões de maus-tratos

Revisão sistemática

Aline Kichenasanthy Sivagamy Kichenassamy

Dissertação conducente ao Grau de Mestre em Medicina Dentária (Ciclo Integrado)

—

Gandra, maio de 2023

Aline Kichenasanthly Sivagamy Kichenassamy

**Dissertação conducente ao Grau de Mestre em Medicina Dentária
(Ciclo Integrado)**

O papel do profissional de saúde oral no diagnóstico e sinalização de crianças vítimas de maus-tratos: Guideline para detetar e denunciar lesões de maus-tratos



Trabalho realizado sob a Orientação de
Professora Doutora Ana Paula Lobo

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, acima identificado, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Comunicações Científicas em Congressos na Forma de Poster

(2ª Menção Honrosa para o Poster)


O PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE ORAL NO DIAGNÓSTICO E SINALIZAÇÃO DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE MAUS-TRATOS : GUIDELINE PARA DETETAR E DENUNCIAR LESÕES DE MAUS-TRATOS


***Kichenassamy, A. *Lobo, AP**
 *Estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do IUCS-CESPU
 *Professora Auxiliar do IUCS-CESPU

INTRODUÇÃO

Numerosas pesquisas mostraram que 50-70% das crianças abusadas fisicamente apresentam sinais de abuso na região da cabeça e pescoço.

Os profissionais de saúde oral encontram-se, assim, numa posição estratégica para detetar, diagnosticar, documentar e denunciar estes abusos às autoridades competentes.





OBJETIVO


Definir o papel dos médicos dentistas (MD) na deteção de maus-tratos a crianças e definir uma guideline para facilitar o diagnóstico e a sinalização de maus-tratos a crianças.

MATERIAIS E MÉTODOS:

Uma pesquisa com diferentes combinações de MeSH Terms no PubMed e no Scielo foi feita para encontrar artigos com as palavras-chave : "Child Abuse/diagnosis", "Child Abuse/legislation and jurisprudence" and "Dentists" and "Dental Care for Children"
 Foram seleccionados 16 artigos com menos de 10 anos (entre 2013 e 2023).

RESULTADOS

OBSTÁCULOS À DENÚNCIA DE MAUS TRATOS A CRIANÇAS



Alguns MD podem não ter recebido formação adequada na deteção e denúncia de abuso a crianças e, por conseguinte, não têm conhecimento das lesões causadas por abuso, o que os pode impedir de identificar sinais de abuso e denunciar casos suspeitos às autoridades competentes.

Alguns MD podem ter medo das consequências que podem ter um impacto negativo nas crianças.

Os MD podem ter reticências em denunciar abusos devido à ausência de provas concretas. No entanto, os MD não necessitam de provas para denunciar suspeitas de abuso a crianças.

DISCUSSÃO

COMO DIAGNOSTICAR ?

1

Avaliação do comportamento da criança :

- Medo dos pais
- Sem contato visual com adultos
- Distúrbios na interação social e emocional
- A interação da criança com os pais é anormal

2

Examinação da criança:

- Negligência : A criança está suja, negligenciada ou tem má higiene oral
- Abuso sexual : Dificuldade em ir à casa de banho ou engolir. Dificuldade em andar ou sentar-se
- Abuso físico : com lesões intra-orais e extra-orais

3

História :

- Podem ajudar a determinar se a lesão é resultado de um acidente ou de um ato intencional de violência
- É importante obter mais de uma história, uma da criança e outra separada do adulto.

4

Sinalizar :

- Situação de perigo ou de urgência
 ↓
 Serviços do Ministério Público nos Tribunais Judiciais e de Família e Menores
- Não urgência mas suspeita de abuso
 ↓
 Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ)

CONCLUSÃO

Os médicos dentistas têm um papel crucial no reconhecimento de casos de abuso a crianças, pelo que é essencial reconhecer e diagnosticar as várias lesões intra e extra-orais que podem ser indicadores essenciais para o diagnóstico. Por conseguinte, é importante desenvolver formações durante e após o período universitário para permitir a estes profissionais de saúde adquirirem mais competências e conhecimentos sobre deteção e denúncia de abusos.

BIBLIOGRAFIA

1. Bhatia Ganesha S, Eshwarini S.
 2. ...
 3. ...
 4. ...
 5. ...
 6. ...
 7. ...
 8. ...
 9. ...
 10. ...

Agradecimentos

A Deus, sem o qual eu não estaria aqui hoje. Agradeço-te por ouvires as minhas preces, por me protegeres e por me guiares no caminho certo.

Aos meus pais, que sempre fizeram sacrifícios consideráveis para garantir que as nossas necessidades fossem satisfeitas. O seu amor incondicional e a sua presença constante na minha vida são inestimáveis. Graças ao seu apoio, consegui realizar o meu sonho. Ficar-lhes-ei eternamente grata. Amo-vos

À Anita e ao Arnaud, que são modelos de vida para mim, foram sempre uma fonte de motivação para me tornar uma pessoa melhor. E, acima de tudo, deram-me os mais lindos presentes: Alia, Léo e Ajay.

Para Shankar, o amor da minha vida, que sempre foi um pilar na minha vida. Apesar da distância, sempre estiveste lá para mim, dando-me risos e conforto nos bons momentos e apoio inabalável nos momentos mais difíceis. Ao longo destes cinco anos, a tua presença foi de uma importância vital. Amo-te chellakutty

Ao Edgar, o melhor binômio do mundo, que esteve sempre ao meu lado nos últimos cinco anos para me apoiar, reconfortar e, sobretudo, pelos momentos de riso que passámos juntos.

A todos os amigos que conheci em Portugal, estou grato pelos últimos cinco anos que, graças a vós, foram cheios de momentos maravilhosos.

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Paula Lobo, por ter tido tempo para responder a todos os meus emails, mas também pela sua amabilidade e simpatia. Os seus vastos conhecimentos e sugestões foram fundamentais para a realização deste trabalho.

À CESPU e em particular a todos os professores, que me deram a oportunidade de realizar o meu sonho de ser médica dentista.

Resumo

Introdução: Numerosas pesquisas mostraram que 50-77% das crianças abusadas fisicamente apresentam sinais de abuso na região da cabeça e pescoço. Os profissionais de saúde oral encontram-se assim numa posição estratégica para detetar, diagnosticar, documentar e denunciar estes abusos às autoridades competentes.

Objetivo: Definir o papel dos médicos dentistas (MD) na deteção de maus-tratos (MT) a crianças e definir uma *guideline* para facilitar o diagnóstico e a sinalização de maus-tratos a crianças.

Materiais e Métodos: Uma pesquisa avançada com diferentes combinações de *MeSH Terms* no *PubMed* e no *Scielo* foi feita para encontrar artigos. Foram selecionados 16 artigos com menos de 10 anos (entre 2013 e 2023).

Resultados: As lesões mais comuns encontradas pelos MD em crianças maltratadas são: equimoses, cortes, abrasões, queimaduras, dentes fraturados. Existem obstáculos à denúncia destes casos, tais como falta de conhecimento, medo das consequências para a criança, e falta de provas.

Discussão: Foi criada uma *guideline* para ajudar os MD e profissionais de saúde em geral a diagnosticar lesões causadas por abuso a crianças, mas também para denunciar o abuso a crianças.

Conclusão: Os MD têm um papel crucial na deteção de MT, então, é importante desenvolver formações durante e após o período universitário para permitir aos MD adquirirem mais conhecimentos para identificar mais facilmente as crianças vítimas de abuso.

Palavras-chave: "*Child Abuse/diagnosis*", "*Child Abuse/legislation and jurisprudence*", "*Dentists*" , "*Dental Care for Children*"

Abstract

Introduction : Numerous surveys have shown that 50-77% of physically abused children show signs of abuse in the head and neck region. Oral health professionals are thus in a strategic position to detect, diagnose, document and report these abuses to the appropriate authorities.

Objective : To define the role of the dentist in the detection of child maltreatment injuries, as well as to identify, when to act, to whom and how to report the abuse and to define a guideline to help dentists in the steps to follow.

Materials and methods : An advanced search with different combinations of MeSH Terms in *PubMed* and *Scielo* was performed to find articles. Sixteen articles less than 10 years old (between 2013 and 2023) were selected.

Results : The most common injuries found by dentists in abused children are: bruises, cuts, abrasions, burns, broken teeth. There are obstacles to reporting these cases, such as lack of knowledge, fear of the consequences for the child, and lack of evidence.

Discussion : A guideline has been created to help dentists and health professionals in general to diagnose child abuse injuries, but also to report child abuse.

Conclusion : Dentists have a very important role so it is important to develop trainings during and after the university period to enable dentists to acquire more knowledge to more easily identify abused children.

Keywords : "*Child Abuse/diagnosis*", "*Child Abuse/legislation and jurisprudence*", "*Dentists*", "*Dental Care for Children*"

Índice geral

Declaração de Integridade	i
Comunicações Científicas em Congressos na Forma de Poster	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Índice geral	xi
Índice de figuras	xiii
Índice de tabelas	xiv
Índice de anexos	xv
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos:	xvi
Introdução.....	1
Objetivos.....	3
Materiais e Métodos.....	4
Protocolo e registo	4
Critérios de elegibilidade	4
Critérios de inclusão e exclusão.....	5
Fontes de informação e estratégia de pesquisa	5
Seleção dos estudos.....	7
Preparação para fundamentação teórica.....	7
Risco de viés.....	9
Resultados	10
Discussão	22
1. Diferentes tipos de abuso	22

1.1. Abuso físico	22
1.2. Abuso sexual	22
1.3. Abuso psicológico	23
1.4. Negligência	23
2. O papel do médico dentista na deteção e denúncia de abuso.....	24
2.1. Importância do médico dentista na deteção de lesões de abuso.....	24
2.2. Diferentes obstáculos à sinalização	25
2.3. Como diagnosticar as diferentes lesões relacionadas com o abuso.....	25
2.3.1. Abuso físico.....	26
a. Lesões extra-orais encontradas nas crianças.....	26
b. Lesões intra-orais encontradas em crianças	28
2.3.2. Abuso sexual.....	28
2.3.3. Abuso psicológico.....	29
2.3.4. Negligência	30
2.4. Como denunciar abusos?.....	32
3. Soluções para melhorar a identificação dos casos de abuso	33
4. Cuidados dentários para menores vítimas de abuso	34
5. Importância da formação para médicos dentistas	34
6. Evolução do conhecimento dos MD em lesões causadas por abuso ao longo do tempo	35
Limitações	36
Conclusão.....	37
Referências Bibliográficas.....	39
Anexos	41

Índice de figuras

Figura 1 – Fluxograma	8
Figura 2 – Distribuição quanto ao tipo de estudo.....	10
Figura 3 – Distribuição quanto ao ano de publicação.....	10
Figura 4 – Como sinalizar MT.....	33

Índice de tabelas

Tabela 1 – Estratégia PICOS.....	4
Tabela 2 – Critérios de inclusão e de exclusão	5
Tabela 3 – Estratégias de pesquisa	6

Índice de anexos

Anexo 1- Descrição dos aspetos da checklist Dows and Black.....	41
Anexo 2- Resumo da análise metodológica	45
Anexo 3- Guideline para deteção de lesões causadas por MT a crianças	48
Anexo 4- Guideline para denunciar lesões causadas por MT a crianças	49
Anexo 5- Exemplo de uma ficha de sinalização.....	51

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos:

CAN : Child Abuse and Neglect

CPCJ : Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

EAU : Emirados Árabes Unidos

GNR : Guarda Nacional Republicana

IPSS : Instituições particulares de solidariedade social

MD : Médico dentista

MT : Maus-tratos

NACJR : Núcleos de Ação de Saúde de Crianças e Jovens em Risco

OMS : Organização Mundial da Saúde

Introdução

Hoje em dia, os MT são um dos maiores problemas de saúde pública que atinge indistintamente todos os países e todas as sociedades, independentemente da idade ou sexo das vítimas, mas permanece mais elevado entre crianças e adolescentes, pois são seres vulneráveis que dependem dos seus pais/cuidadores.^(1,2) O MT a crianças tem sido estudado em todo o mundo. No entanto, é difícil saber a sua efetiva prevalência, devido às diferenças culturais, legais, conceituais e metodológicas dos estudos realizados, bem como à subnotificação que dificulta a sua verdadeira mensuração em diferentes países.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o abuso a crianças é definido como *"qualquer tipo de tratamento físico, sexual, emocional, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outra que resulte em danos reais ou potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder"*. Os abusos podem ser classificados em quatro tipos: negligência; abuso físico; abuso psicológico e abuso sexual.⁽²⁾ As manifestações de abuso afetam a vida dos seres humanos em diferentes fases de desenvolvimento e muitas vezes causam danos irreversíveis à sua saúde física, emocional e social.

Numerosas pesquisas mostraram que 50-77% das crianças abusadas fisicamente apresentam sinais de abuso na região da cabeça e pescoço ⁽³⁾, como escoriações ou contusões na língua, lábios, mucosa oral, palato duro e mole, gengiva, mucosa alveolar, rutura do freio; lesões dento-alveolares, avulsões, fratura da mandíbula.⁽³⁻⁷⁾ Os profissionais de saúde oral encontram-se assim numa posição estratégica para detetar, diagnosticar, documentar e denunciar estes abusos às autoridades competentes.

Todavia, esses abusos ainda são subnotificados pelos profissionais de saúde, incluindo a comunidade odontológica. Embora este assunto seja vital, a maioria dos profissionais ainda desconhece a atitude correta diante dos casos suspeitos de MT. Dentre as principais dificuldades descritas na literatura, cita-se: a ausência de histórico de MT, incerteza

diagnóstica, medo de envolvimento, falta de conhecimento relacionado ao abuso infantil e legislação. ⁽⁸⁻¹⁰⁾

Portanto, é necessário que os profissionais de saúde, incluindo os MD, sejam adequadamente treinados e informados sobre o procedimento a seguir para detetar e denunciar corretamente qualquer tipo de abuso.

Posto isto, em primeiro lugar, definiremos cada tipo de abuso e, em seguida, identificaremos as lesões que podem ser encontradas em diferentes tipos de abuso. Em segundo lugar, estabeleceremos uma *guideline* sobre como diagnosticar e sinalizar casos de MT. Por fim, discutiremos opções para melhorar a deteção de MT a crianças.

Objetivos :

O objetivo principal deste estudo é informar sobre os diferentes tipos de abuso, consciencializar e ajudar os profissionais de saúde a identificar os sinais de MT físicos, sexual, psicológicos e negligência.

O objetivo secundário é definir o papel do MD no manejo do abuso infantil, bem como determinar quando agir, a quem e como denunciar o abuso de acordo com o caso e definir uma *guideline* para ajudar os MD nos passos a seguir.

Materiais e métodos

Protocolo e registo

O protocolo de revisão que foi utilizado para a elaboração deste estudo foi descrito na declaração PRISMA (PRISMA statement) ⁽¹¹⁾, que utiliza uma lista que é composta por 27 itens que devem ser incluídos na revisão sistemática. Também tem sido utilizado o fluxograma PRISMA ⁽¹²⁾ consultados em 10-01-2023.

Crítérios de elegibilidade

O método PICOS « População, Intervenção, Comparação, Resultados e Desenho de Estudos» (Tabela 1), que se baseia em provas através da pesquisa de artigos científicos para uma revisão sistemática, é um meio de formular claramente uma questão de investigação. Numa primeira fase, os critérios primários foram definidos como artigos com menos de 10 anos (2013-2023), artigos em inglês ou espanhol.

P	População (Population)	Crianças e jovens menores de 18 anos que foram vítimas de abuso
I	Intervenção (Intervention)	O papel dos MD na deteção e denúncia de abuso a crianças
C	Comparação (Comparison)	Comparação de conhecimentos sobre lesões por abuso de crianças entre MD de diferentes países. A evolução destes conhecimentos após a formação
O	Resultados (Outcomes)	Protocolo adaptado para detetar o abuso a crianças Protocolo para denunciar de suspeitas de abuso a crianças
S	Desenhos dos estudos	Questionário, estudo transversal, caso clínico

Tabela 1 - Estratégia PICOS

A partir deste método, são definidas várias questões de investigação :

“Qual o papel do MD na deteção e sinalização de MT a crianças?”

“Como os MD podem detetar lesões causadas por MT a crianças?”

“Como denunciar lesões por abuso infantil ? ”

“ Como melhorar a deteção do MT a crianças?”

Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram definidos critérios de inclusão e exclusão (Tabela 2) a fim de selecionar os artigos mais relevantes para o nosso tema.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Estudos realizados em crianças e adolescentes que sofrem de abuso	Estudos sobre a violência em adultos
Artigos publicados entre 2013 e 2023 (menos de dez anos)	Artigos publicados há mais de dez anos
Artigo em inglês, francês e espanhol	Artigos em outras línguas além do inglês, francês ou espanhol
Artigos que examinam os conhecimentos dos MD	Artigos que tratam dos conhecimentos de outros profissionais de saúde e não de MD
Artigo sob a forma de: Artigos científicos, <i>guidelines</i> , relatório de caso	Artigos que são revisões sistemáticas
Artigo disponível na íntegra	Artigos não disponíveis na totalidade
Artigos que tratam das condições de MT que podem ser diagnosticados pelo MD.	Artigos cujo título ou resumo não abordassem o tema

Tabela 2-Critérios de inclusão e de exclusão para a seleção dos artigos

Fontes de informação e estratégia de pesquisa

Nesta revisão sistemática, as pesquisas foram efetuadas em duas fases. Em primeiro lugar, foi efetuada uma pesquisa de artigos científicos em diferentes bases de dados e, em

segundo lugar, foi efetuada uma pesquisa na Internet para encontrar os *guidelines* baseadas na deteção de lesões de abuso a crianças em diferentes países.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em duas bases de dados: *PubMed* e *Scielo* (*Scientific Electronic Library Online*). Os artigos analisados são os artigos que foram publicados entre 2013 e 2023 em inglês ou espanhol (no *Scielo*). A busca foi feita por palavras-chave e *MeSH Terms* relacionados ao nosso tema.

A pesquisa de *guidelines* que auxiliem na deteção de lesões de MT de crianças foi realizada na internet. Estas diretrizes foram publicadas entre 2006 e 2021 em inglês ou francês.

A pesquisa de artigos foi feita em duas bases de dados:

- PubMed com MeSH terms : (("Child Abuse/diagnosis"[Mesh] OR "Child Abuse/legislation and jurisprudence"[Mesh])) AND "Dentists"[Mesh] OR ("Child Abuse"[Mesh]) AND "Dental Care for Children"[Mesh]
- Scielo com as palavras-chave : " child abuse" AND "dentist"

As estratégias de pesquisa estão descritas na tabela 3

Base de dados	Palavras-chave	Artigos encontrados sem aplicação de filtro	Artigos encontrados após aplicação de filtros	Artigos selecionados
PubMed	(("Child Abuse/diagnosis"[Mesh] OR "Child Abuse/legislation and jurisprudence"[Mesh])) AND "Dentists"[Mesh]	166	37	10
	("Child Abuse"[Mesh]) AND "Dental Care for Children"[Mesh]	77	28	2
Scielo	" Child abuse" AND "Dentist"	10	6	3
	" Child abuse" AND " Dentistry"	11	7	1

Tabela 3- Estratégia de busca e bases de dados utilizados

Seleção dos estudos

Etapa I - Uma pesquisa avançada com diferentes combinações de *MeSH Terms* no *PubMed* e outras combinações de palavras-chave no *Scielo* foi feita para encontrar artigos que se enquadravam no nosso tema. Para abordar com este tema de uma forma mais atual, foram selecionados artigos com menos de 10 anos (entre 2013 e 2023). Os artigos duplicados na mesma base de dados foram eliminados utilizando a *Microsoft Excel®*. Foi feita uma seleção preliminar através da leitura dos títulos, objetivos e resumos, o que nos permitiu excluir os artigos que não correspondiam ao nosso tema.

Etapa II – De seguida foi feita uma seleção mais precisa pela leitura na íntegra de todos os artigos previamente selecionados na sua totalidade. Foram selecionados os artigos que preenchiam os critérios de inclusão e abordavam corretamente o tema.

Etapa III - Após a avaliação de todos os artigos lidos, foi feita uma seleção final dos artigos. Em seguida, foi feita uma tabela resumindo os dados importantes dos artigos selecionados.

Preparação para fundamentação teórica

Através de pesquisas bibliográficas em duas bases de dados (*PubMed* e *Scielo*), foi encontrado um total de 264 artigos. Após aplicar o filtro para remover artigos com mais de 10 anos e remover duplicados através da *Microsoft Excel®*, 192 artigos foram excluídos. Depois, 4 artigos foram excluídos após a leitura do título e resumo e 11 artigos foram excluídos porque eram revisões sistemáticas. Dos restantes 57 artigos, 15 artigos foram excluídos por não terem sido encontrados na sua totalidade na base de dados. Os 42 artigos foram lidos na sua totalidade para ver se os objetivos dos seus artigos correspondiam aos objetivos do nosso estudo. Após esta leitura, apenas 16 artigos foram selecionados. O processo de seleção de artigos está ilustrado no fluxograma PRISMA® na Figura 1.

Foi também feita uma pesquisa manual na Internet para encontrar diretrizes oficiais sobre como detetar lesões por abuso a crianças e como denunciá-los aos serviços sociais em diferentes países (França, Suíça, Inglaterra, ...). Sete artigos datados de 2006 a 2021 foram utilizados como base para a discussão do nosso estudo.

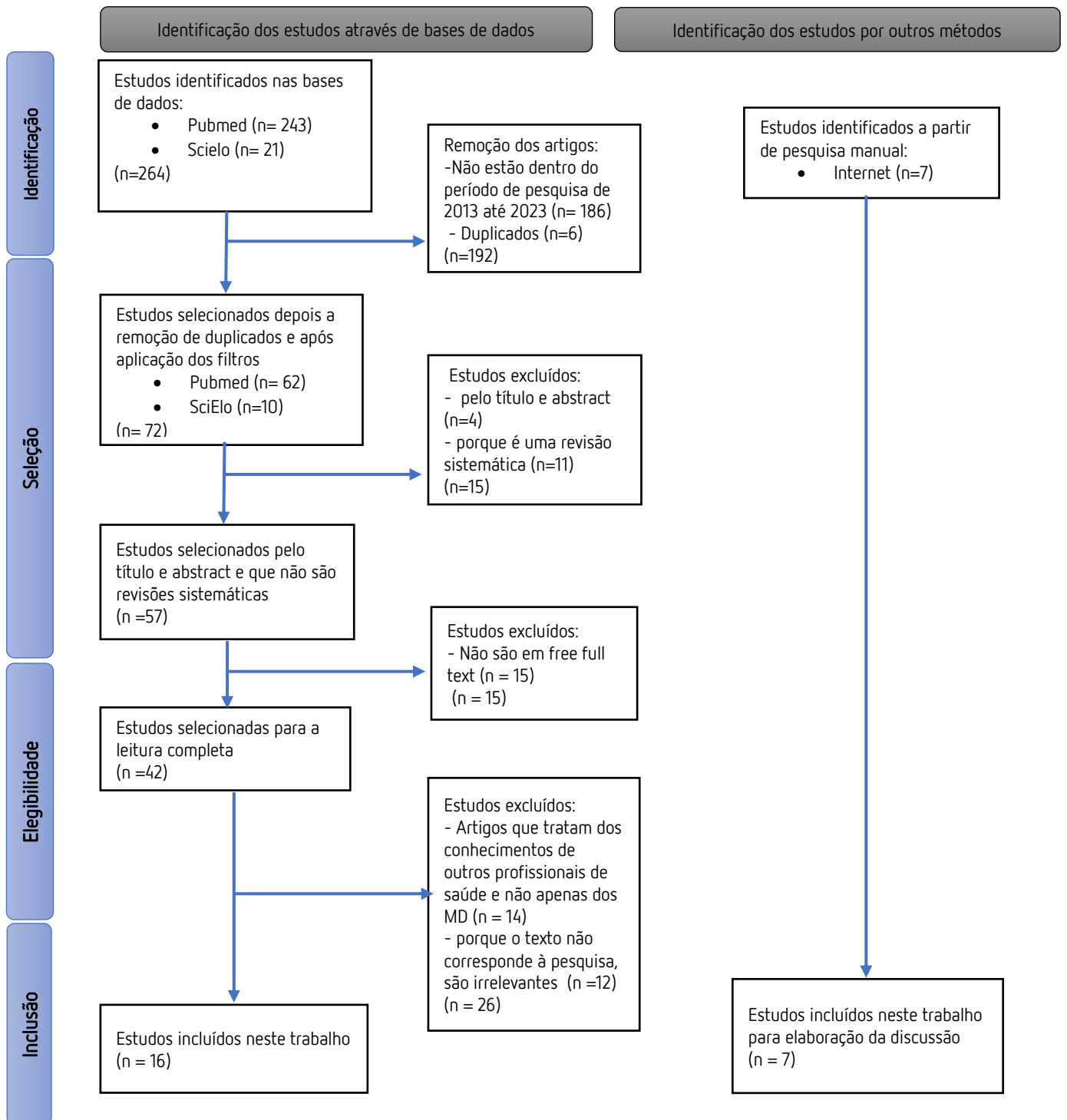


Figura 1- Fluxograma PRISMA

Risco de viés

Neste estudo, a escala *Downs and Black* (1998)⁽¹³⁾(Anexo 1) foi utilizada como um instrumento para avaliar o risco de viés de cada artigo (Anexo 2). Esta escala, composta por 27 itens, permite avaliar a qualidade metodológica de cada artigo de acordo com diferentes critérios:

- Informação: uma seção que é constituída por nove perguntas para avaliar se a informação principal no estudo está livre de viés.
- Validade externa: uma seção constituída por três questões para avaliar se os resultados do estudo são aplicáveis à população em geral com os mesmos critérios de inclusão
- Viés: uma seção constituída por sete questões para determinar a presença de viés quando existem diferentes métodos de medição entre diferentes grupos
- Viés de seleção: uma seção constituída por seis questões para avaliar se existe uma diferença na seleção dos participantes no estudo que possa comprometer a validade do estudo.
- Poder: uma seção constituída por apenas uma pergunta para avaliar a probabilidade de os resultados serem atribuídos ao acaso.

Cada uma das perguntas pode ser marcada com 0 ou 1, exceto a pergunta 5 que pode ser marcada com 2 pontos e a pergunta 27 que pode ser marcada com 0 a 5 pontos (Anexo 1). O número máximo de pontos é de 32. Os estudos são avaliados quanto à sua qualidade metodológica e classificados em três níveis: alta (pontuação de 25 a 32), moderada (pontuação de 17 a 24) ou baixa (pontuação de 0 a 16)⁽¹³⁾.

Resultados

A distribuição dos artigos de acordo com os diferentes tipos de estudos está representada no gráfico abaixo.

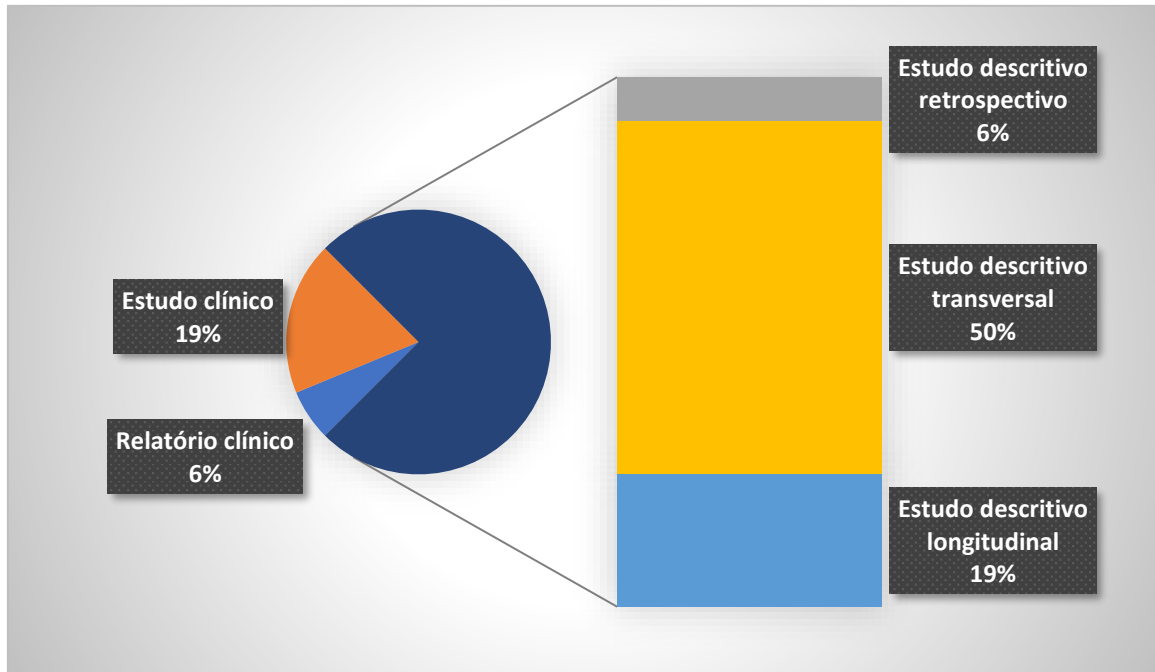


Figura 2- Distribuição quanto ao tipo de estudo

Além disso, foi elaborado um segundo gráfico da distribuição dos artigos de acordo com a sua data de publicação (Figura 3).

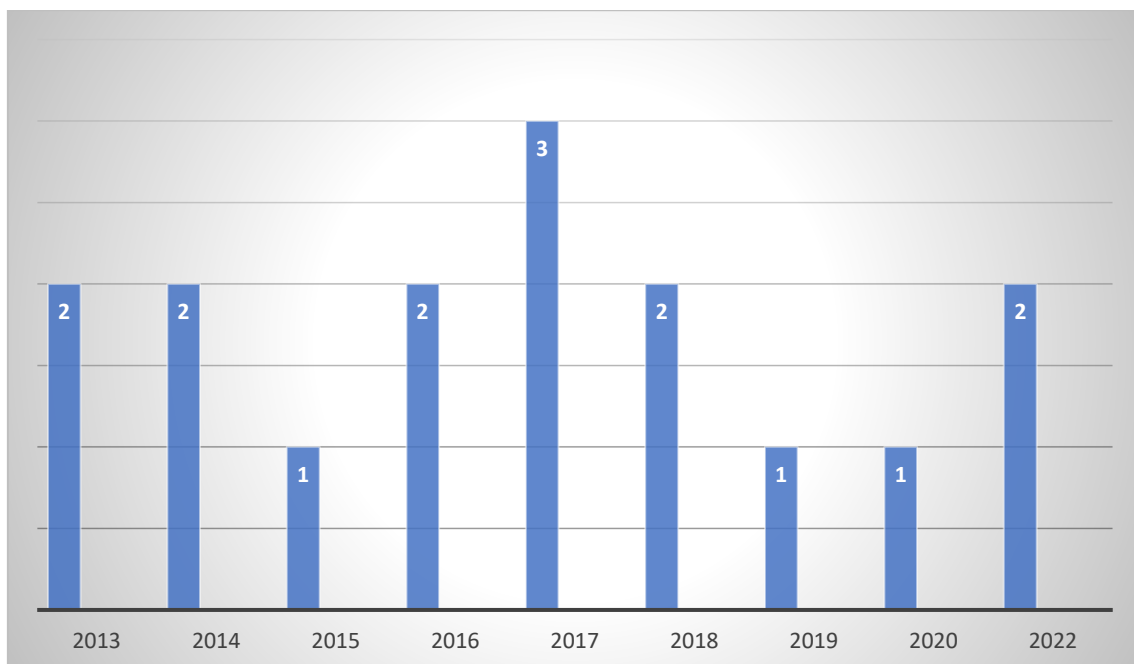


Figura 3 - Distribuição quanto ao ano de publicação

Dos 16 artigos selecionados, há seis artigos que se concentram nas lesões mais comuns por abuso a crianças que podem ser intra e/ou extra-orais. Depois, quatro artigos que salientam a falta de conhecimento dos MD sobre o reconhecimento destas lesões de abuso e os obstáculos que os impedem de diagnosticar e de denunciar aos serviços competentes.

Em seguida, alguns auxílios para o seu reconhecimento e diagnóstico de uma forma mais segura e fácil serão discutidos em três artigos. Um artigo incidirá exclusivamente sobre como lidar com crianças que tenham sido abusadas sexualmente em consultórios dentários.

Finalmente, dois artigos mostrarão a evolução dos conhecimentos dos MD após uma formação sobre abuso de crianças.

AUTORES/ ANO/ PAÍS DE PUBLICAÇÃO	DESENHO DO ESTUDO	OBJETIVO	TIPO DE AMOSTRA	RESULTADOS	CONCLUSÕES
<i>Susan A. Fisher-Owens et al.</i> ⁽³⁾ 2017 EUA Estados Unidos da América	Relatório clínico	Identificar lesões de MT intra-orais e lesões extra-orais em crianças e determinar o papel do MD na deteção destas lesões.		<p>Abuso físico: As lesões craniofaciais, na cabeça, rosto e pescoço, estão presentes em mais de metade dos casos de abuso a crianças.</p> <p>Abuso sexual: As taxas de lesões mais comuns em adolescentes abusados sexualmente são gonorreia com 12% e clamídia com 14%.</p> <p>Marcas de mordidas: podem indicar abuso</p> <p>Intimidação: Crianças sofrem anomalias orofaciais ou dentárias.</p> <p>Negligência dentária: A presença de cavidades não tratadas, doenças periodontais, infeções e problemas de mordidas que podem agravar-se se não forem tratadas.</p>	É importante que os MD e outros profissionais de saúde estejam suficientemente informados sobre os diferentes tipos de lesões abusivas e o seu significado para que possam identificá-las corretamente e denunciá-las aos serviços competentes.
<i>Harris et al.</i> ⁽⁵⁾ 2013 Reino Unido	Estudo descritivo transversal	Dar conselhos aos MD para identificar as lesões de abuso nas crianças e as medidas a tomar para assegurar o bem-estar da criança.	O presente estudo baseou-se em vários documentos oficiais da American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) of Child Protection and the Dental Team e of The British Society of Paediatric Dentistry (BSPD).	A avaliação das lesões físicas inclui: avaliação do dano, levantamento do histórico e depois avaliação da situação geral (comportamento da criança). Sinais e sintomas de abuso sexual são uma história de agressão sexual, presença de doença venérea, gravidez numa criança com menos de 12 anos de idade Os abusos emocionais podem ser notados em bebés irritáveis, ou	O MD tem um papel fundamental na proteção da criança, uma vez que pode ser confrontado com casos de abuso infantil. No entanto, é necessário que a equipa dentária esteja suficientemente informada sobre os diferentes sinais de MT para diagnosticar estas

				naqueles que não querem comer ou em crianças com desenvolvimento atrasado. Adolescentes que sofrem de abuso psicológico podem ter problemas com drogas ou álcool	lesões e identificar casos de suspeita.
<i>Martagón Cabrera et al.⁽¹⁾ 2016</i> México	Estudo clínico	Identificar lesões intra e extra-orais para permitir aos MD de fazer um diagnóstico adequado destas lesões quando elas ocorrem.	O estudo de caso foi feito num rapazinho de 2 anos e 5 meses com edema periorbital, numerosas fracturas e outras lesões orofaciais. Foi apresentado ao departamento de urgência do Instituto Nacional de Pediatria, onde foi diagnosticado como uma criança que sofria de MT.	O paciente tem numerosas lesões intra-orais: Dor ao abrir a boca, leve desvio mandibular para o lado direito e presença de gengivite localizada ao nível do setor anterior Tem também lesões extra-orais: edema nas duas pálpebras, infecção ocular crónica, uma luxação do cotovelo esquerdo, uma fractura da tibia esquerda e uma fractura da quinta costela esquerda.	Os MD têm um papel muito importante no reconhecimento de casos de abuso a crianças, pelo que é essencial reconhecer e diagnosticar as várias lesões intra e extra-orais que podem ser indicadores essenciais para o diagnóstico. O diagnóstico não se limita apenas ao exame clínico oral, mas deve incluir um exame clínico extra-oral completo para obter uma visão geral das lesões da criança e do seu ambiente.
<i>Requena Mendoza et al.⁽⁴⁾ 2014</i> México	Estudo clínico	Identificar as lesões devidas a negligência por falta de cuidados médicos e as consequências que podem ter para a criança.	O estudo de caso foi feito sobre uma menina de 9 anos que foi encaminhada pelo seu MD escolar para a clínica pediátrica por causa de numerosas cáries, dentes mal posicionados (apinhamentos).	A paciente apresenta tártaro, numerosas cáries, abscessos periapicais, gengivite generalizada, mal posicionamento dentário e especialmente má oclusão. Além disso, é necessário observar o comportamento da criança que tem uma atitude totalmente indiferente durante o tratamento dentário.	Neste estudo, a negligência em geral, e a negligência dentária em particular, resulta em muitas lesões que irão afetar a vida da criança. Por conseguinte, é importante diagnosticar cada lesão a fim de

					estabelecer um plano de tratamento o mais rapidamente possível para melhorar o bem-estar e o desenvolvimento da criança.
<i>Cavalcanti et al.</i> ⁽¹⁴⁾ 2020 Brazil	Estudo descritivo retrospectivo	Identificar a prevalência das lesões ao nível da cabeça e da boca devido a abuso a crianças e adolescentes.	O estudo foi realizado no Centro de Medicina Legal e Odontologia Forense no Brasil, onde um examinador recolheu dados durante um ano (de Junho de 2018 a Junho de 2019), recolheu 3854 relatórios médicos e depois de excluir casos inconclusivos, a amostra final foi composta por 335 relatórios médicos, incluindo crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos. Os dados foram analisados de acordo com diferentes variáveis (sexo, idade, características da lesão,...)	A maioria das vítimas eram mulheres (60,3%), e o número de agressões parece ser proporcional à idade das vítimas, sendo os adolescentes os mais afetados entre os 15 e os 18 anos de idade (57,6%). A violência ocorre frequentemente dentro da família (50,6%), com uma pessoa que a vítima conhece bem (91,5%). As vítimas têm mais frequentemente lesões múltiplas (pelo menos 3 áreas do corpo afetadas, 93,4%), e as mais frequentes são as lesões contundentes (86,2%). As lesões na cabeça e na boca estão presentes num terço dos casos.	O abuso físico é mais comum entre as adolescentes, resultando em várias lesões em todo o corpo. As lesões da região maxilofacial são particularmente comuns.
<i>Lourenço e al.</i> ⁽⁸⁾ 2013	Estudo descritivo transversal	Determinar se existe uma associação entre a presença de cárie dentária e a	Na cidade de Pacoti, entre Setembro e Dezembro de 2010, 149 crianças foram	Na avaliação oral das 149 crianças, verificou-se que tinham uma média de 2,85 cpod, com 16 crianças com valores muito elevados de cpod (≥ 7), 85	Existe uma tendência para uma associação entre a experiência de cáries dentárias e fatores de

Brazil		negligência em crianças de cinco anos.	submetidas a exames orais e físicos.	crianças com valores intermédios ($1 \leq \text{cpod} \leq 6$) e 48 crianças com valores extremamente baixos ($\text{cpod} = 0$). No exame físico, no que diz respeito aos cuidados de higiene (por exemplo, limpeza, dentes, cabelo, unhas), apenas uma criança tinha má higiene geral de cabelo e unhas, e 48 crianças (32,2%) tinham má higiene dentária. Em termos de lesões físicas, apenas uma criança tinha feridas no braço, e em termos de atrasos de desenvolvimento, apenas uma criança com paralisia cerebral foi afetada. Foram encontradas associações entre a experiência de cárie e a razão da última visita ($p = 0,011$), dentes cariados e percepção da saúde oral da criança ($p = 0,001$). Houve uma tendência para uma associação significativa entre saúde geral e dentes cariados ($p = 0,079$), higiene geral e experiência de cárie ($p = 0,083$), e a experiência de cárie e o número de vezes que a criança escova os seus dentes ($p = 0,086$).	risco sugestivos de negligência.
<i>Hajeri et al.</i> ⁽¹⁰⁾ 2018 EAU Emirados Árabes Unidos	Estudo descritivo transversal	Avaliar os conhecimentos e a experiência dos MD nos Emirados Árabes Unidos sobre o abuso as crianças. Identificar	650 questionários foram distribuídos aos MD dos EAU que participaram no evento dentário da região do Médio Oriente e Norte de África realizado	Dos 381 inquiridos, apenas 152 tinham alguma vez suspeitado de Child Abuse and neglect (CAN) 39%. Ortodontistas, dentistas pediátricos e MD do sexo feminino eram mais competentes no diagnóstico da CAN. Os dentistas	Os MD da EAU parecem carecer de conhecimentos e experiência em matéria de abuso a crianças. Além disso, diferentes fatores afetam a denúncia de

		as variáveis que afectam o conhecimento dos MD e a denúncia de abuso aos serviços sociais.	anualmente no Dubai. Houve 501 respostas, no entanto, 120 questionários foram excluídos devido aos critérios de exclusão. Para este estudo, foram utilizados 381 questionários.	pediátricos tinham mais formação pós-graduada do que outros especialistas. Os obstáculos à denúncia de abusos eram o medo da violência doméstica (59,6%), o desconhecimento do que fazer em caso de abuso (60,2%) e a falta de certeza do diagnóstico (54,9%). Além disso, os MD educados nos países ocidentais e asiáticos eram mais propensos a denunciar abusos do que os MD qualificados dos países árabes e do Conselho de Cooperação do Golfo.	abusos, tais como o sexo, a especialidade e o país de qualificação dos MD. Este conhecimento deve ser melhorado através de formação para melhorar o diagnóstico e a denúncia de abuso a crianças.
<i>Olatosi et al.</i> ⁽²⁾ 2018 Nigéria	Estudo descritivo transversal	Determinar os conhecimentos e a experiência dos residentes dentários na Nigéria sobre o CAN.	Foi distribuído um questionário anónimo os MD em instituições de formação e hospitais na Nigéria. Houve 179 respostas	179 MD participaram neste estudo, dos quais 58 eram residentes dentários, 33 especializados em cirurgia maxilo-facial e 20 em odontologia conservadora. As lesões mais comuns são contusões atrás das orelhas (90,5%); verrugas orais (63,7%); baixa auto-estima (88,3%), cáries sem tratamento (76,5%). Setenta e quatro (46,5%) dos inquiridos não avaliaram crianças para a CAN e apenas 12 (14,1%) dos que observaram casos suspeitos de CAN reportaram ao serviço social. Os principais obstáculos ao encaminhamento de casos de CAN foram a falta de conhecimento e preocupações com a confidencialidade.	Existe uma lacuna entre a deteção e a comunicação de suspeitas de abuso. Por conseguinte, é importante desenvolver cursos de formação durante o período universitário para permitir aos estudantes adquirirem mais competências e conhecimentos sobre deteção e denúncia de abusos.
<i>Kvist e al.</i> ⁽¹⁵⁾ 2014	Estudo descritivo transversal	Identificar os fatores que influenciam a	19 pessoas foram selecionadas para	A decisão de denunciar ou não o abuso ocorre mais frequentemente em 3	A denúncia de suspeitas de abuso é um desafio

Suíça		denúncia de abuso aos serviços sociais.	participar em grupos focais. O estudo consistiu em quatro grupos focais e cada grupo focal compreendia entre duas a seis pessoas. Os grupos foram conduzidos em clínicas dentárias e foram registados e duraram aproximadamente 1,5 horas.	situações: apoiar ou denunciar, diferenciar entre bem-estar e abuso, apoio ou aconselhamento desnecessário.	para os MD devido às dificuldades em confirmar as suspeitas e também devido à falta de consequências da denúncia. Por conseguinte, é importante a colaboração entre diferentes profissionais de saúde, a fim de facilitar a denúncia de suspeitas de abuso.
Uldum et al. (9) 2017 Dinamarca	Estudo descritivo longitudinal	Avaliar o papel dos MD dinamarqueses na proteção de crianças, e identificar barreiras à denúncia de abusos aos serviços sociais.	O questionário foi enviado por correio a uma amostra aleatória de 25% de todos os MD e higienistas dentários dinamarqueses. O questionário foi enviado à mesma população do estudo em 2013. Em 2017, o questionário foi enviado a 1438 pessoas.	A taxa de resposta foi de 67,0 %. Dos profissionais que tinham preocupações, apenas 50% comunicaram as suas preocupações aos serviços sociais em 2017 contra 33,9 % em 2013. Os resultados mostraram que 8,6% dos inquiridos (antes 6,8%) tinham tido a certeza de abuso e negligência a crianças nos últimos 6 meses. Mais de 80% dos inquiridos prefeririam remeter as suas preocupações para os serviços sociais do que para a polícia. Os obstáculos à denúncia de abusos são a incerteza sobre as observações, o medo de mais violência sobre a criança, a incerteza sobre o procedimento de denúncia.	Tem havido um aumento na formação pós-graduada sobre abuso a crianças, contudo as barreiras ao encaminhamento para os serviços sociais permaneceram praticamente inalteradas durante um período de 5 anos. Por conseguinte, é importante continuar a formação sobre este tópico a fim de reduzir a distância entre a suspeita e a denúncia.
Kaihara e al. (16)	Estudo descritivo transversal	Desenvolver indicadores para	Este estudo foi realizado em 3569 crianças em	Do total de 3569 crianças, 2,49% representariam a proporção de crianças	A colaboração entre os profissionais de saúde e os

<p><i>2022</i></p> <p>Japão</p>		<p>diagnosticar MT a crianças baseados em dois fatores: a saúde oral e o comportamento da criança na escola.</p>	<p>escolas primárias de Hiroshima, que foram selecionadas aleatoriamente. O questionário de 23 perguntas foi distribuído aos professores para detetar rapidamente casos de suspeita de abuso a crianças.</p>	<p>maltratadas, das quais 43 são rapazes e 46 são raparigas. Segundo o estudo, existem diferentes indicadores de crianças abusadas, tais como ansiedade e tensão (agitação), limpeza corporal (unhas longas, aparência desgredada, etc.), estado corporal (presença de feridas e cicatrizes devido a espancamentos), estado e limpeza da roupa (suja ou mal lavada), mas também problemas comportamentais (socialização) e emocionais (concentração). Em alternativa, o absentismo escolar ou a interrupção das visitas à clínica dentária podem indicar uma nutrição parental inadequada. Por outras palavras, para os MD que estão conscientes das características comportamentais das crianças maltratadas, a observação cuidadosa das crianças e dos seus pais pode levar à deteção precoce e à prevenção de abusos.</p>	<p>que trabalham na educação é muito importante, pois permite a deteção precoce de casos de abuso a crianças. A lista de controlo desenvolvida neste estudo é eficaz na deteção de casos em maior escala, mas poderia ser ainda melhorada.</p>
<p><i>Park e al.</i> ⁽¹⁷⁾ 2015</p> <p>UK (Reino Unido)</p>	<p>Estudo de caso clínico</p>	<p>Determinar a importância do papel do MD na identificação das necessidades médicas e emocionais da criança, a fim de as proteger através de</p>	<p>130 crianças foram examinadas entre Dezembro de 2009 e Março de 2012 por uma equipa dentária de três pessoas que receberam formação para padronizar a avaliação e</p>	<p>Através do formulário de avaliação, é realizado um exame clínico completo para todas as crianças de acordo com os critérios da Associação Britânica para o Estudo da Medicina Dentária Comunitária. Este estudo salientou a importância do papel do MD na deteção de abusos, mas também a importância</p>	<p>A deteção de abuso foi melhorada pela presença de uma avaliação clínica oral completa e o protocolo de avaliação contribui para isso, melhorando a partilha de informação.</p>

		um protocolo de avaliação.	o registo dos dados dentários de cada paciente. Neste artigo, foram sublinhados dois casos clínicos.	da partilha de informação entre diferentes disciplinas. Além disso, foi criado um anexo dentário para complementar o formulário de avaliação.	
<p><i>Hartung et al.</i> (18)</p> <p>2019 Alemanha</p>	Estudo descritivo transversal	Identificar os vários problemas associados à identificação, cuidados e tratamento de crianças suspeitas de negligência dentária e encontrar soluções para estes problemas.	<p>O estudo pode ser dividido em duas partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recolha de dados quantitativos: Dez MD de 25 a 58 anos (nove da Renânia do Norte-Vestefália e um da Baixa Saxónia) participaram no estudo através dois questionários, um para MD e outro sobre as crianças. - Recolha de dados qualitativos: Quatorze MD da Renânia do Norte-Vestfália participaram dos grupos focais e tinham entre 27 e 35 anos 	<p>De Março de 2015 a Agosto de 2016, houve 102 casos suspeitos de negligência dentária, dos quais 56 eram rapazes (54,9%) e 46 raparigas (45,1%). Além disso, a relação média cpod/CPOD foi de 9,7, o que é superior a 4,5 e, por conseguinte, considerado como sendo de má saúde dentária e parece aumentar com a idade.</p> <p>Os MD sentem-se impotentes, sozinhos e sobrecarregados quando confrontados com negligência dentária, uma vez que relatam uma falta de conhecimento sobre protecção de jovens e a lei (quando e como contactá-los).As diferentes soluções propostas são:</p> <p>-A presença de uma pessoa de referência a contactar em caso de suspeita de negligência dentária</p>	Note-se que os casos de suspeita de negligência dentária não são devidamente comunicados e tratados. É portanto necessário encontrar soluções para remediar esta situação, tais como a realização de formação para fornecer aos MD os conhecimentos necessários para lidar este tipo de situação.

				<p>-Aumento da remuneração dos MD que são capazes de detetar casos de negligência dentária</p> <p>-Formação sobre abuso de crianças e negligência geral para aumentar os conhecimentos dos MD sobre este assunto</p>	
<p><i>Ramírez Solano et al.</i> ⁽¹⁹⁾</p> <p>2017</p> <p>Costa Rica</p>	Estudo descritivo transversal	Identificar os cuidados e medidas a tomar pelo MD com crianças que tenham sofrido de violência sexual.	Os dados foram recolhidos utilizando questionários feitos por investigadores sobre os comportamentos das crianças que tinham sofrido violência sexual.	Entre Setembro de 2015 e Abril de 2016, entre as crianças que foram abusadas sexualmente, existe uma proporção mais elevada de raparigas (72%) em comparação com os rapazes (28%). Durante a consulta dentária, a maioria permite que o tratamento seja realizado mas permanece nervosa (72%). 64% dos profissionais tratariam estas crianças da mesma forma que as outras crianças. 71% dos profissionais pensam que há necessidade de uma pausa durante o tratamento dentário para crianças maltratadas.	Durante a primeira consulta, deve ser estabelecida uma relação de confiança entre a criança e o MD para que a consulta corra bem. É importante prestar atenção ao contacto físico, que pode causar um sentimento de insegurança na criança, pelo que este deve ser mantido a um nível mínimo. As crianças abusadas sexualmente sofrem frequentemente de receios dentários, pelo que é importante que o MD trate a situação com paciência.
<p><i>Harris et al.</i> ⁽²⁰⁾</p> <p>2022</p>	Estudo descritivo longitudinal	Determinar se a formação e experiência dentária	Um questionário anónimo foi enviado em	As taxas de resposta diminuíram entre os dois estudos de 66,3% em 2005 para 62,4% em 2016. Foram observados	Os MD parecem ter melhor formação e mais experiência em abuso de

<p>Reino Unido</p>		<p>no diagnóstico de MT melhorou desde 2005. Identificar os factores que influenciam o diagnóstico.</p>	<p>2005 a 789 pessoas e em 2016 a 575 pessoas. Os participantes neste estudo eram membros da British Society of Paediatric Dentistry, incluindo MD e profissionais de saúde dentária</p>	<p>aumentos no número de especialistas em pediatria (29,5% vs 38,3% em 2016) o número de inquiridos com formação pós-graduada (87,2% vs. 99,7%), casos suspeitos de abuso (67,9% vs. 82,3%), denúncia de abuso (30,7% vs. 61,0%), o número de inquiridos que denunciaram cinco ou mais abusos aos serviços sociais (0,4% vs. 14,6%). No entanto, a proporção daqueles que suspeitaram mas nunca encaminharam uma criança diminuiu de 37,2% para 21,3% e a proporção daqueles que vêem crianças com dentes negligenciados todos os dias ou com maior frequência permaneceu inalterada.</p>	<p>crianças em 2016 do que em 2005. Parecem estar mais confiantes na denúncia de casos de abuso aos serviços sociais, o que ajuda a reduzir o fosso entre o reconhecimento e a denúncia.</p>
<p><i>Al-Dabaan et al.</i>⁽²¹⁾ 2016 Arábia Saudita</p>	<p>Estudo descritivo longitudinal</p>	<p>Avaliar os conhecimentos e experiência dos MD na Arábia Saudita através formação em linha (online training) sobre abuso a crianças.</p>	<p>Oitenta e dois MD que exercem na Arábia Saudita preencheram um questionário online constituído por oito categorias de perguntas e os seus conhecimentos foram avaliados em momentos diferentes, antes da formação, directamente após a formação e um mês após a formação.</p>	<p>Os MD que tinham feito a formação em linha pareciam ter um aumento de conhecimentos sobre o abuso de crianças. Além disso, esta formação levou a uma maior ênfase neste tópico dentro da sua prática:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi designado um membro do pessoal para gerir a área do abuso de crianças (29%) - A maioria dos participantes parece estar informada sobre o abuso de crianças - 27,4% relataram um caso suspeito de CAN após a sua formação 	<p>A formação em linha de proteção infantil provou ser benéfica e alcançou resultados positivos. Permite aos MD ter uma mentalidade mais consciente e protetora em relação às crianças.</p>

Discussão

Desde 1999, a OMS reconhece o abuso a crianças como um problema de saúde pública devido aos efeitos físicos e emocionais que pode ter nas crianças, e também, ao trauma emocional e financeiro que pode causar às suas famílias e às consequências económicas e sociais que pode ter na comunidade ⁽⁴⁾.

O abuso a crianças é, por conseguinte, definido como qualquer ato, negligência ou abandono cometido contra uma pessoa com idade inferior a 18 anos, pondo em perigo o seu desenvolvimento físico e/ou mental, que pode ser perpetrado pelos pais ou tutores legais da criança ⁽⁴⁾. Desta definição decorrem quatro formas de MT a crianças e adolescentes: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional e negligência dentária.

1. Diferentes tipos de abuso

1.1. Abuso físico

Os MT físicos são definidos como qualquer comportamento agressivo ou gesto violento que ultrapasse o uso normal da força e que resulte numa lesão não acidental e, por conseguinte, intencional na criança ⁽⁴⁾. Essa violência é hoje a mais encontrada em crianças e a mais conhecida que pode causar lesões físicas graves, até a morte nas piores situações.

Algumas autoridades sugerem que a cavidade oral pode desempenhar um papel central na violência física, dada a sua importância na comunicação e na nutrição ⁽³⁾. Além disso, as lesões na cabeça, rosto e pescoço ocorrem em mais de metade dos casos de abuso de crianças ⁽³⁾ é, por conseguinte, mais suscetível de ser detetada pelo MD.

1.2. Abuso sexual

De acordo com a OMS, o abuso sexual é definido como "*o envolvimento de uma criança numa actividade sexual que ela não compreende totalmente, não é capaz de consentir de forma informada, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento, ou em actos sexuais que violam tabus sociais*" ^(22,23)

Devido à definição alargada de abuso sexual, que não se limita à penetração vaginal ou anal, as provas físicas são geralmente muito raras após uma agressão sexual. Embora alguns sinais possam ser meros achados não específicos das variações do normal. Por conseguinte, recomenda-se que uma criança suspeita de ser vítima de abuso sexual seja encaminhada para um especialista qualificado. ⁽²³⁾

1.3. Abuso psicológico

O abuso emocional é uma forma de violência que pode ser difícil de detetar, mas cujos efeitos podem ser tão devastadores como os de outras formas de abuso. Ocorre quando os responsáveis pela educação de uma criança adotam uma atitude negativa e destrutiva em relação a ela, rebaixando-a constantemente através de insultos, humilhações e ameaças. Os danos para o bem-estar emocional e psicológico da criança são maiores a longo prazo se os MT se prolongarem no tempo.

Além disso, a criança é constantemente confrontada com mensagens negativas sobre o seu futuro. As crianças que assistem a discussões verbais, psicológicas ou físicas entre os pais encontram-se frequentemente entre as vítimas de MT psicológicos, mesmo que não estejam diretamente envolvidas em conflitos como a violência doméstica ou os MT conjugais. ⁽²³⁾

Em geral, as crianças maltratadas correm um risco acrescido de desenvolver várias perturbações emocionais e psicológicas, como a depressão, a ansiedade e a baixa autoestima. ⁽²⁴⁾

1.4. Negligência :

Em primeiro lugar, o termo negligência é definido como qualquer situação em que a criança não recebe, de forma persistente, os cuidados necessários para satisfazer as suas necessidades físicas e/ou psicológicas básicas.

Esta negligência pode ter consequências graves para a saúde e o desenvolvimento da criança. ⁽⁵⁾

Em segundo lugar, existe um termo ainda mais preciso do que a negligência geral, nomeadamente a negligência dentária, que pode ser mais facilmente detetada pelos MD. De acordo com *l'American Academy of Pediatric Dentistry*, a negligência dentária é definida como "*a falha deliberada de um pai ou tutor em procurar e seguir com o tratamento necessário para assegurar um nível de saúde oral essencial para o funcionamento adequado e a ausência de dor e infeção oral*".^(3,5)

É importante abordar a saúde oral das crianças desde a infância, prestando-lhes cuidados dentários precoces. Isto ajuda a prevenir doenças como a cárie dentária e promove o desenvolvimento de bons hábitos e de uma autoestima positiva, ajudando assim a reduzir os riscos para a sua saúde física e mental. Em suma, prestar especial atenção à saúde oral das crianças é essencial para o seu bem-estar geral.⁽⁸⁾

2. O papel do MD na deteção e denúncia de abusos

2.1. Importância do MD na deteção de lesões de abuso

Nos últimos anos, tem havido uma sensibilização crescente em muitos países para a importância do papel da equipa dentária na proteção das crianças.⁽⁹⁾ A questão do abuso e negligência de crianças tornou-se uma grande preocupação de saúde pública⁽²⁾. De facto, a região da cabeça e do pescoço é a área mais suscetível a lesões físicas nas crianças. Esta zona é frequentemente exposta durante as consultas dentárias, o que pode contribuir para um risco acrescido de lesões dentárias nas crianças.^(10,15,25)

Embora os MD tenham a possibilidade de identificar casos suspeitos de abuso, muitas vezes não os comunicam. Para além da negligência dentária, outras formas de abuso, como o abuso físico, sexual e emocional, podem estar presentes na clínica dentária. É crucial que os MD sejam capazes de detetar estas outras formas de abuso e trabalhem com os médicos para proteger as crianças.⁽²⁾

2.2. Diferentes obstáculos à sinalização

A identificação de casos suspeitos de abuso ainda é muito baixa entre os MD, devido a vários fatores, tais como a incerteza quanto ao diagnóstico de abuso, a falta de conhecimento sobre o procedimento de notificação de casos suspeitos, a falta de conhecimento sobre os sistemas locais de proteção da criança e preocupações e receios sobre as potenciais consequências da notificação.⁽¹⁵⁾

Foram identificados vários obstáculos à denúncia de abusos em diferentes artigos^(5,8,9):

- Falta de conhecimento sobre as lesões causadas por MT a crianças ^(2,9,10)
- Falta de certeza sobre o diagnóstico de MT ^(2,9,10)
- Falta de conhecimento sobre os sistemas locais de proteção da criança ^(2,9)
- Apreensões e medos sobre as possíveis consequências da denúncia ⁽⁹⁾
- Tal como ilustrado no artigo de Olatosi⁽²⁾, a maioria dos participantes (95%) referiu que necessitava de mais formação para melhorar a deteção de MT a crianças, devido à falta de formação nesta área.
- Obrigações profissionais de confidencialidade e privacidade dos pacientes: Se um doente revelar ao seu MD que está a ser vítima de MT e pedir para que isso não seja divulgado, é crucial comunicar a situação imediatamente. Neste caso, a confidencialidade deve ser posta de lado, uma vez que é contra o bem-estar da criança. ^(2,10)
- Medo de retaliação dos pais sobre a criança ^(2,9,10)

Estas barreiras criam um dilema para os MD, que têm de decidir se devem ou não denunciar uma suspeita de abuso, perguntando-se se isso melhoraria efetivamente a situação da criança e se existe o risco de uma denúncia desnecessária prejudicar a relação de cuidados com a família. ⁽¹⁵⁾

2.3. Como diagnosticar as diferentes lesões relacionadas com o abuso?

Existem muitas lesões específicas do abuso de crianças. Por conseguinte, é necessário e essencial que os MD saibam reconhecê-las para serem alertados e poderem comunicar corretamente qualquer tipo de lesão relacionada com o abuso de crianças, a fim de proteger a criança.

2.3.1. Abuso físico

a. Lesões extraorais encontradas nas crianças

É importante que os MD não examinem apenas a boca da criança, mas também observem a presença de lesões físicas que possam ser decorrentes de abuso infantil. As manifestações externas são facilmente identificáveis à primeira vista e podem alertar, enquanto as manifestações internas, como fraturas, requerem exames médicos mais aprofundados para serem detetadas.

As lesões mais frequentes encontradas em crianças vítimas de violência física são:

- Equimoses: Em crianças que não andam e não são autônomas, ou a presença de equimoses em partes carnudas do corpo, como as orelhas e as bochechas, pode ser motivo de alarme. ^(25,26) Se as equimoses aparecerem em zonas da pele que estão habitualmente cobertas, como a parte interna dos braços ou das coxas, ou se forem grandes e aparecerem em diferentes idades, ou se imitarem a forma de um objeto ou de uma mão, podem ser particularmente suspeitas. As equimoses e os hematomas que surgem sem que seja identificado um traumatismo devem ser considerados suspeitos, independentemente da sua localização. ⁽²⁶⁾ As equimoses na orelha podem ser causadas por pressão ou tração na orelha. As equimoses do pescoço podem resultar de asfixia ou estrangulamento com uma mão, um cordão ou uma coleira, o que constitui um acontecimento raro e suspeito. As equimoses específicas podem resultar de um aperto (equimoses gêmeas, ovais ou redondas), de um aperto firme (agarrar) ou de uma bofetada. As equimoses de forma inabitual e com bordos afiados são frequentemente provocadas intencionalmente. ⁽⁶⁾

- Abrasões e lacerações: Estas lesões no rosto de crianças vítimas de MT podem ser causadas por uma variedade de objetos, mas são frequentemente causadas pelos anéis ou unhas do agressor e não se limitam às áreas orofaciais. ⁽⁶⁾

- Queimaduras ^(6,25,26): As queimaduras ocorrem em cerca de 10% dos casos de MT físicos. ^(6,7) Podem ser infligidas intencionalmente a uma criança através do uso de cigarros

ou da aplicação de objetos quentes no corpo. As queimaduras nos MT têm várias características: queimaduras com arestas vivas, queimaduras de contacto que imitam a forma do objeto responsável (eletrodoméstico, cigarro); queimaduras em áreas do corpo normalmente cobertas por roupa (nádegas, períneo).⁽²⁶⁾

- Mordeduras: As mordeduras humanas deixam geralmente marcas circulares ou ovais com dois arcos côncavos opostos, medindo entre 2 e 5 cm e frequentemente acompanhadas de hematomas centrais. Podem ser infligidas por outras crianças ou adultos como forma de castigo ou agressão desadequada, podendo também estar relacionadas com abuso sexual, especialmente em adolescentes. A duração da marca depende da intensidade da mordedura e da extensão do dano tecidual, variando de 24 horas a vários dias. As marcas de mordedura podem ajudar a identificar o abusador.^(6,26)

- Lesões oculares^(1,6): Estas contusões em crianças são raras, especialmente se forem bilaterais, e podem indicar suspeita de abuso. As lesões oculares resultantes de MT físicos a crianças incluem uma variedade de condições, como a hifema agudo, a deslocação do cristalino, a catarata traumática e o descolamento da retina, que podem levar a uma deficiência visual permanente num ou em ambos os olhos.⁽⁶⁾

- Fraturas ósseas^(1,6,25,26) Identificar fraturas em crianças pode ser um indicador de abuso infantil, especialmente se as fraturas ocorrerem em uma idade incomum ou se o tipo de lesão não corresponde à fratura. As fraturas relacionadas ao abuso podem afetar quase todos os ossos, incluindo a face, e ocorrem principalmente antes dos 3 anos de idade. Se houver suspeita de abuso, a presença de uma fratura indica a necessidade de um exame radiográfico completo do esqueleto.

- Queda de cabelo: pode ser devida a uma deficiência nutricional, mas se a queda de cabelo for causada por arrancamento, pode resultar na formação de uma placa pseudopelada no couro cabeludo.⁽¹⁾

b. Lesões intraorais encontradas em crianças

Parece que a boca desempenha um papel central nos MT físicos devido à sua importância para a comunicação e nutrição.

Existem muitas lesões intraorais que podem ser encontradas na criança maltratada:

- Contusões, lacerações, hematomas na língua, lábios, tecidos moles e gengivas.
- Lesões do palato (mole e duro), Petéquias no palato⁽⁴⁾, Estas lesões orais em bebês são mais frequentemente causadas pela alimentação forçada com um instrumento de alimentação.
- Lacerações do freio labial e lingual: É comum ver lacerações do freio oral em crianças pequenas que estão a aprender a andar (normalmente entre os 8 e os 18 meses) ou em crianças mais velhas após outro trauma accidental. No entanto, quando estas lesões estão associadas a outros sinais de abuso físico grave, podem ser o resultado de MT. Uma laceração do freio na criança muito jovem e não deambulatória (com menos de 1 ano) deve, por isso, levantar suspeitas.^(6,7)
- Queimaduras: podem ser causadas pela ingestão forçada de alimentos quentes ou corrosivos^(4,5)
- Presença de dentes fraturados, deslocados ou perdidos: Após o trauma, os dentes podem ser fraturados, deslocados ou mesmo perdidos, o que pode causar necrose pulpar e, nomeadamente, descoloração do dente.^(3,7)
- Fratura do maxilar: lesão causada por pancadas violentas na cabeça da criança, embora seja rara em casos de MT, mas é muito reveladora em casos de MT.

As lesões mais comuns na boca são nos lábios (54%), seguidas da mucosa oral, dentes, gengivas e língua.⁽³⁾ É, por isso, importante que os MD tomem o tempo necessário para examinar todas estas estruturas para detetar sinais de abuso.

2.3.2. Abuso sexual

Embora a cavidade oral seja frequentemente a área onde ocorre o abuso sexual de crianças, as lesões ou infeções orais visíveis são pouco frequentes. No entanto, existem algumas infeções que podem ser indicadores de abuso sexual de crianças, tais como :

- Gonorreia oral e perioral em crianças pré-púberes, presente em 12% dos adolescentes vítimas de abuso sexual ⁽³⁾

- Clamídia que está presente em 14% dos adolescentes vítimas de abuso sexual ⁽³⁾

- HPV (Papilomavírus humano)

Recomenda-se a recolha de provas nas 24 horas seguintes à exposição em crianças pré-púberes e nas 72 horas seguintes em adolescentes, para melhorar a precisão do diagnóstico de infeções sexualmente transmissíveis da cavidade oral.

Para além disso, existem outros sinais que podem ser indicativos de abuso sexual, tais como

- Uma história de agressão sexual ^(5,25)

- Gravidez numa criança com menos de 12 anos de idade ^(5,25)

- Tem dificuldade em andar ou sentar-se ⁽²⁵⁾

- Achados físicos de doença venérea ⁽⁵⁾

- Lesões inexplicáveis ou petéquias do palato, especialmente na junção dos palatos duro e mole, podem resultar de sexo oral forçado ⁽³⁾

Se a vítima tiver uma história relatada, a mucosa oral e a língua podem ser esfregadas com algodão esterilizado e devidamente acondicionadas para análise laboratorial. Os hospitais especializados e as clínicas de proteção de crianças, com protocolos e pessoal experimentado, estão melhor equipados para recolher estas amostras e manter uma cadeia de provas para investigação.

2.3.3. Abuso psicológico

Os MD podem detetar sinais e sintomas de abuso emocional, como bebés irritáveis, com dificuldade em alimentar-se e que choram frequentemente, o que pode ser um indicador.⁽⁵⁾

Da mesma forma, as crianças em idade escolar que foram vítimas de abuso psicológico podem apresentar atrasos no desenvolvimento, enquanto os adolescentes que foram vítimas de abuso psicológico podem ter problemas de comportamento, automutilação, distúrbios alimentares e abuso de drogas ou álcool.⁽⁵⁾

Existem vários indicadores que podem ser utilizados para identificar crianças vítimas de abuso psicológico, tais como

- Marcas de automutilação ⁽²⁴⁾
- Comportamento caracterizado por choro crónico ou atitude de desinteresse e indiferença ⁽²⁴⁾
- Falta de roupa lavada e falta de higiene ⁽²⁴⁾
- Atrasos no desenvolvimento intelectual ou emocional ⁽²⁴⁾
- A criança tende a isolar-se, a retrair-se ⁽²⁴⁾
- Pode apresentar um comportamento agressivo ⁽²⁴⁾
- Mostra pouca ansiedade em relação a estranhos ⁽²⁴⁾
- Ser excessivamente educada e procurar agradar, especialmente pessoas em posições de autoridade ⁽²⁴⁾
- Ter dificuldade em relacionar-se com os colegas e cair numa depressão profunda que pode levar a pensamentos suicidas e até as tentativas de suicídio ⁽²⁴⁾

Por isso, é importante que o MD preste atenção à aparência geral da criança para identificar quaisquer sinais que possam sugerir que a criança está a ser maltratada.

2.3.4. Negligência:

De acordo com a *California Society of Pediatric Dentists*, um progenitor só pode ser considerado negligente e responsável depois de ter sido devidamente informado por um profissional de saúde sobre a natureza e a gravidade do estado da criança, bem como sobre os cuidados específicos necessários e a forma de os obter. Esta intervenção é considerada adequada. ⁽⁸⁾

No entanto, para diagnosticar a negligência, vários fatores são considerados essenciais:

- Presença de numerosas cáries, que podem levar à dor e ao sofrimento, à redução da produtividade (por exemplo, na escola) e ao desenvolvimento de graves limitações funcionais e sociais nos indivíduos afetados. ⁽⁸⁾
- A criança está suja, é negligenciada ou tem uma higiene oral deficiente ⁽²⁵⁾

- Crescimento físico atrofiado ou baixo peso ⁽²⁵⁾
- Falta de cuidados médicos ou dentários urgentes ⁽²⁵⁾
- Os cuidados de saúde estão disponíveis mas não são utilizados. ⁽³⁾
- Falta de interesse dos pais em obter informações sobre cuidados dentários ⁽⁸⁾
- Falta de cuidados preventivos que os pais deveriam fazer em casa, como escovar os dentes ⁽⁸⁾
- Não cumprimento das consultas dentárias ⁽⁸⁾

No entanto, apesar da presença de todos estes indicadores, devem também ser considerados outros fatores que podem explicar o facto de alguns pais não procurarem ou não obterem cuidados dentários adequados para os seus filhos, como o isolamento da família, a falta de recursos financeiros, as dificuldades de transporte, a falta de informação dos pais ou o não reconhecimento da importância da saúde oral. ⁽⁸⁾

Na cidade brasileira de Pacoti, onde o atendimento odontológico é gratuito para todos, ainda há uma aparente negligência dos pais em relação à saúde oral dos seus filhos. Essa negligência pode ser atribuída, em parte, a um baixo nível de educação e *status* social, bem como à crença de que a cárie dentária é natural e que os dentes de leite não são importantes para a saúde geral da criança. ⁽⁸⁾

Por conseguinte, é difícil distinguir entre negligência dentária e falta de acesso a cuidados ou falta de informação. No entanto, o ponto em que um progenitor pode ser considerado negligente e a intervenção é necessária é quando o prestador de cuidados de saúde informou corretamente o progenitor sobre a natureza e a extensão da condição da criança, o tratamento específico necessário e isso não resultou numa melhoria da negligência dentária da criança. ⁽³⁾

No decurso deste estudo, foi criada uma guideline para facilitar a deteção de lesões causadas por MT a crianças, fornecendo informações claras e detalhadas (Anexo 3).

2.4. Como denunciar abusos?

É importante saber como detetar lesões causadas por MT a crianças, mas é igualmente crucial saber como denunciar os MT, a fim de tomar as medidas necessárias para proteger a criança vítima.

A denúncia de MT divide-se em duas categorias:

- **Emergência:** quando a criança está em risco imediato de sofrer danos físicos ou emocionais graves ou mesmo de morrer. Exemplos de tais riscos podem incluir abuso sexual contínuo, ferimentos graves, negligência grave ou ameaças iminentes de violência. Nestas situações, é fundamental tomar medidas imediatas para garantir a segurança da criança, como encaminhá-la diretamente para um hospital e/ou contactar imediatamente as autoridades competentes, como a polícia, os serviços de proteção de menores ou os serviços de emergência médica. Se suspeitar que uma criança está em perigo imediato, é essencial agir rapidamente e contactar as autoridades competentes para ajudar a proteger a criança.

- **Abuso mas não emergência:** Se uma situação de abuso de crianças não constituir uma emergência imediata, pode ser adequado tomar medidas para ajudar a criança e a família a resolver os problemas subjacentes a longo prazo. Isto pode implicar a comunicação do caso às autoridades competentes, como os serviços de proteção da criança, para que avaliem a situação e prestem o apoio adequado à família e à criança. Também pode ser benéfico fornecer recursos e informações aos pais ou tutores para os ajudar a melhorar a sua situação e a cuidar da criança de forma adequada. É fundamental comunicar quaisquer suspeitas ou preocupações de abuso de crianças às autoridades competentes para ajudar a proteger a segurança e o bem-estar da criança, independentemente da gravidade da situação.

Toda esta informação levou à criação de uma guideline para facilitar o diagnóstico e a notificação de abuso de crianças (Anexo 4) não só por MD mas também por outros profissionais de saúde.

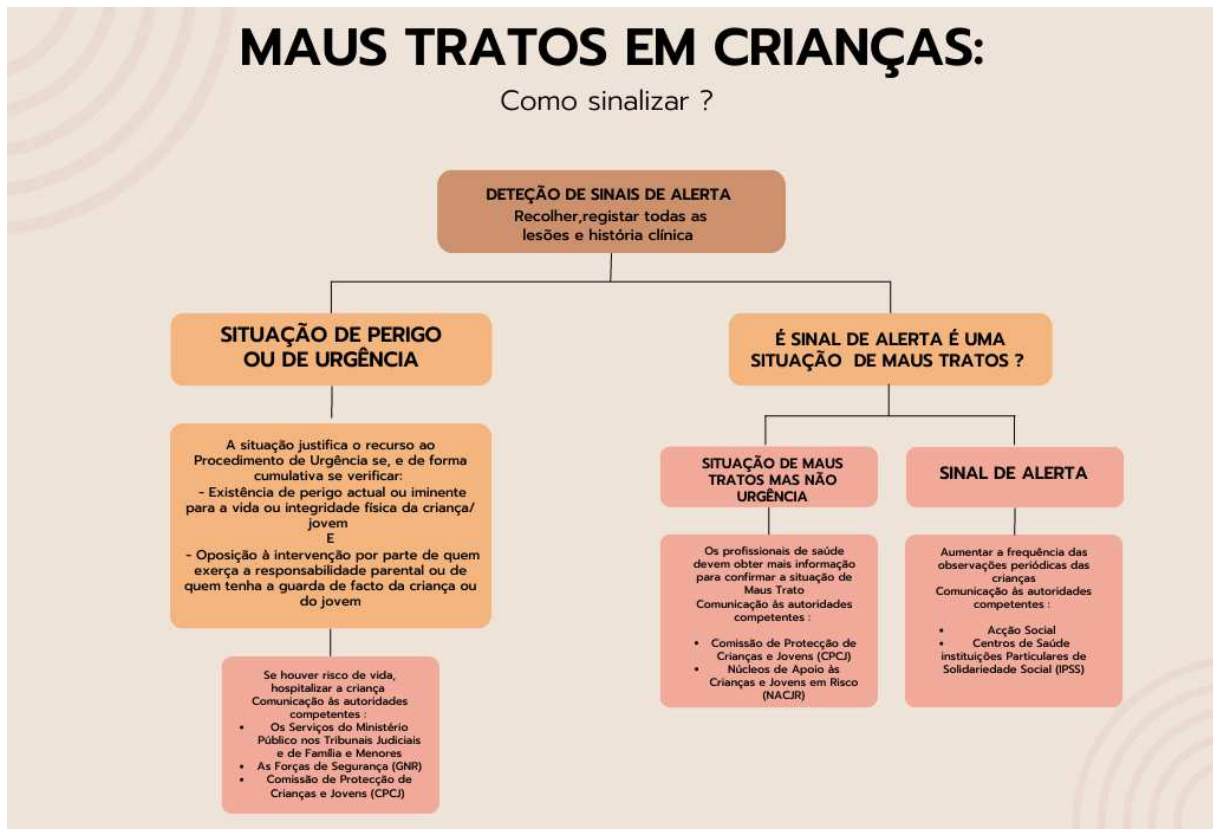


Figura 4 – Como sinalizar MT

3. Soluções para melhorar a identificação dos casos de abuso

Nos últimos anos, foram desenvolvidas diferentes soluções para melhorar a identificação dos casos de abuso.

- A colaboração entre os profissionais de saúde e o pessoal que trabalha nas escolas tem sido considerada um fator importante na deteção precoce e na prevenção do abuso de crianças. As escolas são um ambiente onde as crianças passam a maior parte do seu dia e o pessoal docente é capaz de notar mudanças nas crianças por estar com elas regularmente durante um longo período de tempo. O trabalho interprofissional é essencial para abordar as questões relacionadas com o abuso de crianças, uma vez que os profissionais de medicina dentária têm uma perspetiva diferente da dos profissionais envolvidos na educação e também têm responsabilidades relacionadas com o bem-estar das crianças. ⁽¹⁶⁾

- De acordo com o artigo de Park, as clínicas de avaliação oral foram introduzidas com sucesso como parte de avaliações médicas completas para crianças com problemas de bem-estar em *Greater Glasgow and Clyde*. Foram implementados protocolos de avaliação e documentação normalizados para melhorar o fluxo de informação e o acesso dos doentes a cuidados adequados. Um relatório pormenorizado, incluindo um "apêndice dentário", foi incluído nas avaliações médicas completas. As análises de casos de avaliações orais demonstram a importância do envolvimento dos MD nestas situações e, conseqüentemente, uma melhoria na deteção de abusos. ⁽¹⁷⁾

- Hartung propõe outras soluções para melhorar a identificação de casos de abuso, tais como a designação de uma pessoa de contacto adequada em instituições públicas ou governamentais para facilitar a obtenção de informações ou a denúncia de casos de abuso. Outra solução poderia ser a oferta de benefícios financeiros aos MD que identificassem com sucesso casos de negligência dentária, incentivando assim a sua participação ativa na melhoria da higiene oral dos seus pacientes. ⁽¹⁸⁾

4. Cuidados dentários para menores vítimas de abuso

É fundamental que os MD prestem cuidados adequados às crianças vítimas de MT para evitar a recorrência de traumas durante os procedimentos dentários.

Recomenda-se que sejam evitadas técnicas dentárias que possam causar ansiedade, perda de controlo ou medo em crianças vítimas de MT. Os profissionais de medicina dentária devem ser treinados para diagnosticar e tratar estes pacientes, sabendo que o tempo investido na relação com a criança ajudará a criar confiança. Os MD devem também evitar o contacto físico próximo que possa causar insegurança na criança. Por último, é importante ser paciente quando se trata de pacientes com um historial de abuso, uma vez que muitas vezes têm mais medo de ir ao MD.

5. Importância da formação para MD

A formação em matéria de abuso de crianças é crucial para os profissionais de saúde, incluindo os MD, uma vez que lhes permite tomar consciência dos sinais de abuso e MT de crianças, de modo a identificá-los e denunciá-los. É também essencial para garantir que os profissionais respondem adequadamente, dando às crianças vítimas de abuso o apoio e os

cuidados adequados. No artigo de Al-Dabaan, verificou-se que um programa de formação em linha sobre abuso e negligência de crianças foi eficaz no aumento da sensibilização e dos conhecimentos imediatamente após a conclusão do programa de formação.

Além disso, há provas de que o programa resultou numa mudança de atitude em relação ao CAN entre os MD da Arábia Saudita, encorajando-os a tornarem-se mais ativos na proteção das crianças em segurança na prática dentária. ⁽²¹⁾

Em resumo, a formação em matéria de abuso de crianças é um elemento-chave para garantir a segurança e o bem-estar das crianças.

6. Evolução do conhecimento dos médicos dentistas em lesões causadas por abuso ao longo do tempo

Além disso, é possível observar uma melhoria gradual na proteção das crianças ao longo do tempo, como se pode ver no artigo de Harris, onde se pode notar que, em 2016, uma maior proporção de MD pediátricos comunicou suspeitas de abuso e encaminhou casos para os serviços sociais em comparação com 2005, reduzindo a diferença entre os dois períodos.

Além disso, registou-se um aumento no número de MD pediátricos que encaminharam casos repetidamente, o que indica uma melhoria no reconhecimento e na resposta a casos de MT, em vez de um aumento na prevalência geral de MT infantis na população. Isto mostra uma melhoria na experiência de proteção da criança na profissão de MD. ⁽²⁰⁾

Limitações

Os estudos sobre a deteção de MT a crianças podem enfrentar várias limitações, nomeadamente:

1. Um dos principais problemas reside no facto de o MT a crianças continuar a ser frequentemente subnotificado. Muitos casos de abuso de crianças não são comunicados às autoridades competentes, o que dá origem a estatísticas falseadas e dificulta a recolha de dados exatos.
2. Existe uma variabilidade nas definições de MT a crianças, tanto a nível internacional como nos estudos individuais. Os critérios utilizados para definir MT podem diferir de país para país e mesmo de estudo para estudo. Esta variabilidade torna difícil a comparação de resultados entre diferentes estudos. Além disso, a perceção e a compreensão dos maus-tratos podem variar consoante as culturas, as normas sociais e os sistemas de crenças. O que é considerado abuso numa cultura pode ser considerado normal noutra.
3. Os estudos sobre MT a crianças recorrem frequentemente a informações retrospectivas, o que pode levar a enviesamentos de memória. Os participantes entrevistados podem ter dificuldade em recordar com precisão acontecimentos passados, o que pode comprometer a fiabilidade dos dados recolhidos.
4. Devido ao carácter sensível do tema de MT a crianças, os participantes no estudo podem ter relutância em revelar informações sobre as suas próprias experiências de abuso ou sobre casos de abuso que tenham testemunhado. Para encorajar a participação, é crucial manter a confidencialidade e o anonimato dos participantes. No entanto, este facto pode, por vezes, limitar o acesso a dados específicos.
5. Os estudos observacionais geralmente não estabelecem com certeza se um factor específico é a causa direta dos MT a crianças, ou se existem outras variáveis de confusão.

É essencial ter em conta estas limitações ao interpretar os resultados dos estudos sobre a deteção de MT a crianças. Além disso, é importante reconhecer os esforços em curso para melhorar as metodologias de investigação e aumentar a sensibilização para este grave problema.

Conclusão

O MT a crianças é um problema de saúde pública que tem efeitos catastróficos na sociedade. A equipa dentária, constituída principalmente pelo MD e pelo seu assistente, pode desempenhar um papel fundamental na deteção e tratamento do abuso e negligência de crianças, devido à multiplicidade de lesões localizadas na área orofacial. Por conseguinte, devem ser capazes de identificar os sinais de abuso, sejam eles físicos, psicológicos, sexuais ou de negligência. Em segundo lugar, devem saber como informar as autoridades competentes da situação, a fim de atuarem em conformidade.

Além disso, é importante sublinhar que os MD têm o dever ético e profissional de comunicar casos de suspeita de MT a crianças. O seu papel não consiste apenas em prestar cuidados dentários, mas também em promover o bem-estar geral das crianças. Ao comunicar casos suspeitos, os MD ajudam a proteger as crianças vulneráveis e a prevenir novos abusos.

Efetivamente, os obstáculos à notificação e deteção de abuso a crianças por parte dos MD incluem o medo de retaliações, a falta de formação específica e dificuldades na interpretação de sinais e sintomas.

Devido à falta de conhecimento por parte dos MD, propusemos uma *guideline* para os profissionais, a fim de os sensibilizar em relação a este problema. A *guideline* sublinha o seu papel no diagnóstico de crianças maltratadas, recordando os principais sinais físicos, psicológicos e de negligência que podem ser encontrados na criança maltratada. A *guideline* também descreve o sistema de proteção da criança em Portugal e, por conseguinte, os destinatários das informações de preocupação ou das denúncias de abuso que um MD pode fazer, bem como quem deve contactar e como fazê-lo corretamente.

Para melhorar a deteção de MT a crianças pelos MD, é necessária uma abordagem abrangente, incluindo a sensibilização e a formação contínua dos profissionais, o desenvolvimento de protocolos, a colaboração interprofissional, a integração dos serviços de proteção da criança e a sensibilização dos pais. A aplicação destas medidas permitirá que os MD desempenhem um papel fundamental na deteção precoce do abuso a crianças,

garantindo assim a proteção de crianças vulneráveis e prevenindo consequências nefastas a longo prazo.

Em conclusão, o papel do MD na detecção de MT a crianças é incontestavelmente crucial. A sua experiência na avaliação da saúde oral das crianças permite-lhes identificar sinais e sintomas de abuso, o que pode levar a uma intervenção precoce e a uma maior proteção das crianças. Sensibilizar os MD e reforçar a colaboração entre as diferentes partes interessadas é essencial para garantir a segurança e o bem-estar das crianças.

Referências Bibliográficas

1. Martagón Cabrera LR, Belmont Laguna F, De La Teja Ángeles E, Téllez Rodríguez J. Síndrome de niño maltratado con repercusión estomatológica. Reporte de un caso. *Revista Odontológica Mexicana*. abr 2016;20(2):98-106.
2. Olatosi OO, Ogordi PU, Oredugba FA, Sote EO. Experience and knowledge of child abuse and neglect: A survey among a group of resident doctors in Nigeria. *Niger Postgrad Med J*. 2018;25(4):225-33.
3. Susan A. Fisher-Owens, Lukefahr JL, Tate AR, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, SECTION ON ORAL HEALTH, COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, COUNCIL ON CLINICAL AFFAIRS, COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, et al. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*. août 2017;140(2):e20171487.
4. Requena Mendoza A, Robles Bermeo NL, Lara Carrillo E. Afectación de la Salud Oral en Niños que Padecen Maltrato Infantil: Reporte de Caso. *Int J Odontostomat*. abr 2014;8(1):167-73.
5. Harris C, Welbury R. Top tips for child protection for the GDP. *Dent Update*. 2013;40(6):438-40.
6. Harris J, Sidebotham P, Welbury R, Townsend R. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. England? Committee of Postgraduate Dental Deans and Directors; 2009.
7. ShakirHussain Rather, Humaira Mir, Farah Anwar, Niveda. Dentists role in child abuse and neglect. 2021;
8. Lourenço CB, Saintrain MV de L, Vieira APGF. Child, neglect and oral health. *BMC Pediatr*. 18 nov 2013;13:188.
9. Uldum B, Christensen HN, Welbury R, Haubek D. How Danish dentists and dental hygienists handle their role in child abuse and neglect matters. *Acta Odontol Scand*. juill 2017;75(5):332-7.
10. Al Hajeri H, Al Halabi M, Kowash M, Khamis AH, Welbury R, Hussein I. Assessment of the knowledge of United Arab Emirates dentists of Child Maltreatment, protection and safeguarding. *Eur J Paediatr Dent*. juin 2018;19(2):105-18.
11. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 checklist: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 29 mars 2021;n71.
12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 29 mars 2021;n71.

13. Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health*. juin 1998;52(6):377-84.
14. Cavalcanti AFC, Costa SRRD, Goncharuk-Khomyn M, Cavalcanti AL. Maxillofacial Injuries in Brazilian Children and Adolescents Victims of Physical Violence: A Single Forensic Center Analysis. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2020;20:e5683.
15. Kvist T, Wickström A, Miglis I, Dahllöf G. The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry. *Eur J Oral Sci*. oct 2014;122(5):332-8.
16. Kaihara Y, Sasahara H, Niizato N, Yamane A, Nikawa H, Yamasaki K, et al. Establishment of indicator for screening of child abuse and neglect in primary school-age children. *Eur J Paediatr Dent*. déc 2022;23(4):315-20.
17. Park CM, Welbury R, Herbison J, Cairns A. Establishing comprehensive oral assessments for children with safeguarding concerns. *Br Dent J*. 11 sept 2015;219(5):231-6.
18. Hartung B, Schaper J, Fischer K, Ritz-Timme S. Care for children with dental neglect: identification of problems and approaches to solving them. *Int J Legal Med*. mars 2019;133(2):641-50.
19. Vanessa Ramírez Solano, López DM. Manejo odontológico en menores que han sido víctimas de abuso sexual. juin 2017;
20. Harris JC, Baker SR, Elcock C. Paediatric dentists' role in child protection practice: Progress over time? *Int J Paediatr Dent*. sept 2022;32(5):714-23.
21. Al-Dabaan R, Asimakopoulou K, Newton JT. Effectiveness of a web-based child protection training programme designed for dental practitioners in Saudi Arabia: a pre- and post-test study. *Eur J Dent Educ*. févr 2016;20(1):45-54.
22. Butchart A, World Health Organization, International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect, éditeurs. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2006. 90 p.
23. Ulrich Lips, Markus Wopmann, Andreas Jud, Roxanne Falta. Maltraitance infantile – Protection de l'enfance Guide de détection précoce et de conduite à tenir en cabinet médical. 2020.
24. Provincial Advisory Committee. La protection de l'enfance et le signalement des cas de maltraitance. 2013.
25. University of South Carolina School of Law. Mandated Reporter Quick Reference Guide. 2018.
26. HAS : Haute autorité de santé. Fiche Mémo: Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. 2017.

Anexos

Anexo 1-Descrição dos aspetos da Checklist Downs and Black

1. A hipótese/objetivo do estudo esta claramente descrita?	Sim = 1	Não = 0
2. Os desfechos a serem medidos estão claramente descritos na introdução ou na seção de métodos? Se os principais desfechos são mencionados pela primeira vez nos Resultados, a questão deve ser respondida como "não".	Sim = 1	Não = 0
3. As características dos pacientes incluídos no estudo estão claramente descritas? As características dos pacientes incluídos no estudo estão claramente descritas? Em estudos de coorte e ensaios, os critérios de inclusão e/ou exclusão devem ser apresentados. Em estudos de caso-controle, a definição de caso e a fonte dos controles devem ser apresentadas	Sim = 1	Não = 0
4. As intervenções de interesse estão claramente descritas? As intervenções de interesse estão claramente descritas? Tratamentos e placebos (quando pertinente) que serão comparados devem ser claramente descritos	Sim = 1	Não = 0
5. A distribuição dos principais fatores de confusão em cada grupo de indivíduos a serem comparados esta claramente descrita? Uma lista dos principais fatores de confusão é apresentada.	Sim = 1/Parcialmente= 1	Não = 0
6. Os principais achados do estudo são claramente descritos? Simples dados do desfecho (incluindo denominadores e numeradores) devem ser apresentados para os principais achados de modo que o leitor possa perceber as principais análises e conclusões. (Esta pergunta não cobre testes estatísticos, que devem ser considerados abaixo)	Sim = 1	Não = 0
7. O estudo proporciona estimativas da variabilidade aleatória dos dados dos principais achados? Em dados não normalmente distribuídos, o intervalo interquartil dos resultados deve ser apresentado. Em dados com distribuição normal o erro padrão, desvio padrão ou intervalo de confiança deve ser reportado. Se a distribuição dos dados não é apresentada, deve-se assumir que as estimativas usadas eram apropriadas e a questão deve ser respondida como "sim"	Sim = 1	Não = 0
8. Todos os principais efeitos adversos que podem ser uma consequência da intervenção foram relatados? Esta deve ser respondida como "sim" se o estudo demonstra que houve uma tentativa abrangente de medir os efeitos adversos. (A lista de possíveis eventos adversos é apresentada).	Sim = 1	Não = 0
9. As características dos participantes perdidos foram descritas? Esta deve ser respondida como "sim" quando não houver perdas ou quando as perdas no follow-up forem tão pequenas que os achados não seriam afetados pela sua inclusão. Deve responder "não" quando o estudo não apresenta o número de pacientes perdidos no follow-up	Sim = 1	Não = 0
10. Os intervalos de confiança de 95% e/ou valores de p foram relatados para os principais desfechos, exceto quando o valor p foi menor que 0,001?	Sim = 1	Não = 0

Fonte: Elaborado pela autora adaptado de Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomized and non-randomized studies of health care interventions. J Epidemiol Community Health. 1998;52(6):377–84.

Validade externa

11. Os sujeitos chamados para participar do estudo foram representativos de toda a população de onde foram recrutados? O estudo deve identificar a origem da população dos pacientes e descrever como os pacientes foram selecionados. Os pacientes seriam representativos de uma população se fossem compostos por toda a população de origem, ou por uma amostra não selecionada de pacientes consecutivos, ou por uma amostra aleatória. Amostragem aleatória só é possível quando há uma lista com todos os membros da população. Quando um estudo não apresenta a proporção da população de origem da qual os pacientes derivam, a questão deve ser respondida como "incapaz de determinar".	Sim = 1	Não = 0	Incapaz de determinar =0
12. Os sujeitos que foram preparados para participar foram representativos da população inteira de onde foram recrutados? A proporção daqueles que concordaram deve ser apresentada. Validação de que a amostra era representativa deveria ser incluída, demonstrando que a distribuição dos principais fatores de confusão eram os mesmos da amostra do estudo e da população de origem	Sim = 1	Não = 0	Incapaz de determinar =0
13. A equipe, os lugares e as instalações onde os pacientes foram tratados, eram representativos do tratamento que a maioria dos pacientes recebe? Para que se responda "sim" o estudo deve demonstrar que a intervenção era representativa da utilizada na população de origem. A resposta deve ser "não" se, por exemplo, a intervenção foi realizada em um centro especializado que não represente os hospitais onde a maioria da população de origem compareceria.	Sim = 1	Não = 0	Incapaz de determinar =0

Fonte: Elaborado pela autora adaptado de Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomized and non-randomized studies of health care interventions. J Epidemiol Community Health. 1998;52(6):377–84.

Validade interna: Viés

14. Houve tentativa de que os participantes fossem cegados em relação ao tipo de intervenção que receberam? Nos estudos em que os pacientes não teriam nenhuma maneira de saber qual intervenção receberiam, a resposta é "sim".	Sim = 1	Não = 0	Incapaz de determinar =0
15. Houve tentativa de cegar os mensuradores dos desfechos a respeito da intervenção?	Sim = 1	Não = 0	Incapaz de determinar =0
16. Se algum dos resultados do estudo foi baseado em "dragagem de dados", isto foi feito com clareza? Qualquer análise que não tenha sido planejada no início do estudo deve ser claramente indicada. Se nenhuma análise retrospectiva de subgrupo não planejada foi relatada, responda que sim.	Sim = 1	Não = 0	Incapaz de determinar =0
17. Em ensaios e estudos de coorte, as análises se ajustam para diferentes tempos de acompanhamento, ou nos estudos de casocontrole, o tempo que transcorre entre a intervenção e o desfecho é o mesmo para casos e controles? Quando o follow-up for o mesmo para todos os pacientes do estudo a resposta deve ser "sim".	Sim = 1	Não = 0	Incapaz de determinar =0

Se diferentes comprimentos de follow-up forem ajustados para, por exemplo, análise de sobrevivência, a resposta de vê ser "sim". Estudos em que diferenças no follow-up são ignoradas a resposta deve ser "não".			
18. Os testes estatísticos utilizados para avaliar os principais desfechos foram apropriados? As técnicas estatísticas utilizadas devem ser adequadas aos dados. Por exemplo, métodos não-paramétricos devem ser utilizados para amostras pequenas. Quando é realizada pouca análise estatística, mas não há nenhuma evidência de viés, a questão deve ser respondida sim. Se a distribuição dos dados (normal ou não) não é descrita deve considerar-se que as estimativas utilizadas foram adequadas ea questão deve ser respondida sim.	Sim = 1	Não = 0	Incapaz de determinar =0
19. A adesão das intervenções foi confiável? Quando não houver adesão ao tratamento alocado ou houve contaminação de um grupo, a questão deve ser respondida com "não". Nos estudos onde o efeito de qualquer erro de classificação era suscetível de viés de associação para o nulo, a questão deve ser respondida "sim"	Sim = 1	Não = 0	Incapaz de determinar =0
20. As medidas dos principais desfechos foram acuradas (validas e confiáveis)? Para estudos onde as medidas do desfecho estão claramente descritas, a pergunta deve ser respondida com um sim. Para estudos que referem a outro trabalho ou que demonstram que as medidas do desfecho são acuradas/precisas, a questão deve ser respondida como sim	Sim = 1	Não = 0	Incapaz de determinar =0

Fonte: Elaborado pela autora adaptado de Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomized and non-randomized studies of health care interventions. J Epidemiol Community Health. 1998;52(6):377–84

Validade interna: confundimento- Viés de seleção

21. Os pacientes em diferentes grupos de intervenção (ensaios e estudos de coorte) ou em casos-controle foram recrutados da mesma população? Por ex., pacientes para todos os grupos de comparação devem ser selecionados do mesmo hospital. A pergunta deve ser respondida "incapaz de determinar" para estudos de coorte e estudos caso-controle onde não há nenhuma informação sobre a origem dos pacientes incluídos no estudo.	Sim = 1	Não = 0	Incapaz de determinar =0
22. Os pacientes em diferentes grupos de intervenção (ensaios e estudos de coorte) ou em casos-controle foram recrutados no mesmo período de tempo? Para estudos que não especificam o tempo em que os pacientes foram recrutados, a resposta deve ser "incapaz de determinar".	Sim = 1	Não = 0	Incapaz de determinar =0
23. Os sujeitos do estudo foram randomizados para os grupos de intervenção? Estudos que indicam que os indivíduos foram randomizados a resposta deve ser "sim", exceto quando o método de randomização não garantir a alocação aleatória. Por exemplo alocação alternativa seria "não", porque não é previsível	Sim = 1	Não = 0	Incapaz de determinar =0

24. A intervenção randomizada foi oculta para os pacientes e para a equipe até que o recrutamento estivesse completo e irrevogável? Para todos os estudos não-randomizados a resposta deve ser "não". Se o cegamento foi para os pacientes, mas não para a equipe, a resposta deve ser não	Sim = 1	Não = 0	Incapaz de determinar =0
25. Houve um ajuste adequado dos fatores de confusão nas análises a partir das quais os principais achados foram tirados? Esta pergunta deve ser respondida "não" para os ensaios se: as principais conclusões do estudo foram baseadas em análises do tratamento ao invés de intenção de tratamento, a distribuição de fatores de confusão conhecido em diferentes grupos de tratamento não foi descrito, ou a distribuição de fatores de confusão conhecidos diferiu entre os grupos de tratamento, mas não foi levado em consideração nas análises. Em estudos não randomizados, se o efeito dos principais fatores de confusão não foi investigado ou o fator de confusão foi demonstrado, mas nenhum ajuste foi feito na análise final, a questão deve ser respondida " não"	Sim = 1	Não = 0	Incapaz de determinar =0
26. As perdas dos pacientes no andamento foram levadas em conta? Se o número de pacientes perdidos no andamento não é relatado, a questão deve ser respondida como "incapaz de determinar". Se a proporção de perda no andamento foi pequena demais para afetar as principais conclusões, a questão deve ser respondida "sim"	Sim = 1	Não = 0	Incapaz de determinar =0

Fonte: Elaborado pela autora adaptado de Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomized and non-randomized studies of health care interventions. J Epidemiol Community Health. 1998;52(6):377–84

Poder do estudo

27. O estudo tem poder suficiente para detetar um efeito clinicamente importante quando o valor de p ("probability value") para uma diferença que é devida ao acaso é inferior a 5%? Os tamanhos de amostra foram calculados para detetar uma diferença de x% e% y		Tamanho do menor grupo da intervenção	
	A	<n1	0
	B	n1–n2	1
	C	n3–n4	2
	D	n5–n6	3
	E	n7–n8	4
	F	n8+	5

Fonte: Elaborado pela autora adaptado de Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomized and non-randomized studies of health care interventions. J Epidemiol Community Health. 1998;52(6):377–84.

Anexo 2 -Resumo da análise metodológica

	Q1: Objetivo claramente descrito	Q2: Resultados claramente descritos	Q3: Características dos participantes claramente descritas	Q4: Intervenção claramente descrita	Q5: Principais variáveis parasitas claramente descritas	Q6: Principais conclusões claramente descritas	Q7: Variabilidade aleatória para os principais resultados apresentados	Q8: Ocorrências indesejáveis reportadas	Q9: Perdido por follow-up	Q10: Significância (p-value) atual
<i>Cavalcanti et al. 2020</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
<i>Lourenço et al 2013</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<i>Uldum et al. 2017</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
<i>Hajeri et al. 2018</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim
<i>Olatosi et al. 2018</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
<i>Kvist et al. 2014</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
<i>Kaihara et al. 2022</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim
<i>Hartung et al. 2018</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim
<i>Ramírez Solano et al. 2017</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
<i>Harris et al. 2022</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim
<i>Al-Dabaan et al. 2016</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim

	Q11: Amostra perdida para participar representativa da população	Q12: Amostra aceite para participar representativa da população	Q13: Pessoal que participou representativo do ambiente do utente	Q14: Tentativa de cegamento de participantes	Q15: Tentativa de cegamento de assessores	Q16: Resultados com base nos dados planeados claramente descritos	Q17: Análise ajustada por tempo de follow-up	Q18: Estatística apropriada	Q19: Adesão fidedigna	Q20: Medidas de resultado precisas
<i>Cavalcanti et al. 2020</i>	Sim	Incapaz de determinar	Sim	Incapaz de determinar	Não	Sim	Incapaz de determinar	Sim	Incapaz de determinar	Sim
<i>Lourenço et al 2013</i>	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Incapaz de determinar	Sim
<i>Uldum et al. 2017</i>	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Incapaz de determinar	Sim
<i>Hajeri et al. 2018</i>	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Incapaz de determinar	Sim
<i>Olatosi et al. 2018</i>	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Incapaz de determinar	Sim
<i>Kvist et al. 2014</i>	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Incapaz de determinar	Incapaz de determinar	Sim
<i>Kaihara et al. 2022</i>	Sim	Sim	Incapaz de determinar	Não	Não	Sim	Não	Sim	Incapaz de determinar	Sim
<i>Hartung et al. 2018</i>	Incapaz de determinar	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Incapaz de determinar	Sim	Incapaz de determinar	Sim
<i>Ramírez Solano et al. 2017</i>	Incapaz de determinar	Incapaz de determinar	Incapaz de determinar	Não	Não	Sim	Não	Não	Incapaz de determinar	Não
<i>Harris et al. 2022</i>	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Incapaz de determinar	Sim
<i>Al-Dabaan et al. 2016</i>	Incapaz de determinar	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Incapaz de determinar	Sim

1


	Q21: Mesma população	Q22: Pacientes recrutados ao mesmo tempo	Q23: Aleatoriedade?	Q24: Alocação adequada oculta?	Q25: Ajuste adequado das variáveis parasitas?	Q26: Perda descrita por follow-up	Q27: cálculo da força
<i>Cavalcanti et al. 2020</i>	Sim	Sim	Incapaz de determinar	Incapaz de determinar	Incapaz de determinar	Não	n8+
<i>Lourenço et al. 2013</i>	Sim	Sim	Incapaz de determinar	Incapaz de determinar	Sim	Sim	n8+
<i>Uldum et al. 2017</i>	Sim	Sim	Sim	Incapaz de determinar	Incapaz de determinar	Sim	n8+
<i>Hajeri et al. 2018</i>	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	n8+
<i>Olatosi et al. 2018</i>	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	n8+
<i>Kvist et al. 2014</i>	Sim	Sim	Não	Incapaz de determinar	Não	Não	n8+
<i>Kaihara et al. 2022</i>	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Incapaz de determinar	n8+
<i>Hartung et al. 2018</i>	Sim	Sim	Não	Não	Não	Incapaz de determinar	n8+
<i>Ramírez Solano et al. 2017</i>	Sim	Sim	Não	Não	Não	Incapaz de determinar	n8+
<i>Harris et al. 2022</i>	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	n8+
<i>Al-Dabaan et al. 2016</i>	Sim	Sim	Incapaz de determinar	Não	Não	Não	n8+


Fonte: Elaborado pela autora; Q: Questão

Anexo 3- Guideline para deteção de lesões causadas por MT a crianças

LESÕES DE MAUS-TRATOS A CRIANÇAS:

Como diagnosticar ?





60 %

50-70% das crianças abusadas fisicamente apresentam sinais de abuso na região da cabeça e pescoço. Os médicos dentistas (MD) encontram-se assim numa posição estratégica para detetar, diagnosticar, documentar e denunciar estes abusos às autoridades competentes.

1

Avaliação do comportamento da criança

- Sem contato visual com adultos.
- Medo dos pais.
- Medo quando alguém lhe toca
- Distúrbios na interação social e emocional

- Grandes mudanças de humor
- Comportamento passivo
- A interação da criança com os pais é anormal
- Défice de atenção

2

Examinação da criança

NEGLIGÊNCIA

- A criança está suja, negligenciada ou tem má higiene oral
- Muitas cáries rampantes na boca de uma criança
- Dor não tratada, infeção, sangramento ou trauma
- Evidência de supervisão deficiente
- Assiduidade irregular e faltas repetidas às consultas
- Nutrição: Falha no crescimento
- Estimulação e educação: Atraso no desenvolvimento

ABUSO FÍSICO

- Falta de muitos dentes ou dentes fracturados.
- Queimaduras (causadas pela ingestão de substâncias quentes ou corrosivas)
- Cortes (lesões com uma superfície afiada e uma forma clara)
- Ausência de cabelo devido a puxões de cabelo.
- Marcas de mordidas humanas
- Contusões ou marcas inexplicáveis (ou explicações incoerentes)
- Lesões faciais em bebés e crianças que não são adequadas à idade e ao desenvolvimento da criança

Lesões intra-orais :

- Podem ocorrer lesões penetrantes no palato, vestibulo e no chão da boca durante a alimentação forçada de lactentes.
- Contusões e lacerações do freio labial superior num paciente muito jovem (menos de 1 ano) deve levantar suspeitas.

ABUSO SEXUAL :

- Dor persistente ou inexplicável ou prurido na zona genital ou na garganta
- Dificuldade em ir à casa de banho ou engolir
- Hematomas, hemorragias ou inchaços na zona genital, rectal ou anal
- Dores de estômago ou de cabeça, ou queixas psicossomáticas
- Gravidez
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Dificuldade em andar ou sentar-se

3

História

Quando uma criança é vítima de abuso, a história da lesão pode ajudar a determinar se a lesão é resultado de um acidente ou de um ato intencional de violência e por isso é importante de ter a história com foco na compreensão de como e porquê a lesão ocorreu e se os resultados correspondem à história dada .



A lesão pode ter sido causada acidentalmente e, em caso afirmativo, como?

A explicação para a lesão corresponde à idade da criança e aos achados clínicos?

A história das lesões é variável ou incoerente?

Houve alguma preocupação anterior, também para os irmãos?

Houve recurso tardio aos cuidados?

Houve um atraso na procura de aconselhamento e quais são as razões?

É importante obter mais de uma história, uma da criança e outra separada do adulto.

4

Como registar ?

DOCUMENTAÇÃO :

Escrito à mão : legível - claro e sem ambiguidades - armazenado em segurança - assinado, datado e com hora marcada

Registos electrónicos: verificado antes de confirmar qualquer entrada - seguro - não modificável após guardar.

FOTOGRAFIAS :

Fotografia da criança juntamente com o nome, data.

Fotografias de lesões tirada com régua e etiquetas de identificação colocado perto do ferimento

Fotografias tirada com ângulos diferentes

RADIOGRAFIAS :

Radiografias periapicais

OPT (ortopantomografia)

Em casos de destruição de tecidos: Impressão com alginato e etiquetada com nome do paciente, data.

Em caso de abuso, por favor contacte a Comissão Nacional de Promoção e Protecção dos Direitos das Crianças e dos Jovens - <http://www.cnpdpcj.gov.pt/> (+351) 300 509 717 ou 300 509 738.

Anexo 4- Guideline para denunciar lesões causadas por MT a crianças



Anexo 4- Guideline para denunciar lesões causadas por MT a crianças



NÚMEROS DE CONTATO PARA PROTEÇÃO DE CRIANÇAS

CNPCJR – COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

Telefone: 213 114 900
Web Site: www.cnpcjr.pt
E-mail: cnpcjr@seg-social.pt

CPCJ – COMISSÕES DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS

Telefone : 300 509 717 ou 300 509 738
Web Site: www.cnpcjr.pt
E-mail: apoio.presidencia@cnpdpdj.pt

MINISTÉRIO PÚBLICO

Telefone: 213 184 910
Web Site: www.citius.mj.pt/Portal/ContactosTrabalho.aspx
E-mail: correio@lisboa.execucoes.mj.pt

GNR – GUARDA NACIONAL REPUBLICANA

Telefone: 213 217 000
Web Site: www.gnr.pt E-mail: gnr@gnr.pt

NÚCLEOS DE APOIO ÀS CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (NACJR)

Tel. 926 696 723 | 926 696 599
E-mail : nacjr.portoocidental@arsnorte.min-saude.pt

INSTITUIÇÕES PARTICULARES DE SOLIDARIEDADE SOCIAL (IPSS)

Telefone : 228 317 497
geral@udipss-porto.org

ISS, I.P. – INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL

Telefones: Linha Nacional de Emergência Social 144
Dias úteis: 218 420 739
Noites e fins de semana: 218 462 083
Web Site: www.seg-social.pt

OUTROS NÚMEROS

112 – Número Nacional de Emergência
800 202 148 – Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica (CIG);
116 006 – Linha de Apoio à Vítima (APAV) (chamada gratuita).
800 202 484 : SOS Adolescente

Anexo 5- Exemplo de uma ficha de sinalização (Câmara Municipal de Vila Viçosa)

FICHA DE SINALIZAÇÃO ESCOLA CRIANÇA/JOVEM

Modalidade de Contacto¹ Telefone <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Correio <input type="checkbox"/> Presencial (CPCJ) <input type="checkbox"/>	Participação N.º ___/20___ <small>(A preencher pela CPCJ)</small> Data: ___/___/___
--	---

1- Identificação da Entidade/Pessoa que procede à sinalização			
Nome (pessoa que sinaliza/instituição):			
Morada:			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	
Deseja manter anonimato?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Relação com o denunciado (diretor de turma, professor, diretor, auxiliar...):			

2- Dados de Identificação da criança/jovem				
Nome:				
Data de nascimento: ___/___/___			Idade: _____	
Morada:				
Localidade:			Código Postal:	
Vive com:	Pai <input type="checkbox"/>	Mãe <input type="checkbox"/>	Irmãos <input type="checkbox"/> Quantos: _____	Avó <input type="checkbox"/>
Avô <input type="checkbox"/>	Tio(s)/a(s) <input type="checkbox"/>	Primo(s)/a(s) <input type="checkbox"/>	Companheiro/a da mãe/pai <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>

2.1- Dados do estabelecimento de ensino/instituição que a criança/jovem frequenta
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/>

Anexo 5- Exemplo de uma ficha de sinalização (Câmara Municipal de Vila Viçosa)

Morada:		
Localidade:		Código Postal:
Ano de escolaridade: ____º ano	Turma: ____	Número: ____
Nome do diretor/a de turma:		
Dia/Hora de atendimento: _____-feiras / Das _____ às _____ horas		
Contactos:		

3- Identificação dos Progenitores/Pessoa que detém a guarda		
Nome do pai:		Telf:
Morada:		
Localidade:		Código postal:
Nome da mãe:		Telf:
Morada:		
Localidade:		Código postal:
Encarregado de Educação: _____		
Outro(s) responsável(eis) pela criança/jovem: pessoas que exerçam o poder paternal ou que tenham a guarda de facto: _____		
Morada:		
Localidade:		Código postal: Telf:
Outras informações de interesse sobre os pais ou pessoas responsáveis e que ajudem a perceber a situação familiar da criança/jovem, nomeadamente uma pequena caracterização socioeconómica do agregado:		

Anexo 5- Exemplo de uma ficha de sinalização (Câmara Municipal de Vila Viçosa)

4- Motivo(s) gerais da sinalização à CPCJ ²									
Abandono escolar		Absentismo escolar		Negligência		Maus tratos físicos			
Maus tratos psicológicos		Alcoolismo		<i>Bullying</i>		Outras situações de risco			
Indicador(es) de perigo observados									
<i>(No caso de ser relevante especificar e/ou se indicarem acima "outras situações de risco", consultar listagem abaixo e assinalar apenas os números)</i>									
Pessoa(s) a quem é atribuível a situação de perigo									
Pai:		Mãe:		Pai e Mãe:		Irmão(s):			
Outra – Qual?				Não é possível obter essa informação:					

Listagem de indicadores de situações de maus tratos e outras situações de perigo para o preenchimento da ficha de comunicação/sinalização
--

- | INDICADORES FÍSICOS NO MENOR |
|--|
| 1 Vai para a escola sem tomar o pequeno almoço/comer |
| 2 Vai para a escola sem nenhum alimento |
| 3 Pede comida aos colegas |
| 4 Usa sempre a mesma roupa |
| 5 Usa roupa inadequada |
| 6 Apresenta-se com o cabelo sujo |
| 7 Apresenta odores desagradáveis |
| 8 Apresenta feridas ou arranhões |
| 9 Apresenta sinais de mordeduras humanas |
| 10 Apresenta sinais de pancada no corpo |
| 11 Apresenta queimaduras |
| 12 Chega cansado à escola |
| 13 Mostra-se cansado nas aulas |
| 14 Parece esgotado |
| 15 O seu rosto expressa tristeza |
| 16 Desenvolvimento físico inadequado |
| 17 Vai às aulas mesmo quando está doente |
| 18 Apresenta com frequência doenças ou dores físicas |

Anexo 5- Exemplo de uma ficha de sinalização (Câmara Municipal de Vila Viçosa)

INDICADORES COMPORTAMENTAIS	
19	Falta às aulas
20	Chega tarde à escola
21	Não quer ir para casa
22	Regressa sozinho a casa
23	Atitude defensiva perante qualquer aproximação física
24	Evita falar de si mesmo
25	Evita falar da família
26	Recusa-se a estar com os colegas
27	Tem problemas de encoprese
28	Tem problemas de enurese
29	Tem uma atitude hipervigilante
30	Muda bruscamente de humor
31	É pouco expressivo/a
32	Permanece muito tempo calado/a
33	É muito inquieto/a
34	Mostra-se apreensivo/a se vê outras crianças a chorar
35	Tem uma atitude de rejeição das pessoas adultas
36	Mostra pouca empatia em relação aos outros
37	Procura protecção no professor/a
38	Tenta ser o centro das atenções
39	Rouba objectos
40	Foge das aulas
41	É agressivo com os colegas e/ou os professores
42	Destrói os objectos
43	Mostra-se passivo/retraído
44	Mostra uma atitude de desafio
45	Isola-se nos recreios
46	Está desconcentrado nas actividades
47	Chora nas aulas sem justificação
48	Cauteloso no contacto físico com adultos
49	Os colegas não simpatizam com ele
50	Mente ou engana
51	Faz pequenos furtos
52	Apresenta problemas de disciplina ou comportamento
53	Tem uma atitude provocatória
54	Abusa de drogas ou álcool
55	Tem um comportamento impulsivo
56	Mostra excessiva preocupação com o sexo
57	Comportamento sexual inadequado para a idade
58	Mostra uma dependência excessiva
59	Parece ausente
60	Evita olhar nos olhos
61	Mostra baixa auto-estima
62	Apresenta comportamentos e atitudes inadequados para a idade

Anexo 5- Exemplo de uma ficha de sinalização (Câmara Municipal de Vila Viçosa)

INDICADORES ACADÉMICOS DO/OA MENOR	
63	Não faz os deveres
64	Mudanças bruscas do rendimento escolar
65	Mostra dificuldades de aprendizagem
66	Tem problemas da fala
67	Problemas de atenção e concentração
INDICADORES FAMILIARES	
68	Substiram os comportamentos pré-delitivos ou anti-sociais
69	Recusam-se a comentar o problema da criança
70	Não dão qualquer explicação para a situação
71	Não impõem limites ao comportamento do menor
72	São extremamente protectores do menor
73	Tratam os irmãos de forma desigual
74	Têm uma imagem negativa dele
75	São muito exigentes com ele
76	Utilizam uma disciplina demasiado rígida e autoritária
77	Desprezam-no, rejeitam-no ou culpam-no
78	Não mostram afecto para com o menor
79	Não se preocupam com a educação do menor
80	Parecem não se preocupar com ele
81	Não prestam atenção ao menor e às suas necessidades
82	Expectativas não realistas em relação às capacidades do menor
83	Sentem o filho como propriedade sua
84	Privam o menor de relações sociais
85	Estão frequentemente ausentes de casa
86	Têm a casa em más condições de segurança e higiene
87	Deixam o menor em casa sem supervisão
88	Delegam o cuidado da criança em estranhos
89	Excessiva ansiedade perante a responsabilidade da criança
90	Os pais não comparecem na escola quando são chamados
91	Utilizam o menor em tarefas impróprias para a idade
92	Não vão buscar a criança à escola
93	São muito jovens e imaturos
95	Estão socialmente isolados
96	Abusam de drogas ou álcool
97	Um dos pais sofre de doença mental
98	Um dos pais apresenta um défice intelectual
99	Um dos pais sofre de uma doença crónica e/ou grave
100	Aspecto descuidado, desleixado e higiene inadequada dos pais
102	Conhece-se a existência de ludopatias nos pais
103	Violência familiar ou doméstica
104	Usam o filho como arma em processos de separação ou divórcio
105	Mostram-se dispostos a interná-lo

Anexo 5- Exemplo de uma ficha de sinalização (Câmara Municipal de Vila Viçosa)

5- Intervenção já efetuada pela escola (Diretor de turma/direção/professor...)

Data ___/___/___

Assinatura (pessoa que sinalizou a situação de Risco) _____

6- A preencher pela Comissão Restrita da CPCJ

Apreciação/Decisão Limiar

<input type="checkbox"/>	Aceitar processo – Sequência para Avaliação Diagnóstica
<input type="checkbox"/>	Arquivamento liminar:
<input type="checkbox"/>	- A situação de Perigo: <input type="checkbox"/> Não se confirma <input type="checkbox"/> Já não subsiste
<input type="checkbox"/>	- Remeter para Comissão Competente Qual?
<input type="checkbox"/>	- Remeter para Tribunal Qual?

Justificar:

Data ___/___/___

Elementos da Comissão Restrita: _____
