

Inês Gonçalves Ferreira

**Avaliação de Conhecimentos no Diagnóstico de Maus Tratos de
Crianças e Adolescentes em Medicina Dentária**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2021

Inês Gonçalves Ferreira

**Avaliação de Conhecimentos no Diagnóstico de Maus Tratos de
Crianças e Adolescentes em Medicina Dentária**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2021

**Avaliação de Conhecimentos no Diagnóstico de Maus Tratos de
Crianças e Adolescentes em Medicina Dentária**

“Dissertação de Mestrado
apresentada à Faculdade de Ciências
da Saúde da Universidade Fernando
Pessoa como parte dos requisitos
para obtenção de grau de Mestre em
Medicina Dentária”.

Resumo

Foi objetivo do presente trabalho aferir o conhecimento do Médico Dentista sobre como deve e pode atuar perante a suspeita de maus tratos em crianças e adolescentes em consulta de medicina dentária.

Para tal, foi elaborado um questionário *on-line* sobre a temática de abuso e negligência infantil, aplicado a 185 médicos-dentistas, 163 mulheres e 22 homens.

O acesso ao grupo de participantes foi efetuado mediante e-mail direcionado a clínicas com atendimento de medicina dentária e divulgação em plataformas e grupos de medicina dentária, bem como, diversas redes sociais (*Instagram, Facebook, WhatsApp, Telegram*). Para a pesquisa bibliográfica, foi efetuada uma procura nas bases de dados “Pubmed”, “B-On” e no Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa.

Relativamente aos sinais de abuso físico em crianças e adolescentes, os mais sinalizadores foram as lesões traumáticas nos locais de prominência óssea facial (70,3%) e a escoriação com forma identificável (66,5%). No que diz respeito ao diagnóstico de negligência infantil, baixo peso (64,9%) e fraco desenvolvimento da criança (66,5%), foram os sinais mais identificados pelos médicos dentistas.

No que concerne às responsabilidades médico-legais, a maioria dos médicos dentistas tem conhecimento (65,9%). Cerca de 34,1% dos inquiridos, afirmou não conhecer as suas responsabilidades médico-legais.

Os conhecimentos dos profissionais nesta área são diminutos, tornando-se necessária uma aposta na formação para uma maior sensibilização, deteção e encaminhamento de casos de suspeita de maus tratos em crianças e adolescentes.

Palavras chave: abuso infantil; negligência infantil; maus tratos; odontopediatria; odontopediatria forense; conhecimento do médico dentista.

Abstract

The objective of this work is to assess the Dentist's knowledge about how should and can act in case of suspicion in the face of suspected maltreatment in children and adolescents in dental consultations.

To this end, an online questionnaire was developed on the theme of child abuse and neglect, delivered to 185 dentists, 163 women and 22 men.

Access to the group of participants was made via email directed to clinics with dental care and dissemination on dental platforms and groups, as well as on various social networks (Instagram, Facebook, WhatsApp and Telegram). For the bibliographical research, a search was carried out in the “Pubmed”, “B-On” databases and in the Institutional Repository of the Fernando Pessoa University.

Regarding the signs of physical abuse in children and adolescents, the most common were traumatic injuries in areas of facial bone prominence (70.3%) and excoriation with an identifiable form (66.5%). With regard to the diagnosis of child neglect, low weight (64.9%) and poor child development (66.5%) were the most identified signs by dentists.

With regard to medico-legal responsibilities, most dentists are aware (65.9%). And 34% of respondents said they didn't know their medico-legal responsibilities.

The knowledge of professionals in this area is insufficient, making it necessary to invest in training for consciousness, detection and forwarding of cases of suspected abuse in children and teenagers.

Keywords: child abuse; child neglect; mistreatment; paediatric dentistry; forensic paediatric dentistry; dentist knowledge.

Dedicatória

**A vocês, Mãe e Pai, que todos os dias caminho com um sorriso no rosto, não só pelo
trabalho que faço, mas sim por vos ter a meu lado.**

**Não existem palavras para descrever o orgulho na nossa Família, aos cinco
Mosqueteiros (Rodrigo e Pipo incluídos).**

Nem o Google encontra uma família assim!

Agradecimentos

Já um grande filósofo dizia, “O começo é a parte mais importante de um trabalho”, Sócrates.

De facto, a parte mais árdua é o início de um trabalho, porque começamos com uma página em branco.

O começo de um trabalho tem tanto de assustador como de cativante. Apesar de começarmos do “nada”, nunca o começamos sozinhos. Por esse mesmo motivo, quero agradecer em primeiro lugar à minha orientadora, a Professora Cristina Cardoso Silva e coorientadora, Professora Inês Guimarães, por terem aceitado este desafio e me terem “aturado” pacientemente ao longo destes meses de trabalho constante e para além disso, serem um exemplo em diversos aspetos, mas principalmente serem um exemplo de profissionais, que espero vir a ser um dia (se for metade já me dou por feliz) e por serem um exemplo de boa disposição contínua.

Ao meu padrinho “Zantone”, por ser uma das pessoas que mais admiro e por estar sempre pronto a ajudar! Aliando-se como é costume, à boa disposição, foi o meu salvador na análise estatística desta dissertação.

Ao David, que não só tem toda a paciência deste mundo (ou outros, se existirem mais). Por ouvir os meus desaforos e lidar com os meus infinitos estados de espírito, sendo cada um pior que o outro. Por todo o incentivo e chamadas de atenção com (muito) carinho à mistura. És o meu fiel companheiro e só tenho a agradecer a bonita relação que temos (com todos os bons defeitos que esta acarreta).

Ao Rodrigo, meu irmão, o pestinha e a minha dor de cabeça constante. Que pela sua maneira brincalhona e muito calma (demasiado) de encarar a vida, me dá de certa forma, uma motivação contínua e consegue tirar algumas das melhores gargalhadas, mesmo nos dias menos engraçados.

Aos todos os meus Amigos, sabem perfeitamente quem são, que ao longo desta jornada, boa disposição e lenços (para o melhor e pior) e cafezinhos para animar a alma nunca faltaram (mesmo virtuais com o covid). São “só” incríveis!

A todas as pessoas e família, próximas ou distantes, que de alguma forma contribuíram para eu ser quem sou, e aqui não esqueço em especial os meus avós e alguns vizinhos,

uns “avós” emprestados, com um coração ternurento e sempre com uma palavra sábia e sentida.

Em último e propositadamente, aos dois pilares mais bonitos e seguros da minha vida, à minha Mãe, Graça Ferreira e ao meu Pai, Carlos Ferreira, por TUDO e mais alguma coisa. Que são capazes de ir à lua e vir, de realizar o impossível, só para me ver sorrir. Se sou alguém hoje em dia, devo-o a vocês. Nem mil beijinhos chegam para vos agradecer, mas lá terão que se contentar.

Índice Geral

Índice de Anexos	xi
Índice de Abreviaturas	xii
Índice de Gráficos	xiii
Índice de Tabelas	xiv
I. Introdução	1
1. Materiais e Métodos	2
II. Resultados	3
III. Discussão	9
IV. Conclusão	15
V - Bibliografia	16
Anexos	19

Índice de Anexos

Anexo 1 – Questionário	19
Anexo 2 – Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa em março de 2021....	22

Índice de Abreviaturas

CPCJ – Comissão Proteção de Crianças e Jovens.

DST`s – Doenças Sexualmente Transmissíveis – Tradução livre do Inglês *Sexual Transmitted Diseases*.

GNR – Guarda Nacional Republicana.

HPV – Vírus do Papiloma Humano – Tradução livre do Inglês *Human Papilloma Virus*.

MD – Médico Dentista / Médicos Dentistas.

MDCP – Medicina Dentária Comunitária e Preventiva.

MDF – Medicina Dentária Forense.

ML – Medicina Legal.

ODP – Odontopediatria.

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas.

ONU – Organização das Nações Unidas.

PSP – Polícia de Segurança Pública.

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana – Tradução livre do Inglês *Human Immunodeficiency vírus*.

VSH – Vírus do Herpes Simplex – Tradução livre do Inglês *Herpes Simplex Virus*.

VSH-1 – Vírus do Herpes Simplex tipo 1 – Tradução livre do Inglês *Herpes Simplex Virus type 1*.

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Experiência Clínica.....	3
Gráfico 2 – Número de crianças atendidas em prática clínica.....	4
Gráfico 3 – MD com formação nas áreas de ODP, ML, MDF e MDCP.....	4
Gráfico 4 – Conhecimento das responsabilidades Médico-Legais em casos de Abuso e Negligência.....	5
Gráfico 5 – Atitudes perante suspeita de Abuso Infantil.....	6
Gráfico 6 – Entidades onde apresentar a denúncia de Abuso Infantil.....	6
Gráfico 7 – Entidades onde apresentar a denúncia de Negligência Infantil.....	8

Índice de Tabelas

Tabela I – Respostas dos Médicos Dentistas em relação aos sinais de Abuso Infantil.....	5
Tabela II – Respostas relativas aos Sinais no diagnóstico de Negligência.....	7

I. Introdução

Os maus tratos em crianças e adolescentes ainda são um grave problema nas sociedades atuais. No entanto têm vindo a ser promulgadas leis e declarações, entre as quais a Declaração dos Direitos da Criança, onde a Organização das Nações Unidas (ONU, 1959), reafirma a necessidade de proteção das crianças, devido à sua vulnerabilidade. Refere também a necessidade de proteção jurídica e não jurídica a crianças antes e após o seu nascimento, da importância do respeito pelos valores culturais da comunidade da criança e o papel vital da cooperação internacional para que os direitos da criança sejam uma realidade (Declaração dos Direitos da Criança, 1959).

Segundo a *Child Abuse Prevention and Treatment Act* dos Estados Unidos da América: O abuso infantil é qualquer ato ou ausência deste por parte do progenitor ou responsável, e que resulta em morte, lesão física ou trauma emocional ou abuso e/ou exploração sexual (*American Academy of Pediatric Dentistry*, 2010). Sendo que, genericamente são classificados em quatro diferentes tipos de abusos infantis: físico, emocional, sexual e negligência.

Todos os membros da sociedade têm a responsabilidade compartilhada de proteger as crianças e agir quando houver suspeita de maus tratos. Como não podia deixar de ser, os profissionais de saúde têm um papel fulcral na defesa dos direitos das crianças (Welbury and Murphy, 1998). Entre estes, o médico dentista está provavelmente numa posição mais favorável para reconhecer uma situação de abuso infantil, com oportunidades de avaliar não só a condição física e psicológica das crianças, mas também o ambiente familiar (Mathur and Chopra, 2013), sendo que cerca de 50% dos abusos físicos a crianças ocorrem na cavidade oral e na região do crânio e pescoço (Fisher-Owens, Lukefahr and Tate, 2017).

Segundo o código deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), no artigo 52º da Secção “Saúde Pública”, o Médico Dentista deve: Comunicar junto das autoridades competentes os casos de agressões e maus tratos a utentes que aos seus serviços recorram, sem prejuízo do dever de sigilo médico e do disposto na legislação nacional e da União Europeia quanto a esta matéria. Não obstante esta obrigação legal, muitos profissionais de saúde não denunciam as suspeitas de maus tratos/abuso (Pozo and López, 2004).

Dada a importância do médico dentista perante casos de suspeita de maus tratos, surgiu a necessidade de realizar uma investigação, com o objetivo principal de avaliar o conhecimento e atitudes dos profissionais desta área, sobre como devem e podem atuar

perante suspeita de maus tratos/abuso e/ou negligência, em crianças e adolescentes na consulta de medicina dentária. Para além deste objetivo principal, o estudo teve ainda como objetivos secundários saber se o médico dentista conhece as responsabilidades médico-legais no que diz respeito à denúncia às autoridades competentes, de abuso ou negligência e a sua importância; assim como aferir o seu conhecimento sobre o diagnóstico dos sinais de maus tratos/abuso físico e negligência, nomeadamente nas lesões na região orofacial, escoriações, lesões dentárias, marcas de mordida, entre outras.

1. Materiais e Métodos

O presente trabalho de investigação teve como base um questionário em suporte único e exclusivamente *on-line*. Previamente à realização do estudo, foi obtida autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, em março de 2021 (Anexo 1). O acesso ao grupo de participantes foi efetuado mediante *e-mail* direcionado a clínicas com atendimento de Medicina Dentária, divulgação em plataformas e grupos de Medicina Dentária e, divulgação em diversas redes sociais: *Facebook*, *Instagram*, *WhatsApp* e *Telegram*. A confidencialidade dos participantes esteve sempre garantida e segura, pois em momento algum foram realizadas questões de carácter pessoal que identificassem o participante. A recolha de dados iniciou-se em abril de 2021 e terminou em maio do mesmo ano. Os mesmos foram armazenados numa pasta onde apenas o investigador principal podia aceder, de forma a garantir a confidencialidade dos dados.

A amostra do estudo consistiu em 185 médicos dentistas que, de forma voluntária, acederam à realização do inquérito online, após um assentimento informado.

O questionário estava composto por 9 questões, dividido em quatro secções, a primeira secção consistiu em perguntas sobre dados gerais referentes ao Médico Dentista (MD), incluindo género, experiência clínica, número de crianças atendidas na prática clínica, universidade de formação base, pós-graduações frequentadas. Foram também questionados nesta secção os conhecimentos dos MD nomeadamente às suas responsabilidades médico-legais e o reconhecimento da sua posição privilegiada na deteção e denúncia de casos de suspeita de abusos e/ou negligência infantil. A segunda secção continha perguntas específicas a respeito da temática dos abusos infantis e a terceira secção, perguntas relacionadas com a negligência. Em ambas as secções II e III,

as questões versavam sobre conhecimento no diagnóstico, atitude e prática dos participantes em relação aos maus tratos das crianças e adolescentes. A quarta e última secção do questionário foi meramente expositiva, dando orientações sobre como pode e deve o médico dentista agir perante casos de suspeita de maus tratos infantis (Anexo 2).

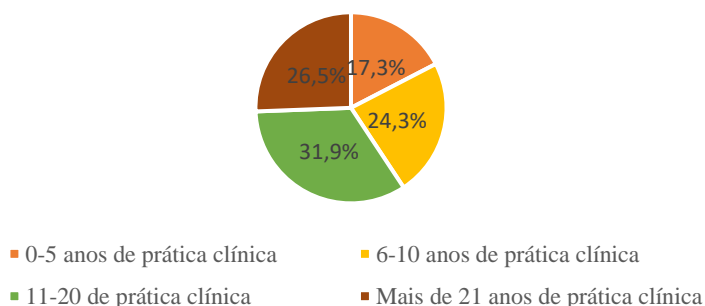
Para a pesquisa bibliográfica, foi efetuada uma procura nas bases de dados “Pubmed”, “B-On” e no Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa, com os seguintes termos de pesquisa: “abuso infantil”; “maus tratos”; “odontopediatria”; “negligência”; “odontopediatria forense” e “conhecimento do médico dentista”.

Foi realizada uma análise quantitativa dos dados obtidos. Foi também realizada a análise quantitativa de algumas variáveis qualitativas. No sentido de responder aos objetivos propostos, foi realizada uma análise estatística descritiva e também inferencial. Os dados foram recolhidos através do Google Forms e analisados com os *Softwares* Excel e o SPSS 21.0® (*Statistical Package for Social Sciences*). Na análise inferencial, algumas questões foram cruzadas por método do teste de qui-quadrado e através do teste de Mann-Whitney.

II. Resultados

A amostragem do presente estudo incluiu 185 MD, dos quais 163 mulheres (88,1%) e 22 homens (11,9%). Relativamente aos anos de formação, os inquiridos enquadravam-se principalmente em dois grupos: recém-licenciados ou MD com mais experiência. A maioria dos inquiridos respondeu exercer a profissão entre 11 e 20 anos e há mais de 21 anos. Os restantes valores das outras hipóteses de resposta conseguem-se ler no Gráfico 1.

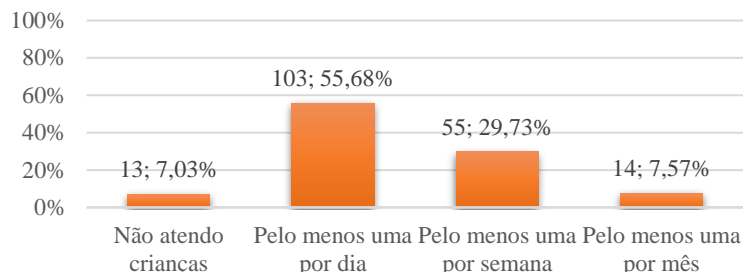
Gráfico 1 - Experiência Clínica



Relativamente ao número de crianças atendidas na prática clínica, mais de metade dos inquiridos atendem pelo menos uma criança por dia em consultório médico-dentário

(n=103, 55,68%). Um número mais reduzido de participantes não atende crianças (n=13, 7,03%) ou atende pelo menos uma por mês (n=14, 7,57%) (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Número de crianças atendidas em prática clínica



No que se refere à realização de algum tipo de formação mais especializada, 126 MD têm um curso de pós-graduação (n=126, 68,11%) (Gráfico 3). Da amostra de 126 MD, um número inferior (n=57, 30,8%) tem formação nas áreas de Odontopediatria, Medicina Legal, Medicina Dentária Comunitária e Preventiva ou Medicina Dentária Forense.

Gráfico 3 - MD com formação nas áreas de ODP, ML, MDF e MDCP

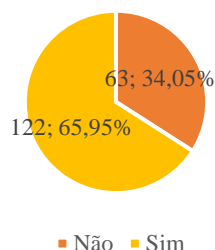


No que diz respeito à Universidade onde os inquiridos se formaram, 96,76% dos MD tiveram formação em universidades portuguesas.

A respeito de considerar o MD um profissional privilegiado na deteção de casos de abuso e negligência em crianças e adolescentes, 87,57% (n=162) concordou com a sua posição privilegiada. Por outro lado, 12,43%, ou seja, 23 MD, não concordaram.

Conforme se observa no Gráfico 4, também é possível verificar que um número superior de MD afirma conhecer as responsabilidades médico-legais do profissional de saúde em relação à denúncia de abuso ou negligência.

Gráfico 4 - Conhecimento das responsabilidades Médico-Legais em casos de Abuso e Negligência



Na segunda parte do questionário, referente aos maus tratos em crianças e jovens, as características faciais consideradas como um maior sinal de alerta para o abuso infantil, foram: lesões traumáticas nos locais de prominência óssea facial (n=130, 70,3%), escoriação com forma identificável, como marcas da mão e mordidas (n=123, 66,5%). De acordo com os valores médios e medianos obtidos, verifica-se, que os profissionais tendem a considerar os vários indícios apontados como sinais de Abuso Infantil, maioritariamente “Às vezes” e com menor frequência “Sempre” ou “Raramente” (Tabela I).

Tabela I – Respostas dos Médicos Dentistas em relação aos sinais de Abuso Infantil

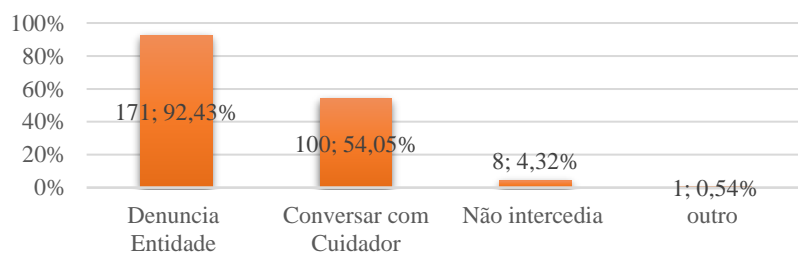
Sinais de Abuso Físico	Raramente n (%)	Às vezes n (%)	Sempre n (%)
Várias lesões traumáticas em diferentes estádios de cicatrização na zona perioral.	19 (10,3%)	112 (60,5%)	54 (29,2%)
Escoriação com forma identificável. Ex. marcas da mão, mordidas.	9 (4,9%)	123 (66,5%)	53 (28,6%)
Lesões traumáticas nos locais de prominência óssea facial.	22 (11,9%)	130 (70,3%)	33 (17,8%)
Sinais de fratura dos ossos maxilares sem história muito plausível.	20 (10,8%)	94 (50,8%)	71 (38,4%)
Lesões dentárias sem causa aparente de acidente, mas sim de agressões.	29 (15,7%)	111 (60,0%)	45 (24,3%)

Face à denúncia dos casos de suspeita de abuso infantil, uma proporção superior de médicos afirma que denunciaria os casos a entidades competentes (n=171, 92,43%), ou conversar com os cuidadores das crianças e adolescentes (100 em 185, 54,05%). 4,3% dos profissionais (8 MD) não intercedia de forma alguma (Gráfico 5). Não foi encontrada uma associação significativa entre o género do profissional e o facto de ser feita a denúncia a uma entidade competente (p=1,000), conversar com os cuidadores (p=0,109)

ou não interceder ($p=0,243$). Da mesma forma, também foi possível verificar que não existem diferenças significativas entre profissionais que têm e não têm formação especializada, dado o valor de significância obtido no teste de *Mann-Whitney* ser sempre superior a 5% ($p>0,05$).

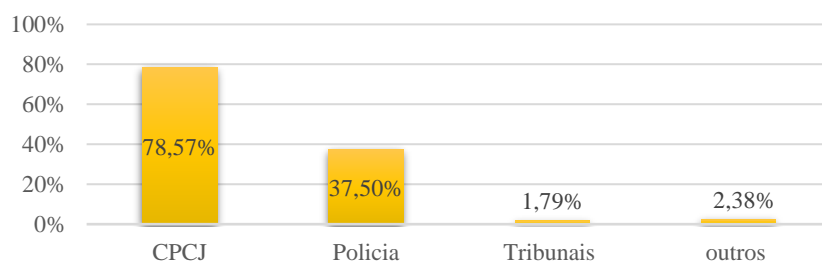
No que respeita à experiência clínica e as diversas entidades a recorrer para denunciar casos de maus tratos, não foi encontrada associação entre estas duas variáveis ($p>0,05$).

Gráfico 5 - Atitudes perante suspeita de Abuso Infantil



Dos 168 MD, dado que três dos inquiridos não responderam a esta questão, que referiram as entidades às quais se dirigiriam caso suspeitassem de maus tratos para participar as situações de abuso físico observadas, a maioria referiu que o faria junto da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (132, ou seja, 78,57%) e da polícia (63, correspondendo a 37,50%). Três indivíduos não responderam a esta questão (Figura 6).

Gráfico 6 - Entidades onde apresentar a denúncia de Abuso Infantil



Relativamente aos 8 MD que não intercederiam nem denunciariam um caso de suspeita de maus tratos, 4 profissionais não o fariam por falta de certeza/confiança no diagnóstico; 3, pela falta de informação na área e certeza/conhecimentos no diagnóstico e um inquirido não intercedia por falta de certeza / confiança no diagnóstico e receio de perder o paciente. Adicionalmente, outros 3 participantes, apesar de não terem escolhido a opção “Não intercedia”, afirmaram que os motivos pelos quais poderiam não denunciar um caso de

suspeita de maus tratos em crianças e/ou adolescentes, seriam a falta de certeza/confiança no diagnóstico e a falta de informação na área.

No que concerne à terceira e última parte do questionário, referente a casos de negligência em crianças e jovens, os sinais considerados mais evidentes para o diagnóstico de negligência por parte dos participantes foram o baixo peso (n=120, 64,9%) e o fraco desenvolvimento (n=136, 73,5%), sendo que, o sinal menos evidente foi a escabiose (n=87, 47,0%). De acordo com os valores médios e medianos obtidos, é possível verificar uma tendência para os profissionais considerarem apenas “Às vezes” estes indicadores como sinais de negligência (Tabela II).

Tabela II – Respostas relativas aos Sinais no diagnóstico de Negligência

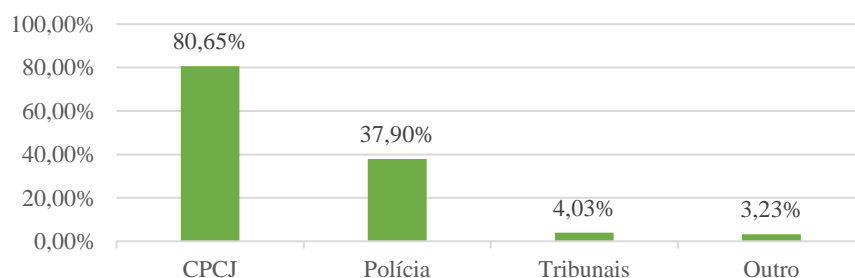
Sinais de Negligência	Nunca n (%)	Raramente n(%)	Às vezes n (%)	Sempre n (%)
Má Higiene/Mau odor	0 (0,0%)	18 (9,7%)	102 (55,1%)	65 (35,1%)
Roupas inapropriadas	3 (1,6%)	52 (28,1%)	106 (57,3%)	24 (13,0%)
Baixo peso	1 (0,5%)	50 (27,0%)	120 (64,9%)	14 (7,6%)
Fraco desenvolvimento	0 (0,0%)	33 (17,8%)	136 (73,5%)	16 (8,6%)
Escabiose (ou Sarna Humana)	0 (0,0%)	14 (7,6%)	87 (47,0%)	84 (45,4%)
Alopecia (ou falta de cabelo)	9 (4,9%)	52 (28,1%)	114 (61,6%)	10 (5,4%)
Mau estado relativamente á saúde oral	0 (0,0%)	17 (9,2%)	113 (61,1%)	55 (29,7%)

De acordo com os resultados do teste de Mann-Whitney, foi possível aferir que não existiram diferenças significativas entre os diferentes sinais de negligência selecionados e os anos de experiência clínica ($p > 0,05$). No entanto, apesar de não ser significativa, foi verificada uma tendência para uma diferença significativa entre considerarem o fraco desenvolvimento como um sinal de negligência e os anos de experiência ($p = 0,077$). Neste caso existiu uma maior tendência para os MD com mais anos de experiência considerarem o fraco desenvolvimento um forte sinal de negligência.

Quanto às principais atitudes tomadas no caso de situações de suspeita de negligência, uma percentagem considerável de MD afirmou que denunciaria os casos a uma entidade responsável (n=128, 69,19%) e conversaria com os cuidadores (n=121, 65,41%). Dos 185 profissionais, cerca de 4,9% da amostra (n=9) não tomaria qualquer atitude, apontando como principal motivo a falta de certeza/confiança no diagnóstico.

Relativamente ao grupo que denunciaria os casos de situações suspeitas de negligência às autoridades, os MD indicaram na sua maioria, que recorreriam à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) (100 em 124, 54,1%) (Gráfico 7). Quatro inquiridos não responderam a esta questão.

Gráfico 7 - Entidades onde apresentar a denúncia de Negligência Infantil



No que respeita à relação entre a experiência clínica e as entidades a que os participantes se dirigiriam para realizar a denúncia de casos de suspeita de negligência, registou-se apenas uma tendência para uma relação entre a experiência clínica e o facto de os casos de negligência serem denunciados aos tribunais ($p=0,078$), sendo neste caso, superior a proporção de profissionais com menos de 5 anos de experiência que recorrem a esta entidade (3/25, 12,0%).

No que concerne à última pergunta do questionário, 91,35% (n=169) dos MD afirmou reconhecer o seu papel no diagnóstico de maus tratos/abusos infantis e/ou negligência. No entanto, 8,65%, ou seja, 16 inquiridos num total de 185, afirma não reconhecer este seu papel na suspeita de maus-tratos infantis.

III. Discussão

A proteção de todos os menores de idade é dever de cada membro da sociedade. Os profissionais de saúde que trabalham com crianças, como é o caso de muitos MD, encontram-se numa posição única e privilegiada para reconhecer sinais de abuso físico, sexual e psicológico/emocional, bem como de negligência, nomeadamente a negligência dentária (Cukovic-Bagic et al., 2013). Vários e diferentes estudos internacionais mostram que a região orofacial e a cabeça das crianças são zonas frágeis e suscetíveis ao trauma em casos de maus tratos. Nomeadamente, Becker, Needleman e Kotelchuck, em 1978, numa amostra de 260 casos documentados de abuso infantil, 49% apresentaram traumas orofaciais, e nestes 49%, 61% das lesões foram na face, 33% na cabeça e 6% na cavidade oral. Estes resultados expressam a importância e reforçam o lugar privilegiado em que o MD se encontram para a deteção precoce de casos de maus tratos infantis.

Na presente investigação, foi possível constatar que a maioria dos profissionais de saúde inquiridos considera efetivamente o MD um profissional privilegiado, no que se refere à deteção de casos de abuso e negligência em crianças e adolescentes.

Segundo o relatório anual da avaliação da atividade da CPCJ. Em 2019, 14 249 medidas de promoção e proteção foram aplicadas por parte da CPCJ, das quais, 6376 correspondem a processos de promoção e proteção cujas crianças são do género feminino e 7873 são do masculino. Olhando para o panorama geral nacional, não se conhece a real incidência de casos de abuso e negligência, mas em cada ano, milhares de crianças vítimas de maus tratos são acompanhadas pela CPCJ (Crespo et al., 2013).

No contexto internacional, nomeadamente nos Estados Unidos da América, os serviços de proteção infantil contabilizam, por ano, mais de um milhão de casos de abuso ou negligência, sendo a denúncia obrigatória, tal como em Portugal e noutros países da Europa (Cukovic-Bagic et al., 2013).

A partir das respostas obtidas com a presente investigação, é possível concluir que a maioria dos MD afirma conhecer as suas responsabilidades médico-legais em relação à denúncia de abuso ou negligência. No entanto, no contexto nacional, relativamente às entidades comunicantes, as forças de segurança continuam a ser as entidades mais requeridas na denúncia de casos de maus tratos infantis Polícia de Segurança Publica (PSP) e Guarda Nacional Republicana (GNR), assumem um papel fundamental na

identificação de situações de perigo), seguidas das escolas e do Ministério Público (7,15%) (Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ, 2020). As denúncias realizadas por familiares, pessoas anónimas, vizinhos e particulares (onde se incluem os profissionais de saúde, incluindo os MD), retratam 16,98% das situações. No entanto, apesar da posição vantajosa na deteção de casos de suspeita de maus tratos, da alta prevalência de abuso e negligência em menores e do alto número de lesões oro faciais, o relato de abuso infantil por parte dos profissionais em medicina dentária é muito baixo (Cukovic-Bagic et al., 2013 e Becker, Needleman and Kotelchuck, 1978).

Segundo Vijay et al., 1999 e Hinchliffe, 2011. uma grande percentagem dos casos de suspeita de maus tratos acaba por não ser denunciada devido a falta de confiança no diagnóstico e à falta de literacia sobre o importante papel dos MD na denúncia destas situações, medo de abordar/lidar com os pais e se envolver, ausência de uma história adequada e falta de treino e sensibilidade na deteção de casos de maus tratos em crianças e jovens (Bsoul et al. 2003). Estes resultados vão de encontro aos resultados da presente investigação, face ao porquê de não denunciar um caso suspeito de abuso ou negligência infantil, visto que, a falta de certeza/confiança no diagnóstico e a falta de formação na área foram as razões mais selecionadas pelos MD.

No que concerne aos sinais mais prevalentes no diagnóstico de maus tratos, a maioria dos ferimentos da infância não é resultado de abuso ou negligência. Lesões leves em crianças são extremamente comuns. Os MD também devem considerar que situações e acidentes acontecem aos menores e podem produzir lesões que são caracteristicamente vistas por maus tratos (Leventhal, 2000). Por esse motivo, deve estar presente no processo clínico do paciente, que por sua vez também constitui um documento médico legal, sobretudo quando se está perante uma potencial vítima. Assim, devem estar documentados no processo clínico, os antecedentes pessoais e familiares: traumatismos, hospitalizações, doenças congénitas, doenças crónicas, doenças genéticas, alergias, medicação, entre outros; história do desenvolvimento motor, linguístico e psicossocial da criança; história da gravidez desejada ou indesejada; gravidez planeada ou não; cuidados pré-natais; parto com ou sem assistência médica; complicações durante a gravidez ou parto; depressão pós-parto; história de violência doméstica, consumo de substâncias psicoativas, problemas sociais ou financeiros, abuso de irmãos ou dos próprios pais; e padrão de disciplina familiar (Naidoo, 2000 e Hinchliffe, 2011). Deverá ser efetuada uma história da doença atual, com: documentação detalhada das lesões apresentadas pela criança,

nomeadamente, com fotografia e imagiologia (raio-x); descrição dos sintomas apresentados pela criança; registo detalhado da história do evento relatada pelos cuidadores e pelos menores; descrição do estado emocional da criança e dos seus familiares ou acompanhantes na consulta; descrição do estado emocional da criança e dos cuidadores antes, durante e depois da produção das lesões (sempre que possível), diagnóstico de suspeita de abuso ou negligência infantil e as sequelas resultantes do mesmo (Kellogg, 2007).

Existem sinais e lesões, na deteção de negligência e abuso, respetivamente, que suscitam maior atenção por parte dos profissionais devido à sua especificidade. De acordo com a comunidade científica, é necessário prestar especial atenção a fraturas, luxações e avulsões dentárias, hematomas e lacerações orais, nomeadamente lesões nos lábios, língua, mucosa oral, palato duro e mole, gengiva e frénulo; fraturas de mandíbula ou maxila e/ou queimaduras orais (Naidoo, 2000). De acordo com o estudo de Becker, 1978, os MD relataram que nos casos de lesões intraorais, 43% eram contusões e equimoses, 28,5% escoriações e lacerações e 28,5% traumas dentários. Estes resultados convergem com as respostas dos MD obtidas no presente estudo, em que, os sinais mais selecionados para o diagnóstico de abuso em crianças e adolescentes foram as lesões traumáticas nos locais de proeminência óssea facial e a escoriação com forma identificável, nomeadamente, as marcas de mão e de mordida. Não foi encontrada associação significativa entre o género dos MD e o tipo de lesões selecionadas para a deteção de maus tratos de menores, assim como o tipo de formação especializada dos MD (odontopediatria (ODP), medicina dentária forense (MDF), medicina legal (ML) ou medicina dentária comunitária e preventiva (MDCP) e a seleção das lesões para a deteção de casos suspeitos de maus tratos infantis.

As manifestações orofaciais de abuso físico incluem, conforme referido, marcas de mordida. É de salientar que um sinal típico de mordida humana tem um padrão oval ou circular e equimótico, frequentemente na área central. A avaliação do arco descrito pelos dentes pode ser útil para determinar se o agressor é um adulto ou uma criança, sendo que, se a distância linear entre caninos medir mais de 3,0 centímetros, é suspeita de uma mordida humana adulta (Wagner, 1986).

Tal como as lesões específicas em casos de abuso físico, existem da mesma forma, na cavidade oral, lesões orais visíveis ou infecciosas decorrentes de abuso sexual. Embora a

cavidade oral seja um local frequente de abuso sexual a menores, estas lesões são raras (*American Academy of Pediatric Dentistry*, 2010). Porém, alguns sinais como lesões inexplicáveis ou petéquias do palato, particularmente na junção do palato duro e mole, podem ser evidências de sexo oral forçado (Hammerschlag, 1998). As doenças sexualmente transmissíveis (DST's) comuns no diagnóstico de abuso sexual infantil são: a Clamídia, Vírus do Papiloma Humano (HPV), Gonorreia (sendo esta infecção frequentemente assintomática na faringe), Sífilis, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o Vírus herpes simplex (VSH-1 e VSH-2), na qual geralmente, as crianças e adolescentes apresentam, clinicamente, úlceras e/ou vesículas. As crianças também podem adquirir infecção genital por autoinoculação se tiverem gengivostomatite (Hammerschlag, 1998). É preciso ter atenção no diagnóstico tendo em conta que, gengivostomatite herpética aguda, em geral, é o resultado de infecção primária com VSH-1, tipicamente em crianças. Acontece que as vesículas orais e gengivais atingem a rutura e formam úlceras.

Em concordância com os demais autores (Mathur et al., 2013 e Hinchliffe, 2011), a negligência pode ser tanto física, educacional e/ou emocional. Assim sendo, negligência física passa pela falta ou escasso alimento e roupas inadequadas, cuidados médicos e proteção; negligência educacional assenta na falha de condições e acesso escolar; e a negligência emocional refere-se à ausência de carinho e amor, e/ou ignorar as crianças ou adolescentes (Mathur and Chopra, 2013). Ainda inserido na negligência, enquanto MD, é possível detetar negligência dentária que, segundo a Academia Americana de Odontopediatria, é definida como a falha intencional de um pai ou responsável, em procurar e/ou seguir com o tratamento necessário para garantir um nível de saúde oral essencial para o funcionamento adequado e livre de dor e infecção (Emalee et al., 2010). Os sinais orais de negligência são facilmente identificáveis, entre os quais, má higiene oral, halitose, cárie em idade precoce, infecções odontogénicas (abscessos recorrentes), doença periodontal e lesões aftosas em consequência de um estado de deficiência nutricional (Costacurta et al., 2015).

É possível encontrar na literatura inúmeras comparações (Jahanimoghadam et al., 2017 e Wheeler e Hobb, 1988) face ao diagnóstico de maus tratos infantis entre MD especializados, nomeadamente nas áreas de ODP, ML, MDF e MDCP, e os restantes profissionais. No presente estudo, não foi notada qualquer associação estatisticamente significativa, conforme os resultados do teste qui-quadrado, entre o conhecimento dos

profissionais face às várias lesões específicas que podem levantar suspeita de maus-tratos e o tipo de formação dos médicos ($p>0,05$). Estes resultados contrastam com os resultados obtidos por outros autores que afirmam que o MD odontopediatria ou um dentista com educação especializada em medicina dentária forense ou medicina dentária comunitária e preventiva, pode garantir o teste, diagnóstico e tratamento adequados, dado que, os odontopediatras durante a sua formação especializada frequentam cursos que abordam a temática dos maus tratos infantis, e podem desta forma, visto estarem devidamente preparados, fornecer informações valiosas e até mesmo ajudar outros profissionais de saúde a detetar sinais orofaciais e dentários que ocorrem quando uma criança sofre maus tratos, nomeadamente abuso e negligência infantil (Jahanimoghadam et al., 2017; Fisher-Owens, 2017).

No que tange às entidades às quais os profissionais recorreriam primeiramente, existiu uma associação significativa entre o facto de a denuncia ser feita a forças policiais e o género do MD, ($p=0,046$), sendo superior a proporção de homens que faziam esta denúncia a esta entidade (60,0%) comparativamente às mulheres (34,5%). Da mesma forma verificou-se uma associação significativa entre a denuncia ser feita aos tribunais e o género ($p=0,038$), sendo superior a proporção de homens que faziam esta denuncia (10,0%) comparativamente às mulheres (0,7%). Relativamente à relação entre o género do MD e a variável denunciar à CPCJ, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,124$).

No que respeita à associação entre o tipo de entidade a que recorreriam em casos de maus tratos e uma formação especializada nas áreas de odontopediatria, medicina legal, medicina dentária forense e medicina dentária comunitária e preventiva, a maioria dos MD recorreriam à CPCJ. Não obstante, verifica-se unicamente uma tendência significativa no que respeita à proporção de MD que selecionou as forças policiais e que não tem qualquer tipo de formação especializada (41,2%) comparativamente com os profissionais com formação especializada (35,9%).

É sabido que cada país tem agências específicas para receber e investigar as denúncias de suspeita de maus tratos infantis. Em Portugal, no caso de suspeita de situações passíveis de conformar crimes públicos, tais como o abuso e/ou a negligência de crianças e adolescentes, e segundo o Código Deontológico da OMD, no artigo 52º da secção “Saúde Pública”, no exercício da sua profissão, deve o médico dentista cooperar para a defesa da saúde pública, competindo-lhe, designadamente:

g) Comunicar junto das autoridades competentes os casos de agressões e maus tratos a utentes que aos seus serviços recorram, sem prejuízo do dever de sigilo médico e do disposto na legislação nacional e da União Europeia quanto a esta matéria.

Para comunicar às autoridades, o médico dentista deve fazer um pedido de escusa de sigilo profissional, preenche o documento “Modelo de pedido de escusa de sigilo profissional” e dirigindo-se ao presidente do Conselho Deontológico e Disciplina da OMD, pedindo a escusa no sentido de poder atuar, denunciar e, se necessário, ir a tribunal (Código Deontológico da OMD, 2021).

A denúncia pode ser feita diretamente ao Ministério Público, junto do tribunal da área de residência da vítima, ou indiretamente, através das entidades policiais ou dos serviços médico-legais (delegações ou gabinetes médico-legais do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses); dependendo das situações, a denúncia pode ser feita por fax, via telefónica ou pessoalmente (Magalhães, 2010). Por fim, poderá sinalizar à CPCJ.

Pelo facto de o presente estudo ser baseado em questões hipotéticas sobre o que os MD fariam caso se deparassem com uma situação de suspeita de maus tratos, não permitiu verificar se os MD algumas vez suspeitaram estar perante uma criança ou adolescente vítima de maus tratos. Ainda assim, foi possível aferir o conhecimento deste grupo de profissionais sobre o diagnóstico dos sinais de abuso físico e negligência e o domínio das suas responsabilidades médico-legais em relação à denúncia das autoridades competentes.

IV. Conclusão

Pela avaliação e análise de todas as respostas dos indivíduos pertencentes à amostra, o presente estudo permitiu concluir que:

- a maioria dos médicos dentistas afirmou conhecer as suas responsabilidades médico-legais perante situações de maus tratos infantis e o seu papel privilegiado no diagnóstico;
- quando confrontados com uma situação hipotética, uma grande percentagem dos inquiridos denunciaria o caso, predominantemente à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco e à Polícia, mostrando deste modo conhecer quais as autoridades de primeira linha para lidar com este tipo de situações;
- no que concerne a conhecimentos, embora a generalidade dos participantes declare conhecer os sinais para o diagnóstico de abuso físico e negligência, é necessário apostar na formação dos profissionais, uma vez que um número considerável mostrou sentir insegurança num eventual diagnóstico de maus tratos.

Dentro da comunidade médica, é óbvio que existem barreiras a ultrapassar, como as preocupações com a confidencialidade e divulgação, incerteza sobre o que fazer, o não reconhecimento das lesões específicas de maus tratos e o medo de errar e enfrentar represália das famílias em questão, além do medo do médico dentista em se envolver nas questões sociais e/ou jurídicas.

No entanto, os médicos dentistas, têm o dever de socorrer e salvaguardar todos os cidadãos, não podendo ficar indiferentes ou “fechar os olhos”, quando se deparam com situações sensíveis, como a suspeita de maus tratos e a negligência.

V - Bibliografia

American Academy of Pediatric Dentistry. (2010). Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect [em linha] Disponível em: file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/enviar%20tese/Bibliografia%20documentos/G_Childabuse.pdf

[Consultado em 01/05/2021].

American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatric Dentistry e American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. (2008-2009). Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics Dent.* 30, pp. 9-86.

Avon, S.L. (2004). Forensic Odontology: The roles and responsibilities of the dentist. *J Can Dent Assoc.* 70(7), pp. 8-453.

Becker, D., Needleman, H. e Kotelchuck, M. (1978). Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentists, *J Am Dent Assoc.* 97(1), pp. 8-24.

Bsoul, S. A. et al. (2003). Reporting of Child Abuse: A Follow-up Survey of Texas Dentists, *Pediatric Dentistry.* 25(6), pp. 541-543.

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJC). (2020). Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2019. Disponível em: <Relatório Anual de avaliação da atividade das CPCJ do ano de 2019.pdf> [Consultado em: 13-05-2021].

Costacurta, M. et al. (2015). Oral and dental signs of child abuse and neglect, *Oral Implantology (Rome).* 8(2-3), pp. 68-73.

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

Cukovic-Bagic, I. et al. (2013). Child protection: Legal and Ethical Obligation Regarding the Report of Child Abuse in Four Different Countries, *The Journal of forensic odonto-stomatology.* 31(1), pp. 15-21.

Diário da República — I Série-A, N.o 204 — 1-9-1999, Artigo 4.o. Princípios orientadores da intervenção.

Fisher-Owens, S. A., et al. (2017). Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect, *Pediatrics.* 140(2), pp. 1-10.

Flaherty, E. G. et al. (2010). Clinical Report—The Pediatrician’s Role in Child Maltreatment Prevention, *Pediatrics 2010.* 126(4), pp. 833-841.

Hammerschlag, M. R. (1998). Sexually transmitted diseases in sexually abused children: medical and legal implications, *Sex Transm Inf.* 74, pp.167-174.

Harris, C. M. R. Welbury, R. e Cairns, A. M. (2013). The Scottish dental practitioner’s role in managing child abuse and neglect, *British Dental Journal.* pp. 1-5.

Harris, CM., Welbury R. e Cairns, AM. (2013). The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect, *Br Dent J.* 214, pp. 24–32.

Harris, J. et al. (2009). Child Protection and the Dental Team: na introduction to safeguarding children in dental practice. Disponível em < Childprotectionandthedentalteam_v1_4_Nov09.pdf > [consultado em 20-04-2021].

Harsimran, K. et al. (2017). Child maltreatment: Cross-sectional survey of general dentists, *J Forensic Dent Sci.* 9(1), pp. 4-30.

Hinchliffe, J. (2011). Forensic odontology, part 5. Child abuse issues, *British Dental Journal.* 210(9), pp. 423-428.

Jahanimoghadam F., et al. (2017). A Survey of Knowledge, Attitude and Practice of Iranian Dentists and Pedodontists in Relation to Child Abuse, *J Dent Shiraz Univ Med Sci.* 18(4), pp. 282-288.

Janisch S., et al. (2010). Analysis of clinical forensic examination reports on sexually abused children, *Archiv fur Kriminologie.* 225(1-2), pp. 18-27.

Jones. R., et al. (2008). Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group, *Pediatrics.* 122, pp. 259-266.

Kellogg, N. D., MD, e the Committee on Child Abuse and Neglect. (2007). Clinical Report: Evaluation of Suspected Child Physical Abuse, *American Academy of Pediatrics.* 119(6), pp. 1232-1239.

Kempe, C. H., et al. (1985). The Battered Child Syndrome, *Child Abuse and Neglect.* 9, pp. 143-154.

Krug, E. G., et al. (2002). World report on violence and health, *World Health Organization Geneva.* pp. 24-48.

Legano, L., et al. (2009). Child abuse and neglect. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, *Mosby. Inc.* 9(2), pp. 31.

Magalhães, T. (2020). Violência e abuso: respostas simples para questões complexas. *Imprensa da Universidade de Coimbra.* pp. 10-139.

Mathur, S. e Chopra, R. (2013). Combating Child Abuse: The Role of a Dentist, *Oral Health Prev Dent.* 11(3), pp. 243-250.

Naidoo, S. (2000). A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital, *Child Abuse Negl.* 24(4), pp. 521–534.

Norman, R. E., et al. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis, *PLOS Medicine.* 9(11), pp. 1-31.

Norman, R. E., et al. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis, *PLOS Medicine.* 9(11), pp. 349-353.

Ordem dos Médicos Dentistas. (2019). Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas [em linha] Disponível em:< <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122605198/details/normal?l=1> > [Consultado em: 17/04/2021].

Organização Mundial de Saúde. (2021). Child Maltreatment. [m linha] Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> [Consultado em: 28/06/2021].

Pozo PP. e López L. G. (2004). Lesiones por Malos Tratos. In: Boj JR, et al, eds. Odontopediatria. Barcelona. Masson, pp. 36-423.

Promoção dos direitos das Crianças. Guia de Orientações para os Profissionais da Ação Social na Abordagem de Situações de Maus Tratos ou outras situações de perigo. Disponível em: <Guia de Orientações para Profissionais de Ação Social.pdf> [Consultado em 22/04/2021].

Talsma, M., Bostr, K. B. e Stberg, A. O. (2015). Facing suspected child abuse –what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services?, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 33, pp. 21-26.

Trindade, A. (2013). Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças - Uma Visão da Medicina Dentária-. [em linha] Disponível em:< <https://hdl.handle.net/10216/86141>> [Consultado em: 10/05/2021].

Tsang, A. e Sweet, D. (1999). Detecting child abuse and neglect--are dentists doing enough? *Journal*. 65(7), pp. 387-391.

Vijay. J, et al. (1999). Child abuse and dentistry: A study of knowledge and attitudes among dentists in Victoria, Australia, *Australian Dental Journal*, 44(4), pp. 259-267.

Wagner, G. N. (1986). Bitemark identification in child abuse cases, *Pediatric Dentistry*. 8, pp. 96-100.

Welbury, R. e Murphy, J. M. (1998). The dental practitioner's role in protecting children from abuse. Reporting and subsequent management of abuse, *Br Dent J*. 184, pp. 115–119.

Wheeler, D. M. e Hobb, C. J. (1988). Mistakes in diagnosing non-accidental injury: 10 years' experience, *British Medical Journal*. 296, pp. 1233-1236.

Anexos

Anexo 1 -



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exma. Senhora
Prof. Doutora Sandra Gavinha
Directora da FCS

Nº	Data
FCS/MED- 116/20-3	22 de Março de 2021

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de apreciada a ressubmissão do projeto de investigação apresentado por Inês Gonçalves Ferreira, intitulado "Avaliação de Conhecimentos no Diagnóstico de Maus Tratos de Crianças e Adolescentes em Medicina Dentária" a realizar no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, considera nada haver a opor à sua realização uma vez que foram rectificadas os seguintes aspectos:

- remoção do questionário apresentado em Fevereiro 2021 à CE das perguntas 6, 6-1, 6-2, 7, 7-1, 7-2, 7-3, 9, 9-2, 10, 10-1, 10-2, e 10-3.
- a pergunta 11 foi correctamente reformulada ;
- no fim da versão do inquérito agora proposto, existe informação de consulta para os médicos dentistas do ponto de vista do conhecimento da legislação e dos procedimentos a seguir;
- foi colocado no cabeçalho do questionário, um assentimento que será dado pelos participantes, sem identificação que lese a sua confidencialidade.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Teresa Toldy



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

IPC, 552 02 021 - Reg. Comercial nº 285 Conservatória do Registo Comercial do Porto
ESTORGA - [Faculdade de Ciências Humanas e Sociais] - [Instituto de Ciência e Tecnologia] Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto-Portugal - T. +351 22 507 3000 - F. +351 22 526 0050 - geral@ufp.pt
[Faculdade de Ciências da Saúde] - [Escola Superior de Saúde] R. Carlos de Matos, 256 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4000 - F. +351 22 507 4007 - R. D. João de Matos, 334 - 4200-153 Porto - Portugal
T. +351 22 509 6271 - geral@esd.ufp.pt; UNIDADE DE PAVIA DE LAMA - Casa F3-GAVIOLA - R. Canal de Berrão-Ancos - 4910-478 Paços de Lameira-Portugal - T. +351 259 741 038 - F. +351 259 741 412 - geral@ufp.esp.pt

Anexo 2 -

**Avaliação de Conhecimentos no Diagnóstico de Maus Tratos de Crianças e
Adolescentes em Medicina Dentária**

O seguinte questionário, encontra-se a ser realizado, com o propósito de investigação para o trabalho final do curso (tese) da aluna, Inês Gonçalves Ferreira do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, com o título “Avaliação de Conhecimentos no Diagnóstico de Maus Tratos de Crianças e Adolescentes em Medicina Dentária”.

A pesquisa para o trabalho tem como objetivo a recolha de dados sobre o conhecimento do Médico Dentista no diagnóstico em consultório médico-dentário de abusos, de situações de negligência, negligência dentária, maus-tratos físicos, emocionais/psicológicos e abuso sexual, em crianças e adolescentes.

Este questionário é de carácter anónimo e toda a informação recolhida sob plataforma digital é confidencial, não existem respostas certas ou erradas e apenas devem ser consideradas as respostas de Médicos-Dentistas que exerçam ou tenham exercido atividade clínica. No caso de existirem dúvidas, poderá expô-las através do seguinte e-mail: 35126@ufp.edu.pt

Caso aceda participar neste questionário, pedimos-lhe que leia atentamente e responda “Sim” ao seguinte assentimento informado:

“Compreendi a informação que me foi fornecida relativamente à participação voluntária no seguinte questionário para efeitos de investigação. Foi-me fornecida a possibilidade de, em qualquer momento, interromper a minha participação no estudo, sem qualquer consequência. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias da confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.”

Sim

Não

Agradeço desde já a disponibilidade e colaboração.

Dados Gerais referentes ao Médico Dentista:

Sexo

Feminino

Masculino

Universidade onde se formou: _____

Lugar onde exerce (País/Distrito): _____

Anos de experiência clínica

0 – 5 anos de prática clínica.

6 – 10 anos de prática clínica.

11 – 20 anos de prática clínica.

Mais de 21 anos de prática clínica.

1- Qual o número de crianças que atende na sua prática clínica?

- Pelo menos uma por dia;
- Pelo menos uma por semana;
- Pelo menos uma por mês;
- Não atendo crianças.

2- Possui alguma pós-graduação/course de especialização numa ou mais, nas seguintes áreas?

- Odontopediatria;
- Medicina Dentária Forense;
- Medicina Legal;
- Medicina Dentária Preventiva e Comunitária.
- Outras. Indique qual _____

3- Considera o Médico Dentista um profissional de saúde privilegiado na detecção de casos de maus-tratos, abuso e negligência em crianças e adolescentes?

Sim Não

4- Conhece as responsabilidades médico-legais do profissional de saúde em relação à denúncia de maus-tratos, abuso ou negligência?

Sim Não

Maus Tratos Infantis (Físico, Emocional, Abuso Sexual, Negligência)

5- Das seguintes características faciais, qual/quais considera ser um sinal de abuso físico? (coloque uma cruz na opção que preferir)

	Sim, sempre.	Sim, às vezes.	Raramente	Nunca
Várias lesões traumáticas em diferentes estadios de cicatrização na zona perioral.				
Escoriação com forma identificável. Ex. marcas da mão, marcas de mordidas.				
Lesões traumáticas nos locais de prominência óssea facial.				
Sinais de fratura dos ossos maxilares sem história muito plausível, resultante de por exemplo: quedas e colisões, acidentes de viação, práticas de desporto, entre outros.				
Lesões dentárias sem causa aparente de acidente mas sim de agressões, resultante de por exemplo: quedas e colisões, acidentes de				

viação, práticas de desporto, entre outros.				
---	--	--	--	--

6- Se identificasse uma criança vítima de mas-tratos/abuso, como procederia?

- Denunciava a uma entidade competente;
- Tentava conversar com os(as) cuidadores da criança / adolescente;
- Tentava conversar com os(as) cuidadores da criança / adolescente e, denunciava o caso a uma entidade responsável;
- Não intercedia.

6.1- Se na questão anterior assinalou alguma opção, a que entidade responsável

denunciaria o caso?

Comissão de Proteção de Crianças e Jovens;

- Tribunais;
- Forças Policiais;
- Outra (Se outra) Qual? _____

6.2- Caso tenha assinalado a opção “Não intercedia.”, explique a razão: (pode selecionar mais que uma opção)

- Falta de informação / conhecimentos na área;
- Falta de certeza / confiança no diagnóstico;
-

Receio de enfrentar os(as) cuidadores da criança e adolescente;

Receio de perder o paciente;

Outra (Se outra) Qual? _____

Negligência

7- Das seguintes características, qual considera sinal de negligência? (Pode selecionar mais que uma opção se achar correto)

	Sempre.	Às vezes.	Raramente.	Nunca.
Má higiene/mau odor				
Roupas inapropriadas				
Baixo peso				
Fraco desenvolvimento				
Escabiose (Sarna humana)				
Alopecia (falta de cabelo)				

Mau estado relativamente à saúde oral				
---	--	--	--	--

7.1- Caso se deparasse com uma criança / adolescente, vítima de negligência como procederia?

- Denunciava a uma entidade competente;
- Tentava conversar com os(as) cuidadores da criança e adolescente;
- Tentava conversar com os(as) cuidadores da criança e adolescente e de seguida denunciava o caso a uma entidade responsável;
- Não tomaria qualquer atitude.

8- Se na questão anterior assinalou alguma opção em que denunciaria o caso a uma entidade responsável, a qual o faria?

- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens;
- Tribunais;
- Forças Policiais;
- Outra (Se outra) Qual? _____

8.1- Se optasse por não tomar qualquer tipo de atitude, explique o motivo: (pode selecionar mais que uma opção)

- Falta de informação / conhecimentos na área;
- Falta de certeza / confiança no diagnóstico;
- Receio de enfrentar os prestadores de cuidados da criança e adolescente;
- Receio de perder o paciente;
- Outra (Se outra) Qual? _____

9- Reconhece o papel no diagnóstico de maus-tratos/abusos infantis e/ou negligência, por parte do Médico Dentista?

Sim

Não

Obrigada pela cooperação e tempo disponibilizado.

Em resposta ao Questionário anteriormente preenchido, apresentamos agora todos os passos e deveres do Médico Dentista perante casos de suspeita de abuso e/ou negligência em crianças e jovens.

Segundo o Código Odontológico da Ordem dos Médicos Dentistas, no artigo 52º da Secção “Saúde Pública”,

“No exercício da sua profissão, deve o médico dentista cooperar para a defesa da saúde pública, competindo-lhe, designadamente:

g) Comunicar junto das autoridades competentes os casos de agressões e maus tratos a utentes que aos seus serviços recorram, sem prejuízo do dever de sigilo médico e do disposto na legislação nacional e da União Europeia quanto a esta matéria.”

Para comunicar às autoridades, o Médico Dentista deve fazer um pedido de escusa de sigilo profissional. Preenche o documento “**Modelo de pedido de escusa de sigilo profissional**” e dirige-se ao presidente do Conselho Deontológico e Disciplina da OMD, pedindo a escusa no sentido de poder atuar, denunciar e se necessário, ir a Tribunal.

Posto isto, como deve o Médico Dentista denunciar e sinalizar?

De acordo com a **Direção Geral de Saúde**, o Médico Dentista deve denunciar através do **Ministério Público**, de preferência de forma escrita para o **Tribunal** de área de residência da vítima se possível, senão do local do consultório. Efetivamente, o caso será investigado e por norma é necessária a ajuda das **Entidades Policias**; se existirem lesões que

necessitam de ser avaliadas também será pedida ajuda aos **Serviços médico-legais**, para sustentar a denúncia.

E por fim, sinalizar à **Comissão de Proteção de Crianças e Jovens**. Existem várias linhas de apoio que poderão ser acionadas e podem ser contactadas através do **Fax, telefone, via email, ou mesmo pessoalmente**.

“A parte que ignoramos é muito maior que tudo quanto sabemos.” (Platão).

Obrigada pela atenção e tempo disponibilizado.