

Manuel António Falhas Dias Trábulo

**Indicadores de abuso físico em crianças no contexto da consulta de odontopediatria:
revisão narrativa**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2020

Manuel António Falhas Dias Trábulo

**Indicadores de abuso físico em crianças no contexto da consulta de odontopediatria:
revisão narrativa**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2020

Manuel António Falhas Dias Trábulo

**Indicadores de abuso físico em crianças no contexto da consulta de odontopediatria:
revisão narrativa**

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

(Manuel Trábulo)

Resumo

Tópico abordado: O abuso infantil é um problema grave, complexo, que afeta milhões de crianças mundialmente, deixando nas vítimas sequelas físicas e psicológicas irreversíveis.

Os indicadores físicos de abuso constituem as marcas visíveis destes atos de violência. Tendo em conta que a região orofacial está frequentemente envolvida nas situações de abuso, exibindo as repercussões do mesmo, importa que os médicos dentistas conheçam estes indicadores e saibam diagnosticar e sinalizar esta problemática.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica, efetuada na base de dados *PubMed* da qual resultaram 42 artigos para revisão, após aplicação dos critérios de inclusão/exclusão.

Objetivos: Descrever as principais lesões presentes nos casos de abuso infantil, distinguir lesões de origem acidental e lesões abusivas e explicitar como sinalizar estes casos.

Palavras-chave: abuso físico; abuso infantil; odontopediatria; lesões orofaciais; sinalização.

Abstract

Topic covered: Child abuse is a serious, complex problem, that affects millions of children around the world, leaving irreversible physical and psychological sequelae in the victims.

The physical indicators of abuse, are the visible marks of these acts of violence. Bearing in mind that the orofacial region is frequently involved in situations of abuse, exhibiting its repercussions, it is important that dentists acknowledge these indicators and know how to diagnose and report this problem.

Methodology: A bibliographic search was carried out in the *PubMed* database, which resulted in 42 articles for review, after applying the inclusion/exclusion criteria.

Objectives: Describe the main injuries present in child abuse victims, distinguish accidental and abusive injuries and explain how to report these cases.

Keywords: physical abuse; child abuse; pediatric dentistry; orofacial lesions; signalling.

Índice Geral

Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos	viii
I. Introdução	1
1. Metodologia	1
II. Desenvolvimento	2
1. Principais indicadores físicos de abuso na ótica do Médico Dentista.....	2
i. Hematomas cutâneos.....	2
ii. Marcas de mordedura.....	4
iii. Queimaduras	5
iv. Lesões orofaciais.....	7
v. Fraturas ósseas	8
vi. Traumatismo craniano e crânio-encefálico	10
2. Sobre o diagnóstico de suspeita de abuso físico em crianças	12
3. Sinalização e denúncia	12
III. Discussão	13
IV. Conclusão.....	15
V. Bibliografia	16
VI. Anexos	19
Tabela 1. Resumo da pesquisa bibliográfica	20
Tabela 2. Especificidade das fraturas em abuso físico de crianças	22
Tabela 3. Fraturas suspeitas de abuso físico em crianças.....	22
Tabela 4. Explicações relacionadas com traumatismos intencionais	23

Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrônimos

CNPDPCJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

INMLCF – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

ISPCAN – *International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect*

MP – Ministério Público

RM – Ressonância Magnética

TC – Tomografia Computorizada

TCA – Traumatismo Craniano Abusivo

WHO – *World Health Organization*

I. Introdução

Os maus tratos de crianças e jovens são um problema grave, complexo, que se perpetua no tempo e que afeta milhões de crianças em todo o mundo (WHO e ISPCAN, 2006).

Anualmente nos EUA mais de 650.000 crianças são vítimas comprovadas de abusos e mais de 1.500 mortes de crianças, ocorrem, devido a abuso ou negligência. A maioria dessas mortes (80%) ocorre em crianças com menos de 4 anos de idade (Christian et al., 2015). Em Portugal desconhece-se a verdadeira dimensão do problema, os dados estatísticos são escassos, e pouco precisos (Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011), contudo, em 2018, foram comunicadas às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), 39053 situações de crianças em risco, das quais 5% corresponderam a casos de abuso físico de crianças (CNPDP CJ, 2019).

Distinguem-se quatro formas principais de abuso: o físico, o sexual, o emocional e a negligência. O abuso físico pode ser definido como o uso deliberado de força física contra uma criança, podendo comprometer a sua saúde, sobrevivência, desenvolvimento e dignidade (WHO e ISPCAN, 2006).

Esta problemática afeta gravemente a saúde física, psíquica e o desenvolvimento socioemocional das vítimas, e as suas consequências nefastas não se refletem só no imediato, mas persistem durante toda a vida do indivíduo (Kellogg et al., 2007; Christian et al., 2015; Hoehn et al., 2018).

A deteção precoce através, por exemplo, de lesões/marcas físicas ou de comportamentos de alerta pode prevenir episódios repetidos e agravados de abuso físico em crianças (Christian et al., 2015; Harris, 2018; Hoehn et al., 2018). Estima-se que uma em cada três crianças com menos de 10 anos de idade, vítimas de lesões fatais decorrentes de abuso físico, tenha contactado com um profissional de saúde no ano antecedente à sua morte (Hoehn et al., 2018). Os médicos dentistas encontram-se numa posição privilegiada para detetar e sinalizar casos de abuso físico de crianças, devido ao contacto próximo e frequente que mantêm com estes pacientes (Crespo et al., 2011; Katner e Brown, 2012; Fisher-Owens et al., 2017; Harris, 2018). Neste sentido, procurou-se, com esta revisão bibliográfica (1) conhecer as principais lesões presentes em casos de abuso físico de crianças, (2) abordar as características que permitem efetuar a distinção entre lesões de origem acidental e lesões abusivas e (3) explicitar como deverão ser sinalizados estes casos.

1. Metodologia

A presente revisão bibliográfica foi elaborada através de uma pesquisa, realizada em Fevereiro e Março de 2020, na base de dados *PubMed*, tendo como palavras-chave: *child physical abuse*;

pediatric dentistry; suspected child physical abuse; evaluation; child abuse; contusion; bite mark; bite injurie; burns; scalds; scalds in childhood; orofacial trauma; oral injuries; maxillofacial fractures; facial fractures; pediatric trauma; abusive head trauma; inflicted brain injury; clinical features; reporting child maltreatment; dentist; combinadas com o auxílio do operador de pesquisa Booleano *AND*.

Da pesquisa inicial resultaram 2571 artigos. Os critérios de inclusão utilizados foram a língua das publicações (inglês e português) e a disponibilidade do texto integral na base de dados. Assim, após a aplicação destes critérios, foram selecionados 42 artigos para revisão de acordo com o interesse para o trabalho, com base na leitura do título, do resumo e por fim do texto na íntegra (Anexos – Tabela 1). Foram também consultados livros de pediatria e odontopediatria, com vista à recolha de informação adicional pertinente, referente ao tema abordado.

II. Desenvolvimento

O abuso pode identificar-se através de indicadores, ou seja, sinais (lesões ou sequelas) ou sintomas (queixas físicas ou alterações de comportamento), que podem ser mais ou menos sugestivos de uma situação abusiva. No entanto, na sua maioria, estes indicadores não são patognomónicos de abuso, isto é, a sua existência não significa, obrigatoriamente, que o abuso se verifique e a sua inexistência não significa, que este não tenha ocorrido (Magalhães, 2010; Crespo et al., 2011). Os indicadores psicológicos são similares em todas as situações de abuso, de uma forma geral, as vítimas podem apresentar perturbações funcionais, cognitivas, afetivas e/ou comportamentais, em casos mais graves podem existir, também, alterações do foro psiquiátrico. Os indicadores físicos são mais objetivos, visíveis, concretos, o que torna a sua identificação mais fácil para os profissionais que, no exercício da sua função contactem com vítimas (Magalhães, 2010). É, portanto, imprescindível que os médicos dentistas saibam identificar os principais indicadores físicos de abuso em crianças (Crespo et al., 2011; Katner e Brown, 2012; Costacurta et al., 2015; Fisher-Owens et al., 2017).

1. Principais indicadores físicos de abuso na ótica do Médico Dentista

i. Hematomas cutâneos

Os hematomas ou contusões são lesões originadas por traumas contundentes, nas quais ocorre disrupção de vasos sanguíneos, derrame e acúmulo de sangue nas camadas dérmicas. Os hematomas em crianças saudáveis e ativas são frequentes, no entanto, estas lesões também são um achado comum em crianças vítimas de abuso. A distinção entre contusões acidentais e não acidentais requer uma avaliação cuidadosa por parte do médico dentista (Harris, 2010).

A incidência de hematomas está diretamente relacionada com a idade e com o desenvolvimento das crianças, especialmente no que se refere à mobilidade independente (Sugar e Feldman, 2005; Kellogg et al., 2007; Harris, 2010; Maguire e Mann, 2013; Pierce, 2017).

Os hematomas acidentais tendem a ocorrer em crianças com capacidade motora e coordenação de movimentos, que lhes permitam gatinhar ou movimentar-se de forma independente (Christian et al., 2015). Encontram-se localizados sobretudo em regiões de proeminências ósseas, como os joelhos, cotovelos e testa (Harris, 2010; Maguire e Mann, 2013; Christian et al., 2015). Crianças que ainda não têm a capacidade de se deslocar de forma independente raramente apresentam hematomas de origem não abusiva (Maguire e Mann, 2013).

Os hematomas são as lesões mais comuns em crianças que sofrem abuso físico e podem ser o único indicador externo de condições internas mais graves na criança (Pierce et al., 2010; Katner e Brown, 2012; Maguire e Mann, 2013; Christian et al., 2015; Hoehn et al., 2018).

Estas lesões, quando infligidas, tendem a ocorrer em regiões distantes de proeminências ósseas e que raramente são atingidas num trauma acidental (Kellogg et al., 2007). Encontram-se localizadas principalmente na cabeça e face das crianças (Katner e Brown, 2012; Maguire e Mann, 2013; Christian et al., 2015), inclusivamente, no escalpe, região retroauricular, ângulo da mandíbula, freios labiais e lingual e também no pescoço (Kellogg et al., 2007). O torso, nádegas, mãos e braços são locais que devem ser examinados pelo médico dentista, visto apresentarem frequentemente hematomas decorrentes de abuso, confirmando, assim, muitas vezes, as suspeitas levantadas pelas lesões orofoaciais (Kellogg et al., 2007).

A presença de hematomas no torso, orelhas e pescoço em crianças até aos 4 anos de idade e qualquer hematoma em crianças com menos de 4 meses de idade, são preditivos de abuso físico. Esta regra clínica preditiva de abuso físico em crianças com hematomas, apresenta 97% de sensibilidade e 84% de especificidade (Pierce et al., 2010). Múltiplos hematomas, em distintos locais do corpo da criança, raramente ocorrem de forma acidental e a presença de mais de 5 hematomas, em crianças saudáveis, independentemente de qualquer causa acidental declarada, deve suscitar questões em relação à plausibilidade e veracidade da história (Pierce, 2017).

A aparência dos hematomas é variável, depende da intensidade da força empregue no momento em que são originados, da região anatómica afetada, da idade da criança, da cor da pele e da percepção subjetiva da coloração que a lesão apresenta (Harris, 2010; Maguire e Mann, 2013). Não é possível determinar de forma precisa o tempo de evolução destas lesões apenas através da observação das mesmas (Harris, 2010; Maguire e Mann, 2013; Christian et al., 2015).

Os hematomas, por vezes, encontram-se associados a lesões figuradas (ou moduladas), ou seja, que reproduzem a forma/padrão do objeto ou daquilo que esteve na sua origem. Estas lesões

podem ser observadas no tecido cutâneo e, geralmente, são circunscritas por petéquias confluentes (Sugar e Feldman, 2005; Christian et al., 2015). Exemplos de lesões figuradas associadas a hematomas incluem: marcas de mordedura, marcas de mãos humanas, designadamente de dígito-pressão, e marcas de bordos retos ou lineares (causadas por objetos como cinto, chicote, etc.) (Magalhães et al., 2010).

ii. Marcas de mordedura

As marcas de mordedura em crianças são um indicador significativo de abuso físico e/ou abuso sexual (Christian et al., 2015; Costacurta et al., 2015; Fisher-Owens et al., 2017). A marca de mordedura humana possui um padrão típico semicircular, ovalado, elíptico ou em forma de ferradura, com dois arcos opostos, contíguos ou separados, associados a equimoses, abrasões ou lacerações. Estas lesões incluem as marcas da dentição e a região central que pode conter equimoses, causadas por dois fenómenos possíveis: (1) pressão positiva, decorrente da oclusão dentária, com disrupção de pequenos vasos sanguíneos ou (2) pressão negativa, causada pela sucção e ação da língua, através da compressão dos tecidos cutâneos contra as superfícies dentárias (Pretty, 2008; Christian et al., 2015; Costacurta et al., 2015; Fisher-Owens et al., 2017). A lesão pode apresentar apenas um arco, que corresponde geralmente aos dentes da arcada mandibular, este achado é explicado pela dinâmica ou movimento mecânico próprio da mordedura, a maxila permanece estável, enquanto a mandíbula se movimenta até que a oclusão dentária seja estabelecida (Pretty, 2008). As marcas causadas pelos dentes da arcada maxilar tendem a ser mais difusas, já as da mandibular normalmente são mais circunscritas e bem definidas (Jesse, 1994). A gravidade da lesão varia desde marcas de mordedura praticamente impercetíveis, até situações mais extremas, em que se verifica avulsão de tecidos (Jesse, 1994). Os fatores principais que influenciam a gravidade da lesão são: 1) a força aplicada, 2) a localização anatômica da mordedura e 3) o tempo decorrido entre o momento em que a lesão foi infligida e o seu diagnóstico/tratamento (Pretty, 2008).

A localização das marcas de mordedura em crianças, vítimas de abuso físico e/ou sexual é variável, podendo estar presentes em qualquer parte do corpo. Contudo, a face, o dorso, a região lateral do torso, os braços e as nádegas são as regiões mais afetadas (Jesse, 1994).

As mordeduras podem ser infligidas por adultos, outras crianças, animais ou pela própria criança (Jesse, 1994; Christian et al., 2015). A identificação do agressor pode ser determinada analisando a marca da mordedura: o tamanho e características da dentição gravados na ferida, a localização da lesão, a presença de marcas de punção (perfuração), a forma das arcadas dentárias delineadas no ferimento, a distância medida na região intercanina da marca e a análise de vestígios biológicos presentes (saliva, sangue e/ou células epiteliais). As características de

cada marca de mordedura e o tempo decorrido até ao seu diagnóstico, podem condicionar que não seja possível analisar a lesão em todas estas vertentes, dificultando a identificação do autor da lesão (Christian et al., 2015; Fisher-Owens et al., 2017). Nos casos em que, alegadamente, as mordeduras são autoinfligidas, é importante lembrar que existem regiões do corpo inacessíveis à criança, como a cabeça, o pescoço, o dorso e as nádegas (Jesse, 1994).

A distância linear entre as cúspides dos caninos, presentes na marca de mordedura, auxilia na diferenciação entre mordeduras infligidas por adultos ou por crianças. Quando esta distância mede até 3 cm, é compatível com uma mordedura produzida por uma arcada dentária de criança; se esta distância for maior do que 3 cm, presume-se que foi um adulto que produziu a marca (Jesse, 1994; Costacurta et al., 2015; Fisher-Owens et al., 2017).

As marcas de mordedura humana comprimem os tecidos, são mais superficiais e estão associadas a hematomas e abrasões, enquanto as marcas de mordedura de animais tendem a ser mais profundas encontrando-se essencialmente associadas a perfurações, lacerações e avulsão de tecidos cutâneos (Jesse, 1994; Costacurta et al., 2015; Fisher-Owens et al., 2017).

iii. Queimaduras

As queimaduras são lesões comuns na infância, ocorrem especialmente em crianças até aos 5 anos de idade, essencialmente, pelo desconhecimento dos objetos ou situações que poderão produzir lesão pelo calor. As queimaduras mais frequentes em crianças são os escaldões (aproximadamente 60%) e as queimaduras por contacto com objetos a elevada temperatura (aproximadamente 32%) (Maguire et al., 2014). Estas lesões podem ser acidentais ou abusivas (Sugar e Feldman, 2005). Estimando-se que 10% a 12% das queimaduras em crianças ocorram em contexto de abuso físico. Os escaldões e as queimaduras por contacto são lesões extremamente dolorosas, que deixam sequelas graves e, quando não tratadas, podem inclusive culminar com a morte da vítima (Maguire et al., 2008). As queimaduras intencionais tendem a ser mais graves que as acidentais, devido ao contacto intencional e prolongado com a fonte de calor, à demora na procura de cuidados médicos e por serem mais comuns em crianças pequenas (Christian et al., 2015).

As sequelas resultantes destas lesões incluem cicatrizes, deficiências físicas e distúrbios psicológicos, que acompanham a criança toda a vida (Maguire et al., 2008; Kemp et al., 2014).

Escaldões

Os escaldões são geralmente produzidos por imersão forçada da criança em água ou outros líquidos a elevada temperatura, constituem o tipo de lesão por queimadura intencional mais prevalente, e também são a causa mais frequente de hospitalização por queimaduras graves em crianças (Maguire et al., 2008; Christian et al., 2015).

Esta prática abusiva está associada a ações/comportamentos que requerem a limpeza e higiene da criança, e verifica-se sobretudo em crianças que ainda não têm a capacidade de se deslocar de forma independente (Christian et al., 2015).

Os escaldões ocorrem através de restrição física seguida de imersão forçada da criança, sendo o agente térmico predominante a água quente. O padrão destas lesões caracteriza-se por contornos bem definidos, produzidos pelo contacto entre o líquido a elevada temperatura e o corpo da criança, as margens superiores da lesão possuem linhas de delimitação nítidas, e geralmente não se verificam marcas de queimadura por salpicos de água. A profundidade das lesões tende a ser uniforme e habitualmente são simétricas (Sugar e Feldman, 2005; Maguire et al., 2008; Christian et al., 2015). As lesões encontram-se distribuídas principalmente na parte inferior do corpo da criança, sem envolvimento da cabeça e pescoço. As áreas mais afetadas são: extremidades inferiores bilateralmente (pés e pernas), nádegas e região perineal (Maguire et al., 2008; Christian et al., 2015).

O mecanismo principal subjacente aos escaldões não intencionais, consiste no derrame de substâncias quentes, de forma acidental pela própria criança. Os agentes térmicos predominantes são bebidas/líquidos e alimentos, a elevada temperatura (Kellogg et al., 2007; Maguire et al., 2008; Kemp et al., 2014). O padrão das lesões não intencionais caracteriza-se por margens irregulares, profundidade da queimadura variável, ausência de simetria (Maguire et al., 2008). As lesões encontram-se distribuídas principalmente na parte superior e frontal do corpo da criança, designadamente na região da cabeça, face, pescoço, tronco e membros superiores (Kellogg et al., 2007; Maguire et al., 2008; Kemp et al., 2014; Maguire et al., 2014). Estas características marcadamente distintas, entre lesões por escaldões acidentais e intencionais, constituem uma mais valia preciosa na elaboração do diagnóstico diferencial nos casos de abuso (Kellogg et al., 2007; Maguire et al., 2008; Kemp et al., 2014; Maguire et al., 2014).

Queimaduras por contacto

A distinção entre abuso ou acidente, no que se refere às queimaduras por contacto em crianças, por vezes é difícil, porque em ambos os casos, as queimaduras podem ser figuradas, embora, tendencialmente as lesões figuradas ou moduladas sejam mais típicas de lesões abusivas. O número de queimaduras, a uniformidade do padrão da queimadura no corpo da criança e a sua localização, são os elementos que poderão indicar uma maior ou menor probabilidade de resultarem de abuso físico (Sugar e Feldman, 2005; Christian et al., 2015).

As queimaduras por contacto infligidas em crianças são caracteristicamente mais profundas e deixam uma impressão nítida do instrumento ou objeto a elevada temperatura, que as causou. Tendem a ser mais definidas ou demarcadas, encontram-se localizadas sobretudo no dorso das

mãos, membros, tronco, e outras regiões menos acessíveis do corpo da criança; habitualmente são múltiplas e coexistem com outras lesões (Sugar e Feldman, 2005; Maguire et al., 2014; Christian et al., 2015).

Em contraste, as queimaduras por contacto accidental, são mais superficiais, a marca deixada pelo instrumento ou objeto a elevada temperatura, é menos perceptível, mais irregular ou difusa (devido ao ato reflexo de proteção), encontram-se localizadas principalmente nas palmas das mãos e na região frontal do corpo, normalmente são únicas, não coexistindo simultaneamente múltiplas queimaduras, nem outro tipo de lesões ou ferimentos de natureza diversa (Sugar e Feldman, 2005; Maguire et al., 2014; Christian et al., 2015).

iv. Lesões orofaciais

Diversos autores referem que mais de 50% das lesões abusivas em crianças ocorrem na cabeça e região orofacial (Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011; Costacurta et al., 2016; Fisher-Owens et al., 2017, Harris, 2018).

A cavidade oral constitui um foco importante no abuso físico, devido à sua exposição e fácil acesso para o abusador, importância na comunicação, na alimentação e, também, pela sua conotação erógena, o que leva a que seja também envolvida em abusos sexuais (Needleman, 1986; Crespo et al., 2011; Fisher-Owens et al., 2017).

As lesões orofaciais devem-se, fundamentalmente, a traumatismos perpetrados com as mãos, dedos, objetos, líquidos a elevada temperatura ou substâncias cáusticas, com o intuito de punir, silenciar ou forçar a alimentação (Crespo et al., 2011; Fisher-Owens et al., 2017), verificando-se que os lábios são a região da cavidade oral mais afetada em casos de abuso infantil, seguindo-se a mucosa oral, os dentes, a gengiva e a língua (Maguire et al., 2007; Fisher-Owens et al., 2017; Harris, 2018). Num estudo de 133 casos confirmados de abuso, evidenciando lesões orais, 80,4% das vítimas apresentavam lesões labiais (Cavalcanti *cit. in* Harris 2018).

As lesões orofaciais mais frequentemente associadas a situações abusivas incluem: hematomas, equimoses, sufusões, petéquias, abrasões, queimaduras, lacerações, mordeduras, avulsões, luxações, fraturas e necrose pulpar; podendo acometer uma ou mais estruturas da cavidade oral e região perioral (língua, lábios, mucosa jugal, palato duro e mole, gengiva, freios, dentes e ossos da face, particularmente maxila e mandíbula). O tipo de lesões encontradas dependerá essencialmente das estruturas anatómicas envolvidas (Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011; Costacurta et al., 2015; Fisher-Owens et al., 2017; Sarkar et al., 2019).

As lesões intraorais são menos comuns do que as lesões peri e extraorais e são mais difíceis de reconhecer, correspondendo a cerca de 2% a 7% das lesões observadas em crianças que sofrem abuso físico. Diversos fatores dificultam a deteção de lesões intraorais: habitualmente não são

visíveis por observadores comuns; após um trauma dos tecidos moles intraorais, por norma, a hemorragia cessa rapidamente e a mucosa oral cicatriza em pouco tempo; as cicatrizes tendem a ser impercetíveis; e, geralmente, só o médico dentista tem a perícia necessária para um exame detalhado da cavidade oral, imprescindível ao diagnóstico destas lesões (Harris, 2018).

A laceração de freios (labiais e/ou lingual), pode ocorrer acidentalmente em crianças em idade de aprendizagem da marcha e que, sofrem, por isso, quedas com frequência. Pelo contrário, quando observadas, em crianças com menos de 8 meses (ainda não caminham) e mais de 18 meses (já com a marcha bem estabelecida), estas lesões são altamente sugestivas de abuso físico e/ou sexual (Needleman, 1986; Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011; Fisher-Owens et al., 2017). A literatura refere ainda que, a laceração do freio labial superior, em crianças com menos de 5 anos, se encontra fortemente associada a abuso severo ou fatal, requerendo, portanto, especial atenção por parte dos médicos dentistas (Needleman, 1986; Harris, 2018).

Os ferimentos na região palatina, como lacerações ou queimaduras, são típicos de alimentação forçada; as petéquias palatinas, especialmente na junção entre o palato duro e palato mole, são sugestivas de abuso sexual, particularmente, quando se encontram associadas a lacerações de freios e/ou manifestações orais de patologia infecciosa por agentes de doenças sexualmente transmissíveis (Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011; Fisher-Owens et al., 2017).

Não existem indicadores orofaciais patognomônicos de abuso físico infantil. Deste modo, é essencial a recolha e análise acurada da história clínica (patologias e traumas prévios) da criança e da história da produção das lesões observadas. Por fim, se necessário, deverão ser efetuados diagnósticos diferenciais com outras patologias ou condições fisiológicas, passíveis de causar lesões que mimetizem indicadores orofaciais de abuso. Só assim, se poderá discernir se as lesões orofaciais diagnosticadas levantam suspeitas efetivas de abuso físico (Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011; Harris, 2018).

v. Fraturas ósseas

As fraturas ósseas são comuns na infância representando cerca de 8% a 12% de todas as lesões pediátricas. A maioria ocorre de forma acidental, contudo, também podem ser causadas por abuso físico (Sugar e Feldman, 2005; Flaherty et al., 2014; Christian et al., 2015). Considera-se que 12% a 20% das fraturas em crianças são resultado de abuso físico, correspondendo ao segundo tipo de lesão mais comum em crianças vítimas de abuso, dado que os hematomas lideram este ranking (Egge e Berkowitz, 2010; Flaherty et al., 2014).

Qualquer fratura pode ser originada por abuso físico, assim, a distinção entre fraturas acidentais e fraturas abusivas é efetuada através de elementos como: história de produção da fratura, idade

e estágio de desenvolvimento da criança, localização e tipo de fratura, idade aparente da fratura e entendimento sobre o mecanismo causal (Flaherty et al., 2014; Christian et al., 2015).

A presença de múltiplas fraturas, em diferentes estádios de consolidação óssea, o atraso na procura de cuidados médicos e a coexistência de outras lesões suspeitas, devem alertar o clínico para a possibilidade de estar perante um caso de abuso físico. Assim, em pediatria, definem-se 3 subgrupos de fraturas que, pelo tipo, localização e características acarretam maior ou menor probabilidade de terem sido causadas por abuso físico: fraturas de elevada, moderada e baixa especificidade (Anexos – Tabela 2) (Egge e Berkowitz, 2010; Flaherty et al., 2014).

As fraturas dos ossos da face são observadas em aproximadamente 2,3% das vítimas de abuso infantil (Zimmermann et al., 2006; Ryan et al., 2011). As fraturas mandibulares em crianças, são as fraturas faciais mais comuns, ocorrem principalmente na região dos côndilos (Haug e Foss, 2000; Zimmermann et al., 2006; Goth et al., 2012; Boyette, 2014; Andrew et al., 2019), e, em cerca de 20% dos pacientes pediátricos, são bilaterais (Zimmermann et al., 2006). As fraturas dos côndilos são mais comuns em crianças (50%) do que em adultos (30%). Este achado, é explicado pela maior vascularização do côndilo nas crianças e também pela estrutura frágil do colo do côndilo, o que resulta em menor resistência a forças de impacto (Zimmermann et al., 2006; Alcalá-Galiano et al., 2008; Goth et al., 2012).

A mandíbula pode apresentar sinais clínicos (extra e intra-orais), sugestivos de fratura: equimoses, edema, assimetria facial, limitação da abertura da boca, má-oclusão dentária, laceração da mucosa oral, crepitação, deslocamento e mobilidade de fragmentos ósseos, deformações/irregularidades ao longo do bordo inferior da mandíbula, sensibilidade ou dor à palpação (Zimmermann et al., 2006; Goth et al., 2012; Boyette, 2014; Costacurta et al., 2015; Andrew et al., 2019). Por sua vez, a maxila é o osso facial menos afetado por fraturas nas crianças (Haug e Foss, 2000). A parca pneumatização do seio maxilar, o crescimento e desenvolvimento ósseo aliado à formação e erupção dentária; conferem, ao osso maxilar, maior estabilidade, densidade e resistência à fratura nas crianças (Gassner et al. 2004; Alcalá-Galiano et al., 2008; Morales et al., 2010; Ryan et al., 2011; Boyette, 2014).

Em ambos os casos é essencial o diagnóstico radiológico, sendo de particular importância as ortopantomografias e as radiografias intraorais, contudo, o exame imagiológico de eleição para avaliar detalhadamente fraturas maxilofaciais em crianças, sob suspeita de abuso físico, é a tomografia computadorizada (TC) (Alcalá-Galiano et al., 2008; Morales et al., 2010; Ryan et al., 2011; Goth et al., 2012; Andrew et al., 2019).

A ausência de história que explique a(s) fratura(s), a descrição vaga e inconsistente das circunstâncias que a(s) envolveram, e o atraso na procura de cuidados médicos, especialmente

em crianças que ainda não têm a capacidade de se deslocar de forma autônoma, são aspetos que constituem sinal de alerta para uma possível situação abusiva, que o profissional de saúde deverá sempre valorizar, uma vez que não existem fraturas dos ossos da face patognomónicas de abuso (Anexos – Tabela 3) (Flaherty et al., 2014).

Algumas fraturas em crianças vítimas de abuso físico, podem não ser detetadas através de um exame clínico. Porém, uma clínica negativa não exclui a necessidade de avaliação radiológica quando existe suspeita de abuso, particularmente em crianças com menos de 2 anos de idade, pela incapacidade de verbalizarem claramente sintomas (Sugar e Feldman, 2005; Kellogg et al., 2007; Flaherty et al., 2014; Christian et al., 2015).

vi. Traumatismo craniano e crânio-encefálico

O traumatismo craniano consiste numa lesão resultante da atuação de uma força externa sobre a cabeça, podendo atingir os tecidos moles extracranianos, o crânio, as meninges e/ou o encéfalo (Kemp, 2011); e constitui a principal causa de morte em crianças vítimas de abuso físico (Sugar e Feldman, 2005; Christian et al., 2015).

São diversos os mecanismos que contribuem para a ocorrência de lesões cerebrais, espinais e cranianas em crianças (Christian et al., 2015). No âmbito do traumatismo craniano abusivo (TCA) existem predominantemente os seguintes mecanismos: abanar ou sacudir violentamente a criança (*Shaken Baby Syndrome*), infligir impactos contundentes no crânio da criança, ou a combinação de ambas as ações (Sugar e Feldman, 2005; Christian et al., 2015; Choudhary et al., 2018). Em crianças até 2 anos de idade, o TCA é a principal causa de lesões cerebrais graves ou fatais. Sendo que, a taxa de mortalidade e o tempo de internamento, comparativamente com os de um traumatismo craniano acidental, são mais elevados nos casos de TCA (Chiesa e Duhaime, 2009; Christian et al., 2015; Hinds et al., 2015; Choudhary et al., 2018).

O choro incessante e inconsolável das crianças é considerado o fator de risco mais relevante de TCA (Chiesa e Duhaime, 2009; Kemp, 2011; Christian et al., 2015; Hinds et al., 2015).

Em média, as crianças experienciam 3 consultas médicas, até ser determinado um diagnóstico correto de TCA (Hinds et al., 2015). Formular um diagnóstico de TCA não é simples, requer a avaliação por parte de uma equipa multidisciplinar e diversos exames complementares de diagnóstico (avaliação radiográfica, TC, ressonância magnética (RM), fundoscopia indireta) (Christian et al., 2009; Chiesa e Duhaime, 2009; Narang e Clarke, 2014; Hinds et al., 2015).

As explicações mais comuns dos cuidadores, em casos de TCA, são: pequenas quedas e a inexistência de qualquer tipo de trauma (Chiesa e Duhaime, 2009; Hinds et al., 2015; Choudhary et al., 2018).

Na literatura pediátrica define-se como pequenas quedas, situações em que a criança cai de uma altura inferior a 1,5 metros. As quedas acidentais associam-se à ocorrência de traumatismos cranianos focais, como laceração ou contusão do escalpe, numa localização específica e raramente provocam lesões cerebrais graves, perda de consciência ou outras alterações neurológicas (Kemp, 2011; Narang e Clarke, 2014; Hinds et al., 2015; Choudhary et al., 2018). Os traumatismos multifocais, estão mais frequentemente relacionados com casos de TCA, não sendo compatíveis com pequenas quedas (Sugar e Feldman, 2005).

Contudo, lesões cerebrais difusas, podem também constituir indício de traumatismo abusivo, sendo comuns em crianças submetidas a forças de aceleração/desaceleração violentas e repetidas (*Shaken Baby Syndrome*) (Chiesa e Duhaime, 2009; Hinds et al., 2015; Choudhary et al., 2018). Nestes casos, os sintomas apresentados são geralmente inespecíficos e bastante variáveis: letargia, irritabilidade, alteração do estado mental (consciência e/ou cognição), convulsões ou dificuldade respiratória, êmese e falta de apetite (Chiesa e Duhaime, 2009; Narang e Clarke, 2014; Christian et al., 2015; Hinds et al., 2015; Choudhary et al., 2018).

É, portanto, essencial para a formulação de diagnósticos diferenciais e consequente caracterização do índice de suspeita de TCA: a recolha e avaliação detalhada da história da doença atual, a análise da história médica pregressa, a valorização de achados físicos e imagiológicos e a interpretação cuidadosa de lesões da retina (Hinds et al., 2015).

A suspeita de TCA é reforçada pela presença simultânea de um conjunto de outras manifestações clínicas: apneia, hemorragia retiniana, fraturas de costelas, fraturas de ossos longos, fraturas cranianas associadas a lesões intracranianas e convulsões. A presença de apneia e hemorragia retiniana constituem sinais importantes na distinção entre TCA e traumatismo craniano acidental (Maguire et al., 2009). Também Christian et al. (2015), enfatizam o facto de, nos TCA, existirem, concomitantemente, lesões como: hemorragias subdurais e hemorragias retinianas, associadas a lesões cutâneas, esqueléticas e viscerais; caracteristicamente de forma mais frequente, do que nos traumatismos cranianos acidentais (Christian et al., 2015).

A hemorragia subdural é a lesão intracraniana mais comum em crianças que sofrem TCA, apresentando uma prevalência de aproximadamente 90% (Choudhary et al., 2018).

A TC e a imagem por RM são os exames complementares indicados para diagnóstico e avaliação de lesões cerebrais resultantes de abuso físico em crianças (Kemp, 2011; Narang e Clarke, 2014; Hinds et al., 2015). A TC é o exame imagiológico de eleição na avaliação de lesões cerebrais traumáticas, requer pouco tempo e é sensível na avaliação de hemorragias intracranianas, efeito de massa e fraturas. A RM é sensível na avaliação lesões cerebrais mais subtis que não são detetadas por TC (Hinds et al., 2015).

As sequelas de um TCA podem resultar em incapacidades neurológicas permanentes graves, como: encefalopatia estática, atraso mental, paralisia cerebral, cegueira cortical, distúrbios convulsivos e dificuldades de aprendizagem (Christian et al., 2009).

2. Sobre o diagnóstico de suspeita de abuso físico em crianças

O diagnóstico de suspeita de abuso físico em crianças é complexo e nunca deverá assentar apenas na observação de uma lesão, sequela ou qualquer outro tipo isolado de vestígio, já que a maior parte deles não são patognomónicos de abuso, podendo apenas constituir indicadores mais ou menos consistentes da possibilidade de se estar perante um quadro deste tipo (Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011; Harris, 2018).

A avaliação de lesões deve ser efetuada com base na história clínica, contexto familiar e social, estágio de desenvolvimento da criança, explicações sobre o aparecimento da lesão, exame físico e exames complementares de diagnóstico, relevantes para o caso (Harris, 2018).

Assim, o diagnóstico terá sempre por base uma série de indicadores inseridos num determinado contexto: indicadores físicos, sempre valorizados no contexto da história e do resultado, no confronto entre aquilo que se observa e a história relatada pela vítima ou por terceiros, sobretudo quando se verifica inadequação da explicação, mudanças na explicação, ausência de explicação quanto ao mecanismo de produção da lesão, discrepância entre o aspeto das lesões e/ou sequelas e a história da sua produção (Anexos – Tabela 4). Dever-se-á estar particularmente atento às situações em que se observam lesões figuradas (moduladas), lesões em locais impróprios para acidentes, lesões em diferentes estádios de evolução ou atraso na procura dos cuidados de saúde (Kellogg et al., 2007; Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011; Christian et al., 2015). A par dos indicadores físicos, existem também indicadores psicológicos/comportamentais que corroboram e ajudam a fundamentar o diagnóstico de abuso físico (Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011).

Em termos de diagnósticos diferenciais, há que ter sempre presente a possibilidade de se estar perante uma lesão associada a um traumatismo acidental, a uma determinada malformação ou patologia, a uma sequela pós-operatória ou lesão iatrogénica, a lesões resultantes de práticas de medicina alternativa, a condições morfológicas, a lesões autoinfligidas e a simulação (Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011; INMLCF, 2013).

3. Sinalização e denúncia

Em Portugal, as situações suspeitas de configurar crimes públicos, como o abuso físico de crianças (artigo 48º do Código do Processo Penal), deverão ser denunciadas diretamente ao

Ministério Público (MP), junto do tribunal da área de residência da vítima, ou indiretamente, através das entidades policiais ou dos serviços médico-legais (delegações do Instituto Nacional de Medicina Legal) (Costa, 2008; Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011). Paralelamente, o caso deve ser também sinalizado à CPCJ da área de residência da criança, tendo como principal objetivo a sua proteção (Costa, 2008; Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011). Esta iniciativa de sinalizar o caso deverá promover a realização, no mais curto espaço de tempo possível, de um exame médico-legal, o qual é obrigatório por lei nestes casos, se existirem lesões ou história de agressão física ou sexual. A solicitação do exame médico-legal ao Instituto Nacional de Medicina Legal pode ser feita diretamente pelo profissional ou serviços de saúde, ou através da polícia ou do MP (Costa, 2008; Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011). O objetivo deste tipo de intervenção é a concordância prática entre a intervenção (investigação) criminal e a promoção dos direitos/proteção da criança, em três aspetos essenciais: avaliação dos factos, obtenção da prova e proteção da vítima (Magalhães et al., 2010).

III. Discussão

As histórias das crianças vítimas de maus tratos não se encerram em números, todavia, os números permitem uma leitura, ainda que provavelmente subestimada, desta problemática na sociedade em que vivemos. Os autores referem, de forma unânime, que os maus tratos de crianças e jovens afetam milhões em todo o mundo, e, face a esta calamidade, é necessário agir, a sociedade não se pode resignar (WHO e ISPCAN, 2006; Kellogg et al., 2007; Magalhães, 2010; Crespo et al., 2011; Katner e Brown, 2012; Christian et al., 2015; Costacurta et al., 2015; Fisher-Owens et al., 2017; Hoehn et al., 2018).

Aos profissionais de saúde (médicos, médicos dentistas, enfermeiros, psicólogos), aos operadores da justiça, às forças policiais, aos educadores e professores, e aos assistentes sociais, exige-se que estejam atentos a este fenómeno, identificando e sinalizando os casos sempre que houver motivo de suspeita, mesmo que não tenham assistido a um flagrante delito, que a vítima negue o abuso ou que não o queira denunciar (WHO e ISPCAN, 2006; Kellogg et al., 2007; Magalhães, 2010; Crespo et al., 2011; Christian et al., 2015; Fisher-Owens et al., 2017).

Neste contexto, os pediatras, odontopediatras e outros profissionais que trabalham diariamente com crianças e jovens, apresentam, indubitavelmente, uma responsabilidade acrescida nesta matéria, devendo, assim, constituir um grupo de profissionais vigilantes e treinados na deteção do abuso infantil (Kellogg et al., 2007; Magalhães, 2010; Crespo et al., 2011; Katner e Brown, 2012; Christian et al., 2015; Costacurta et al., 2015; Fisher-Owens et al., 2017; Harris, 2018). Os indicadores físicos de abuso em crianças, são muitas vezes, o único elemento concreto, que

permite detetar estes casos, encontrando-se bem definidos e adequadamente descritos na literatura da especialidade. Contudo, estes indicadores podem ser subtis, difíceis de identificar e associar a abuso, sendo necessários conhecimentos específicos e experiência, para fazer o diagnóstico de suspeita de maus tratos em crianças e jovens (Kellogg et al., 2007; Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011; Christian et al., 2015; Fisher-Owens et al., 2017; Harris, 2018). Para além do reconhecimento das principais manifestações clínicas que se encontram frequentemente associadas a estes casos, a diferenciação entre lesões acidentais e não acidentais, é fundamental para o diagnóstico de suspeita de abuso físico de crianças (Kellogg et al., 2007; Pierce et al., 2010; Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011; Maguire e Mann, 2013; Flaherty et al., 2014; Christian et al., 2015; Fisher-Owens et al., 2017).

Apesar dos indicadores orofaciais se apresentarem, naturalmente, com maior destaque para o médico dentista, por se encontrarem na região de intervenção por excelência destes profissionais, é essencial que saibam também reconhecer outros indicadores de abuso físico, que lhes estejam acessíveis, e que auxiliem de forma particularmente relevante à consolidação da suspeita, não se restringindo aos que se localizam na região orofacial (múltiplas lesões em diferentes regiões do corpo da criança, lesões em locais pouco comuns para um traumatismo acidental, lesões figuradas, marcas de mordedura e queimaduras).

É, ainda, importante a consciencialização de que, geralmente, o indicador físico de abuso por si só não faz o diagnóstico, sendo imprescindível a recolha minuciosa e integração de outros dados relevantes para efetivar as suspeitas de abuso (história de produção da lesão relatada pela vítima e/ou por terceiros, história clínica atual e pregressa, características e localização da lesão, contexto familiar e de vida da criança), e, por vezes, a elaboração de diagnósticos diferenciais (com malformações, condições patológicas ou morfológicas, lesões autoinfligidas ou acidentais), requerendo, assim, com frequência, uma intervenção multidisciplinar (Kellogg et al., 2007; Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011; Christian et al., 2015; Fisher-Owens et al., 2017; Harris, 2018).

Cada evidência constatada deve ser cuidadosamente descrita, adequadamente documentada, não esquecendo de elencar a necessidade de realização de diagnósticos diferenciais ou de utilização de meios complementares de diagnóstico, e partilhada com os restantes profissionais que vão intervir no processo. A sinalização das suspeitas, é imprescindível para a proteção da vítima e para que o MP encete a investigação criminal (Kellogg et al., 2007; Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011; Katner e Brown, 2012; INMLCF, 2013; Christian et al., 2015).

Tendo em conta que na cabeça e na face reside a sede de múltiplas lesões abusivas (mais de 50% das lesões decorrentes de abuso ocorrem nestas regiões), seria expectável que os médicos

dentistas fossem responsáveis por uma parte significativa do diagnóstico e sinalização de situações abusivas (Magalhães et al., 2010; Crespo et al., 2011; Costacurta et al., 2016; Fisher-Owens et al., 2017, Harris, 2018). Porém, a maioria dos estudos indica que estes profissionais são responsáveis por apenas 3 a 8% das denúncias (Manea et al., Bankole et al. e Al Habsi et al. *cit. in* Laud et al., 2013; Mogaddam et al., 2016), embora autores como Özgür et al. (2019) e Owais (2009), reportem números mais elevados (12-20%) (Owais, 2009; Özgür et al., 2019). As principais razões pelas quais os médicos dentistas não reportam as suspeitas de abuso físico em crianças, incluem: 1) falta de treino e/ou formação; 2) desconhecimento, sobre os procedimentos a adotar nestas situações; 3) receio de repercussões na prática clínica diária; 4) medo de violência ou retaliação contra a equipa médico-dentária e contra a própria criança; 5) receio de litígios; 6) incerteza sobre o diagnóstico (Kellogg et al., 2007; Owais et al., 2009; Crespo et al., 2011; Laud et al., 2013; Mogaddam et al., 2016; Harris, 2018; Özgür et al., 2019). A problemática da falha na identificação de casos suspeitos de abuso físico em crianças e a sua sinalização, poderá, assim, ser transposta, através de: esclarecimento e sensibilização para este tema; mais e melhor formação, aquisição de competências objetivas no diagnóstico de abuso; uma interação efetiva de todos os profissionais de saúde (e de outros profissionais que lidam diariamente com crianças e jovens) entre si e com as autoridades que recebem a denúncia. Como limitações a esta revisão bibliográfica aponta-se o facto de se basear essencialmente em *guidelines*, artigos de revisão e estudos retrospectivos, em virtude da tipologia do assunto tratado.

IV. Conclusão

O abuso infantil, pelos contornos de crueldade que encerra e pela prevalência elevada que apresenta, mesmo nas sociedades ditas desenvolvidas, continua a constituir um problema particularmente sensível e preocupante, exigindo o empenho de todos para a sua resolução.

Os médicos dentistas, particularmente os odontopediatras, a par de outros profissionais que lidam diariamente com crianças e jovens, pela posição privilegiada em que se encontram, devem ter um papel ativo na identificação e sinalização destas situações.

Tal obriga a que estejam munidos de conhecimentos, treino e experiência que lhes permitam reconhecer os indicadores de abuso, particularmente, os de abuso físico (visto serem, geralmente, os indícios mais visíveis), de forma a elaborarem diagnósticos seguros.

A aquisição destas competências no que concerne ao diagnóstico, bem como a sensibilização e esclarecimento acerca do processo de sinalização/denúncia das suspeitas, poderá ser a chave para que estes profissionais constituam agentes de identificação e proteção das crianças e jovens vítimas de maus tratos.

V. Bibliografia

- Alcalá-Galiano, A. et al. (2008). Pediatric facial fractures: children are not just small adults. *Radiographics*, 28(2), pp. 441-461.
- Andrew, T. et al. (2019). Pediatric Facial Trauma. *Clinics in Plastic Surgery*, 46(2), pp. 239-247.
- Boyette, J. (2014). Facial fractures in children. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 47(5), pp. 747-761.
- Chiesa, A. e Duhaime, AC. (2009). Abusive head trauma. *Pediatric Clinics of North America*, 56(2), pp. 317-331.
- Christian, C. et al. (2015). The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, 135(5), pp. 1337-1354.
- Christian, C. et al. (2009). Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics*, 123(5), pp. 1409-1411.
- Choudhary, A. et al. (2018). Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. *Pediatric Radiology*, 48(8), pp. 1048-1065.
- CNPDPJCJ. (2019). A intervenção protetiva das CPCJ. In: CNPDPCJ. *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2018*. Lisboa, CNPDPCJ, pp. 32-33.
- Costa, D. (2008). Crimes públicos e crimes semi-públicos. Quando denunciar?. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, 18, pp. 99-115.
- Costacurta, M. et al. (2016). Oral and dental signs of child abuse and neglect. *Oral & Implantology*, 8(2-3), pp. 68-73.
- Crespo, M. et al. (2011). The dentist's role in the child abuse: diagnosis and report. *Acta Médica Portuguesa*, 24(4), pp. 939-948.
- Egge, M. e Berkowitz, C. (2010). Controversies in the evaluation of young children with fractures. *Advances in Pediatrics*, 57(1), pp. 63-83.
- Fisher-Owens, S. et al. (2017). Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*, 140(2): e20171487.
- Flaherty, E. et al. (2014). Evaluating children with fractures for child physical abuse. *Pediatrics*, 133(2): e477-89.
- Gassner, R. et al. (2004). Craniomaxillofacial trauma in children: a review of 3,385 cases with 6,060 injuries in 10 years. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 62(4), pp. 399-407.
- Goth, S. et al. (2012). Management of pediatric mandible fractures. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 23(1), pp. 47-56.
- Harris, J. (2018). The mouth and maltreatment: safeguarding issues in child dental health. *Archives of Disease in Childhood*, 103(8), pp. 722-729.
- Harris, T. (2010). Bruises in children: normal or child abuse?. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(4), pp. 216-221.
- Haug, R. e Foss, J. (2000). Maxillofacial injuries in the pediatric patient. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 90(2), pp. 126-134.
- Hinds, T. et al. (2015). Aspects of abuse: abusive head trauma. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 45(3), pp. 71-79.
- Hoehn, E. et al. (2018). Identification and Evaluation of Physical Abuse in Children. *Pediatric Annals*, 47(3), pp. 97-101.
- INMLCF. (2013). *NP-INMLCF-007: Recomendações gerais para a realização de exame em casos de suspeita de violência doméstica, maus tratos ou crimes sexuais contra crianças*. Lisboa, INMLCF.
- Jessee, S. (1994). Recognition of bite marks in child abuse cases. *Pediatric Dentistry*, 16(5), pp. 336-339.

- Katner, D. e Brown, C. (2012). Mandatory reporting of oral injuries indicating possible child abuse. *Journal of the American Dental Association*, 143(10), pp. 1087-1092.
- Kellogg, N. et al. (2007). Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, 119(6), pp. 1232-1241.
- Kemp, A. et al. (2014). Patterns of burns and scalds in children. *Archives of Disease in Childhood*, 99(4), pp. 316-321.
- Kemp, A. (2011). Abusive head trauma: recognition and the essential investigation. *Archives of Disease in Childhood. Education and Practice Edition*, 96(6), pp. 202-208.
- Laud, A. et al. (2013). Child protection training, experience, and personal views of dentists in the prefecture of Attica, Greece. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 23(1), pp. 64-71.
- Magalhães, T. (2010). *Violência e abuso: respostas simples para questões complexas*. Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Magalhães, T. et al. (2010). *Abuso de Crianças e Jovens – Da Suspeita ao Diagnóstico*. Lisboa, Lidel Editora.
- Maguire, S. et al. (2014). Burns as a consequence of child maltreatment. *Pediatrics and Child Health*, 24(12), pp. 557-561.
- Maguire, S. e Mann, M. (2013). Systematic reviews of bruising in relation to child abuse – what have we learnt: na overview of review updates. *Evidence-based Child Health: a Cochrane Review Journal*, 8(2), pp. 255-263.
- Maguire, S. et al. (2009). Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 94(11), pp. 860-867.
- Maguire, S. et al. (2008). A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns*, 34(8), pp. 1072-1081.
- Maguire, S. et al. (2007). Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Archives of Disease in Childhood*, 92(12), pp. 1113-1117.
- Mogaddam, M. et al. (2016). Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. *Child Abuse & Neglect*, 54, pp. 43-56.
- Morales, J. et al. (2010). Management of pediatric maxillary fractures. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 21(4), pp. 1226-1233.
- Narang, S. e Clarke, J. (2014). Abusive head trauma: past, present, and future. *Journal of Child Neurology*, 29(12), pp. 1747-1756.
- Needleman, H. (1986). Orofacial trauma in child abuse: types, prevalence, management, and the dental profession's involvement. *Pediatric Dentistry*, 8(1), pp. 71-80.
- Owais, A. (2009). Dentists' involvement in identification and reporting of physical abuse: Jordan as a case study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 19(4), pp. 291-296.
- Özgür, N. et al. (2019). Turkish paediatric dentists' knowledge, experiences and attitudes regarding child physical abuse. *International Dental Journal*, 70(2), pp. 145-151
- Pierce, M. (2017). Bruising characteristics from unintentional injuries in children: the 'green flag' study. *Archives of Disease in Childhood*, 102(12), pp. 1097-1098.
- Pierce, M. et al. (2010). Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics*, 125(1), pp. 67-74.
- Pretty, I. (2008). Forensic dentistry: 2. Bitemarks and bite injuries. *Dental Update*, 35(1), pp. 48-61.

- Ryan, M. (2011). Pediatric facial trauma: a review of guidelines for assessment, evaluation, and management in the emergency department. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 22(4), pp. 1183-1189.
- Sarkar, R. et al. (2019). Systematic Review of the Patterns of Orofacial Injuries in Physically Abused Children and Adolescents. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(10), pp. 1-11.
- Sugar, N. e Feldman, K. (2005). Oral surgical aspects of child abuse and neglect. *Oral Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 17(4), pp. 435-445.
- WHO. e ISPCAN. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Genebra, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Zimmermann, J. et al. (2006). Pediatric facial fractures: recent advances in prevention, diagnosis and management. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 35(1), pp. 2-13.

VI. Anexos

Tabela 1. Resumo da pesquisa bibliográfica

Palavras-chave utilizadas na pesquisa:	Número de artigos encontrados	Número de artigos após aplicação dos critérios de inclusão	Artigos selecionados da base de dados <i>PubMed</i> (42)
<i>Child physical abuse AND pediatric dentistry</i>	43	32	<ul style="list-style-type: none"> ○ Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect (Fisher-Owens et al., 2017)
<i>Suspected child physical abuse AND evaluation</i>	162	135	<ul style="list-style-type: none"> ○ The evaluation of suspected child physical abuse (Christian et al., 2015) ○ Evaluation of suspected child physical abuse (Kellogg et al., 2007) ○ Identification and Evaluation of Physical Abuse in Children (Hoehn et al., 2018)
<i>Child abuse AND contusions</i>	203	163	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bruises in children: normal or child abuse? (Harris, 2010) ○ Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma (Pierce et al., 2010) ○ Bruising characteristics from unintentional injuries in children: the 'green flag' study (Pierce, 2017) ○ Systematic reviews of bruising in relation to child abuse - what have we learnt: an overview of review updates (Maguire e Mann, 2013)
<i>Child abuse AND bite marks</i>	59	26	<ul style="list-style-type: none"> ○ Recognition of bite marks in child abuse cases (Jessee, 1994)
<i>Child abuse AND bite injuries</i>	144	72	<ul style="list-style-type: none"> ○ Forensic dentistry: 2. Bitemarks and bite injuries (Pretty, 2008)
<i>Child abuse AND scalds</i>	41	35	<ul style="list-style-type: none"> ○ A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children (Maguire et al., 2008)
<i>Burns AND scalds in childhood</i>	90	65	<ul style="list-style-type: none"> ○ Patterns of burns and scalds in children. (Kemp et al., 2014)
<i>Child abuse AND orofacial trauma</i>	32	16	<ul style="list-style-type: none"> ○ [The dentist's role in the child abuse: diagnosis and report] (Crespo et al., 2011) ○ Orofacial trauma in child abuse: types, prevalence, management, and the dental profession's involvement (Needleman, 1986) ○ Systematic Review of the Patterns of Orofacial Injuries in Physically Abused Children and Adolescents (Sarkar et al., 2019)
<i>Child abuse AND oral injuries</i>	236	138	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries (Maguire et al., 2007) ○ Mandatory reporting of oral injuries indicating possible child abuse (Katner e Brown, 2012) ○ The mouth and maltreatment: safeguarding issues in child dental health (Harris, 2018) ○ Oral and dental signs of child abuse and neglect (Costacurta et al., 2015) ○ Oral surgical aspects of child abuse and neglect (Sugar e Feldman, 2005)
<i>Abusive head trauma</i>	598	577	<ul style="list-style-type: none"> ○ Abusive head trauma (Chiesa e Duhaime, 2009)

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Abusive head trauma in infants and children (Christian et al., 2009) ○ Abusive head trauma: past, present, and future (Narang e Clarke, 2014) ○ Abusive head trauma: recognition and the essential investigation (Kemp, 2011) ○ Aspects of abuse: abusive head trauma (Hinds et al., 2015) ○ Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children (Choudhary et al., 2018)
<i>Inflicted brain injury AND clinical features</i>	16	16	<ul style="list-style-type: none"> ○ Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review (Maguire et al., 2009)
<i>Reporting child maltreatment AND dentist</i>	155	65	<ul style="list-style-type: none"> ○ Child protection training, experience, and personal views of dentists in the prefecture of Attica, Greece (Laud et al., 2013) ○ Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia (Mogaddam et al., 2016) ○ Dentists' involvement in identification and reporting of child physical abuse: Jordan as a case study (Owais et al., 2009) ○ Turkish paediatric dentists' knowledge, experiences and attitudes regarding child physical abuse (Özgür et al., 2019)
<i>Child physical abuse AND fractures</i>	290	251	<ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluating children with fractures for child physical abuse (Flaherty et al., 2014) ○ Controversies in the evaluation of young children with fractures (Egge e Berkowitz, 2010)
<i>Maxillofacial fractures AND child abuse</i>	25	16	<ul style="list-style-type: none"> ○ Management of pediatric mandible fractures (Goth et al., 2012) ○ Maxillofacial injuries in the pediatric patient (Haug e Foss, 2000)
<i>Pediatric trauma AND facial fractures</i>	477	421	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pediatric facial fractures: children are not just small adults (Alcalá-Galiano et al., 2008) ○ Pediatric Facial Trauma (Andrew et al., 2019) ○ Facial fractures in children (Boyette, 2014) ○ Craniomaxillofacial trauma in children: a review of 3,385 cases with 6,060 injuries in 10 years (Gassner et al., 2004) ○ Management of Pediatric Maxillary Fractures (Morales et al., 2010) ○ Pediatric facial trauma: a review of guidelines for assessment, evaluation, and management in the emergency department (Ryan et al., 2011) ○ Pediatric facial fractures: recent advances in prevention, diagnosis and management (Zimmermann et al., 2006)

Tabela 2. Especificidade das fraturas em abuso físico de crianças (adaptada de Flaherty et al., 2014)

Elevada especificidade
Lesões metafisárias clássicas dos ossos longos
Costelas, especialmente póstero-mediais
Omoplata
Apófises espinhosas
Esterno
Moderada especificidade
Múltiplas fraturas, especialmente bilaterais
Fraturas de diferentes estádios de consolidação óssea
Separações epifisárias
Corpo vertebral e subluxações
Digitais
Cranianas complexas
Comuns, mas com baixa especificidade
Subperiósseas com formação de novo osso
Claviculares
Fraturas do eixo dos ossos longos
Cranianas lineares

Tabela 3. Fraturas suspeitas de abuso físico em crianças (adaptada de Flaherty et al., 2014)

Fraturas – quando suspeitar de abuso físico em crianças?
Ausência de história que explique a lesão
História da lesão implausível – mecanismo descrito não é consistente com o tipo/gravidade da fratura, nem com a violência do impacto necessária para a produzir
Inconsistência ou alteração da história facultada pelo cuidador
Fraturas em crianças que ainda não se deslocam de forma independente
Fraturas de elevada especificidade para abuso físico (Tabela 2)
Múltiplas fraturas
Fraturas de diferentes estágios de cicatrização óssea
Presença de outro tipo de lesões suspeitas de abuso físico
Atraso na procura de cuidados médicos

Tabela 4. Explicações relacionadas com traumatismos intencionais (adaptada de Kellogg et al., 2007; Christian et al., 2015)

Explicações relacionadas com traumatismo intencional incluem:

1. Explicação vaga ou ausência de explicação sobre uma lesão significativa
 2. Negação explícita da existência de traumatismo quando existem lesões evidentes
 3. Alteração de detalhes importantes sobre a explicação da lesão
 4. Explicação inconsistente com o padrão, tempo ou gravidade da lesão
 5. Explicações inconsistentes com o desenvolvimento físico e/ou capacidades da criança
 6. Atraso na procura de cuidados médicos
 7. Testemunhas diferentes fornecem explicações distintas sobre a lesão
-