

Sara Cristina Carvalho Soares Gomes

O papel do médico dentista na denúncia de abusos em crianças

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2017

Sara Cristina Carvalho Soares Gomes

O papel do médico dentista na denúncia de abusos em crianças

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2017

Sara Cristina Carvalho Soares Gomes

O papel do médico dentista na denúncia de abusos em crianças

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

Resumo

A Medicina Dentária Forense, em conjunto com a Odontopediatria e com as outras áreas da saúde, desempenha um papel fundamental na vida das crianças vítimas de abusos.

Os maus tratos sexuais, emocionais, físicos e psicológicos são as principais formas de abuso, e quando detetados devem ser sinalizados e/ou denunciados às entidades competentes.

Na sociedade atual, o acompanhamento, a proteção e o dever de denúncia, devem ser encarados pelo Médico Dentista como uma “norma regulamentada na sua ética profissional”.

No âmbito geral, ao estarem em contacto direto com as vítimas estão em contacto com as suas lesões, uma vez que as regiões mais frequentemente envolvidas são a face e a região bucal, sendo por isso a consulta de Medicina Dentária uma privilegiada no que respeita à identificação e sinalização de novos casos.

Desta forma, a nossa capacidade de atuação permite uma rápida intervenção junto das vítimas e das autoridades competentes, de modo que a situação seja estabilizada e se possível reparada.

Palavras-chave: “revisão bibliográfica”, “maus-tratos infantis”, “abuso infantil”, “violência doméstica”, “marcas de mordida”, “lesões orofaciais”.

Abstract

Forensic Dentistry, in conjunction with Pediatric Dentistry and other health care areas, performs a fundamental role in the lives of children victims of abuse.

Sexual, emotional, physical and psychological abuse are the main forms of abuse and can be detected and denounced to the proper authorities that signal child abuse.

In today's society, monitoring, protection and the duty to denounce, must be faced by the dentist medical doctors as a "norm regulated in their professional ethics".

Generally speaking, by being in direct contact with the victims, they're in direct contact with their injuries, as the face and mouth area are the most frequently involved areas, putting the dentistry appointment in a privileged position pertaining to the identification and signaling of new cases.

As such, our ability to act allows for a quick intervention for the victims and by the proper authorities, so that the situation can be stabilized and, if possible, repaired.

Key words: "bibliographic review", "child abuse", "child abuse", "domestic violence", "bite marks", "orofacial lesions".

Dedicatória

Aos meus pais e irmã, por me apoiarem ao longo desta caminhada e tornarem este sonho possível de concretizar.

Pelo empenho e dedicação, e por nunca me deixarem desistir.

Por me ensinarem os verdadeiros valores da vida e que as conquistas se baseiam na simplicidade das nossas atitudes e força de vontade.

Por tudo isto, a vós dedico todo o meu esforço e empenho, cada dia da minha vida.

São a minha família, o meu porto de abrigo.

Agradecimentos

Ao Francisco, pelo amor incondicional e pela força. Obrigada por nunca me deixares desistir e por me teres acompanhado nesta longa caminhada.

À Sara, pela amizade e companheirismo. Por me mostrares que devemos acreditar em nós mesmos e que somos sempre capazes. Obrigada pela tua fé.

À Marta, por seres a amiga de sempre e para sempre. Agradeço cada palavra que me fez pensar e repensar se este era o caminho certo.

À Teresa, a minha irmã gémea. Sabes que sem ti, não seria a pessoa que sou hoje. Obrigada por me fazeres acreditar que para ser irmão não é preciso ser de sangue.

Ao Fábio, o meu monitor. Obrigada por cada vez que me guias numa melhor direção. Obrigada por acreditares em mim.

À Luísa, por ser a irmã mais velha que está sempre lá e por me ter mostrado o verdadeiro significado da amizade.

À Bernardete, à Filipa, à Tânia, ao Renato e à Susana por serem das melhores pessoas que a vida me trouxe. Por me ensinarem que a simplicidade e a sinceridade são as bases, por serem um pilar de apoio e por estarem sempre ao meu lado. Obrigada por cada conselho e por gestos que valem milhões.

À Andreia, a minha treinadora. Por te teres tornado uma amiga muito especial. Por me ensinares a dar valor às pequenas coisas da vida. Obrigada por acreditares em mim em diferentes aspetos.

Ao Tio Júlio, o meu tio emprestado. Pelo ensinamento e conhecimento. Obrigada por estar sempre presente.

Aos meus padrinhos, pelo apoio incondicional, pela educação e pelo papel fundamental que sempre tiveram ao longo da minha vida.

Aos restantes familiares e amigos que, de alguma forma contribuíram para a minha formação e tiveram a oportunidade de aconselhar em qualquer situação.

Aos meus Professores, pelo ensinamento e paciência.

Por fim, à minha orientadora, Dra. Maria Queirós, pela paciência e persistência demonstrada. Obrigada por toda a ajuda e por me fazer acreditar que é possível.

Índice geral

I. Introdução.....	1
II. Materiais e Métodos	3
III. Desenvolvimento	4
1. Fatores de risco e indicadores de abuso.....	4
2. Tipologia de abuso infantil	4
2.1 Abuso Físico.....	5
2.2 Abuso Emocional	5
2.3 Abuso Negligência	6
2.4 Abuso Sexual.....	7
3. Lesões orofaciais indicadoras de abuso.....	8
3.1. Mordeduras.....	8
3.2. Queimaduras.....	11
3.3. Equimoses	12
3.4. Lesões de Freio.....	13
IV. Discussão	16
V. Conclusão	19
VI. Bibliografia.....	20

Índice de figuras

Figura 1 - Exemplo de uma marca de mordida humana.....	9
Figura 2 - Escala milimétrica nº2 American Board of Forensic Odontology - ABFO ..	10
Figura 3 - Áreas de queimadura provocadas pela imersão de um líquido quente.	12

Índice de tabelas

Tabela 1 - Alguns sinais, sintomas e indicadores de abuso físico.....	5
Tabela 2 - Alguns sinais, sintomas e indicadores de abuso emocional,	6
Tabela 3 - Alguns sinais, sintomas e indicadores de negligência.....	7
Tabela 4 - Alguns sinais, sintomas e indicadores de abuso sexual.....	8
Tabela 5 - Resumo dos sinais de abuso sexual que se manifestam na região orofacial ...	8
Tabela 6 - Características da queimadura típica de abuso.....	11
Tabela 7 - Espectro colorimétrico da equimose.	13
Tabela 8 - Classificações mais comuns do trauma dentário	15
Tabela 9 - Critérios para fotografar e documentar uma lesão	17

Abreviaturas e siglas

AAPD – Academia Americana de Odontopediatria

ABFO – *American Board of Forensic Odontology*

GNR – Guarda Nacional Republicana

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSP – Polícia de Segurança Pública

I. Introdução

A violência é um tema diariamente presente nos mais diversos meios de comunicação social em todo mundo. O número de vítimas de violência, nas mais diversas formas, cresce diariamente e de forma assustadora.

Os maus-tratos na infância são um problema social e universal que frequentemente exercem um impacto negativo devastador sobre as crianças, não apenas na infância, mas durante toda a vida.

É um comportamento que atinge a criança, está fora das normas corretas de conduta do ser humano e acarreta um risco substancial de danos físicos e emocionais para as vítimas.

Para milhares de crianças, a violência e a negligência fazem parte do seu cotidiano, e não ocorrem apenas nas ruas, mas também nos seus próprios lares, decorrentes da ação de adultos que deveriam protegê-las. Infelizmente, os casos de abuso e negligência são superiores aos valores registrados.

Além disso, tratando-se de um problema fulcral nas sociedades atuais, transversal a todas as classes sociais, culturais e religiosas é importante a colaboração de vários organismos públicos e da sociedade civil através de vários planos de intervenção multidisciplinar no que se refere ao acompanhamento, orientação e à estabilização em situação de crise das vítimas.

Considerando que as lesões decorrentes de maus tratos se localizam, na sua grande maioria, ao nível da região da cabeça, da face e do pescoço, o Médico Dentista é um profissional de saúde que se encontra numa posição privilegiada no que concerne à identificação de abusos nas crianças.

É essencial que os profissionais de saúde recebam formação adequada de forma a desenvolver atitudes necessárias para saber reconhecer vítimas de violência doméstica, designadamente, o abuso infantil. Os primeiros passos para a sua prevenção são o reconhecimento e o relato precoce.

Desta forma, é necessário conhecer em primeiro lugar os indicadores de abuso, que poderão levar a um contexto de risco e identificar os respetivos fatores, quer os de

ordem individual, familiar e sociocultural, de modo a recolher o máximo de informações, que ajudarão no diagnóstico.

Seguidamente, é relevante conhecer também os tipos de abuso infantil, designadamente, o de abuso físico, emocional, negligência e sexual. Todos eles estão interligados, em virtude de determinados comportamentos emocionais, respetivamente, o medo e a angústia.

É importante salientar as principais lesões orofaciais indicadoras de abuso: as mordeduras, queimaduras, equimoses, lesões de freio e o traumatismo dentário. Estas lesões dentárias foram estudadas pela Organização Mundial de Saúde e diagnosticadas por vários sistemas, destacando-se o de Classificação de Andreasen. Este descreve mais pormenorizadamente as características do trauma, em comparação com a que foi proposta pela Organização Mundial de Saúde.

Neste contexto, a presente monografia pretende demonstrar a importância e o contributo do Médico Dentista na deteção, diagnóstico e sinalização de situações de maus-tratos em crianças, salientando que o seu papel não se baseia apenas no de proteger a saúde oral.

II. Materiais e Métodos

A presente monografia, tem como principal objetivo, alertar e sensibilizar os profissionais da área da medicina dentária, nomeadamente, médicos dentistas, para a importância da deteção precoce, diagnóstico, sinalização e denúncia do abuso infantil.

Serão assim abordados temas como indicadores de abuso, fatores de risco, tipologias de abuso, manifestações de lesões orofaciais típicas de abuso e o papel do médico dentista face ao tema.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em artigos científicos e livros, sem limite temporal, com as palavras-chave: maus tratos infantis, abuso infantil, violência doméstica, marcas de mordida, lesões orofaciais.

Dos 45 artigos pesquisados, foram selecionados 29, sendo os critérios de inclusão a disponibilidade do artigo na íntegra, artigos em Língua Portuguesa e/ou Inglesa e a contextualização na temática em causa.

A referida pesquisa foi realizada com auxílio dos motores de busca *MEDLINE/PubMed*, *B-on* e *Science Direct*.

III. Desenvolvimento

1. Fatores de risco e indicadores de abuso

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

Consideram-se indicadores de abuso os sinais (indicadores físicos ou sexuais) e sintomas ou alterações de comportamento (indicadores psicológicos) que quando presentes façam suspeitar da existência de uma situação abusiva. Estes indicadores podem ser muito variados, mas em geral, correspondem às consequências a curto e a médio prazo dos diferentes tipos de abuso (Crespo *et alii.*, 2011).

Os fatores de risco dizem respeito a qualquer tipo de influência(s) que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos. Representam variáveis bio-psico-sociais que, no meio em que ocorrem, podem potenciar alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens. (Leça *et alii.*, 2011).

Segundo Crespo *et al* (2011), estes fatores de risco podem ser divididos em 3 grupos, sendo eles: ordem individual, familiar e sociocultural.

2. Tipologia de abuso infantil

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

Segundo Magalhães (2010), além desta divisão, dependendo do tipo de agressão ou omissão, o abuso infantil pode ser dividido em físico, emocional, negligência e sexual.

2.1 Abuso Físico

O abuso físico pode ser definido como qualquer ação não acidental ou trauma infligido no corpo de uma criança por um dos pais ou cuidador, do qual resulta dano físico com repercussões na saúde, no desenvolvimento e na dignidade da criança. Este tipo de abuso pode ser resultado de um dano ocasional ou de um padrão de comportamento contínuo (Nuzzolese *et alii.*, 2009).

Abuso Físico

Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental (face, periocular, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas);

Síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada);

Alopécia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio;

Lesões provocadas que deixam marca(s) (por exemplo, de fivela, corda, mãos, chicote, régua...);

Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fratura;

Demora ou ausência na procura de cuidados médicos

História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores;

Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, ...);

Alterações graves do estado nutricional

Tabela 1 Alguns sinais, sintomas e indicadores de abuso físico

(Adaptado de Leça *et alii.*, 2011).

2.2 Abuso Emocional

O abuso emocional é definido como a ausência ou incapacidade, persistente ou significativa, ativa ou passiva, dos pais ou responsáveis proporcionarem à criança um ambiente de bem-estar emocional e afetivo, indispensáveis ao seu correto crescimento, desenvolvimento e comportamento (Nunes, 2010).

Abuso Emocional

Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;

Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou héteroagressividade) e/ou automutilação;

Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais;

Perturbações do comportamento alimentar;

Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese);

Comportamento ou ideação suicida.

Tabela 2 Alguns sinais, sintomas e indicadores de abuso emocional,
(Adaptado de Leça *et alii.*, 2011).

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

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

2.3 Abuso Negligência

Entende-se por negligência a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados. Regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma ativa, quando existe intenção de causar dano à vítima, ou passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades (Leça *et alii.*, 2011).

Abuso Negligência

Carência de higiene pessoal

Carência de vestuário e/ou vestuário desadequado

Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília)

Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas

Alterações no correto desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade e socialização)

Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a vigilância e terapêutica programadas)

Intoxicações e acidentes de repetição.

Tabela 3 Alguns sinais, sintomas e indicadores de negligência

(Massoni *et alii.*, 2010).

2.4 Abuso Sexual

O abuso sexual é identificado como qualquer forma de contacto sexual ou tentativa de contato entre uma criança e um cuidador ou outro adulto, para fins de gratificação sexual do mesmo ou para seu benefício financeiro (Lyden, 2009).

Este tipo de abuso engloba quaisquer atos relacionados à atividade sexual (Lyden, 2009), tais como obrigar a criança a presenciar conversas obscenas, espetáculos ou atos de caráter exibicionista, ou tomar conhecimento de objetos pornográficos (Crespo *et alii.*, 2011).

Usar a criança para fotografias, filmes pornográficos, práticas sexuais de relevo como beijos na boca, carícias genitais e nas mamas, obrigação de manipular os órgãos genitais do abusador ou sujeitá-la à realização de coito oral, anal ou vaginal, também constituem atos de abuso sexual (Crespo *et alii.*, 2011).

Abuso Sexual

Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão e infecção).

Presença de esperma no corpo da criança

Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais

Leucorreia persistente ou recorrente

Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal

Lesões no pénis ou região escrotal

Laceração do hímen

Infeções de transmissão sexual

Gravidez

Tabela 4 Alguns sinais, sintomas e indicadores de abuso sexual
(Willumsen, 2004).

É de extrema importância que os Médicos Dentistas sejam detentores da informação necessária, para que cuidadosamente possam avaliar as possíveis situações de risco, bem como, os sinais que indicam a presença de abuso sexual (Tabela 5), mas antes de concluírem acerca da presença ou não deste abuso, devem pedir ajuda a especialistas na área da Medicina Forense (Willumsen, 2004).

Abuso Sexual – Sinais na cavidade oral

Hematomas na face interna do lábio

Contusões

Mordeduras

Lesões no freio labial ou lingual

Eritemas ou petéquias na transição do palato duro ou mole

Tabela 5 Resumo dos sinais de abuso sexual que se manifestam na região orofacial
(Willumsen, 2004).

3. Lesões orofaciais indicadoras de abuso

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

3.1. Mordeduras

Os dentes são considerados ferramentas de corte ou prensão, conseguindo seccionar ou avulsionar tecidos. Em certas ocasiões podem ser utilizados como arma de ataque e de defesa, sendo que neste contexto, os dentes produzem aquilo a que se designa por

mordedura, uma lesão padronizada na pele, causada pelas superfícies incisais e/ou oclusais das peças dentárias (Avon, 2004).

As mordeduras em crianças raramente são acidentais e são excelentes indicadores de abuso infantil. São mais frequentes em situações de abuso sexual mas também podem ser encontradas em casos de abuso físico (Magalhães, 2010).

A análise de mordeduras representa uma contribuição vital da Medicina Dentária para as Ciências Forenses e baseia-se na especialidade e singularidade da dentição humana. O padrão de mordida encontrado na superfície cutânea da vítima é comparado com as características dentárias de um ou mais suspeitos (Avon, 2004).

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

Seguidamente é essencial a diferenciação da idade do agressor, o que pode ser efetuado através do tamanho do arco, ou distância inter-canina (Massoni *et alii.*, 2010). Quando esta distância se encontra entre 2,5cm e 4,5cm suspeita-se que o agressor seja um adulto e conseqüentemente se esteja perante um caso de abuso sexual ou físico (Yadav, 2014).



Figura 1 Exemplo de uma marca de mordida humana

(Adaptado de Odontologia Legal USP, 2017).

Fotografar as marcas de mordida cuidadosamente e com alta definição é outro dos passos muito importantes na fase de pesquisa (Yadav, 2014). As fotografias devem ser tiradas com e sem o auxílio de uma escala milimétrica (régua rígida em forma de L), sendo a mais utilizada a nº2 *American Board of Forensic Odontology* – ABFO (Figura 2), (Nuzzolese *et alii.*, 2009).

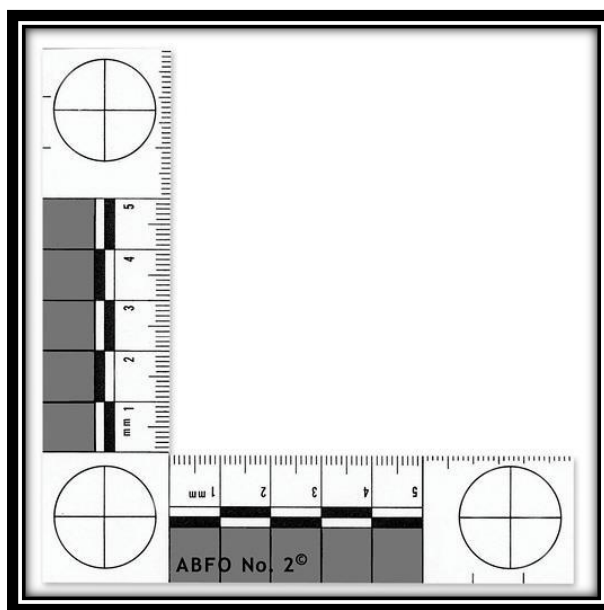


Figura 2 Escala milimétrica nº2 American Board of Forensic Odontology - ABFO
(Adaptado de Nuzzolese *et alii.*, 2009).

Várias fotografias quer da lesão quer ao corpo da vítima devem ser registadas, para que seja possível simular e reproduzir a posição em que a agressão ocorreu e toda a dinâmica dos dentes na superfície agredida. Aconselha-se que as fotografias sejam tiradas a cor e a preto e branco, com a máquina orientada a 90°, ou seja, perpendicular à lesão (Pretty, 2008).

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

3.2. Queimaduras

Uma das formas de punição física é a realização de queimaduras, quer intraorais causadas pela entrada forçada de alimentos quentes, quer extraorais infligidas como forma de abuso físico, tendo em alguns casos graves consequências visto que para além da dor física, provoca danos estéticos permanentes. A recorrência desta prática é comum e a severidade da agressão vai aumentando, pelo que é imprescindível a rapidez de diagnóstico e atuação (Magalhães, 2010).

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

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

Tabela 6 Características da queimadura típica de abuso

(Gondim *et alii.*, 2011).

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

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

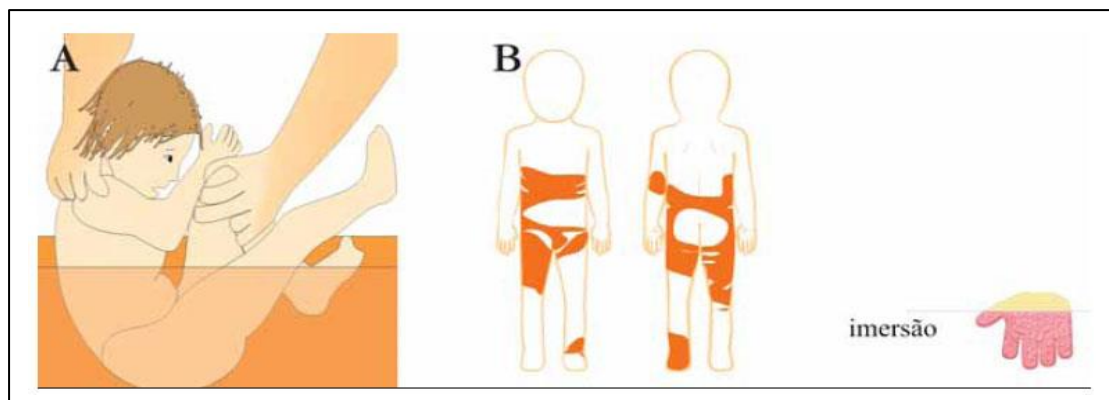


Figura 3 Áreas de queimadura provocadas pela imersão de um líquido quente.

(Adaptado de Kos, Liborka 2006).

Todos estes tipos de queimaduras provocam graves lesões e por essa razão deverão ser devidamente localizadas, passando-se em seguida à análise pormenorizada, recorrendo para isso a um estudo detalhado do tipo de lesão e do local onde se encontra. No entanto, tem que se prestar atenção, que por vezes, o tipo de tratamento da mesma poderá alterar o aspeto da queimadura, e portanto, uma provável alteração no diagnóstico. Para isso, é importante que o Médico Dentista, no momento do diagnóstico e da respetiva avaliação, registe em suporte fotográfico a ocorrência (Toon *et alii.*, 2011).

3.3. Equimoses

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

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

Cor	Evolução
Vermelho – Arroxeadado/roxo	1 dia
Violáceo	2 a 3 dias
Azul esverdeado	3 a 6 dias
Esverdeado	5 a 17 dias
Amarelado	7 a 17 dias ou mais dias

Tabela 7 Espectro colorimétrico da equimose (Adaptado de Magalhães, 2010).

Durante a avaliação destas lesões, o profissional deve ter em atenção que o valor cronológico destas alterações de cor é relativo, visto que vários fatores o podem influenciar como por exemplo a extensão, a localização, o género e a idade da vítima (Magalhães, 2010).

3.4. Lesões de Freio

Nas lesões dos freios labiais e linguais podem ser encontradas equimoses e lacerações típicas de situações de abuso, especialmente no freio labial. Este tipo de lesão é altamente sugestiva de abuso sexual resultante de sexo oral forçado ou de punição física, através de alimentação forçada (Crane, 2013). Também podem ser encontradas lágrimas no freio labial ou lingual, que consistem numa lesão saliente em forma de lágrima, e que quando presentes são altamente sugestivas de abuso físico e/ou sexual (Kos *et alii.*, 2006).

3.5 Traumatismo Dentário

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

No entanto as lesões provocadas intencionalmente assemelham-se a lesões acidentais, pelo que à semelhança das outras manifestações orais, é importante determinar a plausibilidade do relato fornecido associando-o a outras lesões que complementem uma

história abusiva nomeadamente equimoses, mordeduras ou lacerações (Maguire *et alii.*, 2007).

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

Ao longo dos últimos anos foram apresentados vários sistemas para classificar as lesões dentárias, dando-se preferência à classificação apresentada pela OMS e à de Andreasen (Tabela 8). Ambas as classificações podem ser utilizadas, sendo que a de Andreasen descreve mais detalhadamente as características do trauma, em comparação com a que foi proposta pela OMS (Feliciano e Caldas, 2006); (Loomba *et alii.*, 2010).

Classificação de Andreasen	Organização Mundial de Saúde
1. Fratura coronária não complicada (Esmalte e dentina)	1. Fratura de esmalte
2. Fratura coronária complicada (Esmalte, dentina e polpa dentária)	2. Fratura coronária (sem envolvimento da polpa dentária)
3. Fratura corono-radicular não complicada (Esmalte, dentina e cemento)	3. Fratura coronária (com envolvimento da polpa dentária)
4. Fratura corono-radicular complicada (Esmalte, dentina, cemento e polpa dentária)	4. Fratura radicular
5. Fratura radicular (Esmalte, dentina, cemento e polpa dentária)	5. Fratura corono-radicular
6. Concussão (Lesão das estruturas de suporte, sem mobilidade nem deslocamento do dente, reação à percussão)	6. Fratura inespecífica
7. Subluxação (Lesão das estruturas de suporte, mobilidade, sem deslocamento do dente)	7. Luxação

8. Luxação intrusiva (Intrusão - Deslocamento do dente para o interior do osso alveolar)	8. Intrusão ou Extrusão
9. Luxação extrusiva (Deslocamento parcial do dente para fora do alvéolo)	9. Avulsão
10. Luxação lateral (Deslocamento parcial do dente numa direção não axial - mesial ou distal, vestibular ou palatina)	10. Outras lesões como laceração de tecidos moles
11. Avulsão (Deslocamento total do dente para fora do alvéolo)	

Tabela 8 Classificações mais comuns do trauma dentário

(Feliciano e Caldas, 2006 e Loomba *et alii.*, 2010).

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

IV. Discussão

A deficiente formação profissional sobre o abuso é uma lacuna existente entre Médicos Dentistas, tendo em conta que na sua prática clínica, podem, por vezes conseguir detetar casos abusivos ou negligentes em crianças. É essencial que os Médicos Dentistas tenham conhecimento das questões legais que envolvem estes casos e do seu dever de deteção e de sinalização às entidades competentes, bem como aceder aos métodos de diagnóstico possíveis para confirmar suspeitas de abuso (McDonnell *et alii*, 2008). O Médico Dentista está numa situação privilegiada para detetar estas situações uma vez que é na região orofacial que em 50 a 75% das vezes ocorrem lesões características de abuso (Kiran *et alii*, 2011), e também é o profissional de saúde que contacta numa fase inicial com as crianças vitimizadas.

No momento da avaliação das lesões suspeitas, se o relato da história dessa mesma lesão, feito pela vítima ou por terceiros, não for consistente, é de suspeitar estar-se perante um caso de abuso (Magalhães, 2010).

Após essa perceção, o Médico Dentista deverá recolher não só toda a história clínica e médica do paciente, como realizar a anamnese das lesões encontradas através de formulários que registem a história da lesão. É nestes formulários que deve constar o relato feito pela criança e pelos responsáveis ou cuidadores. Se a hora relatada da lesão coincidir com o prazo máximo de 72 h, o Médico Dentista deverá realizar um exame físico imediato, sendo crucial observar e fotografar todas as lesões uma vez que, com o tempo, elas vão cicatrizando e desaparecendo (Magalhães, 2010).

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

Critérios para fotografar e documentar uma lesão
Uma fotografia do rosto para identificação
Três fotografias de cada lesão, com diferentes aproximações (diferentes alcances)
Todas as fotografias devem ter a data, hora, local onde foram realizadas e o nome do fotógrafo/perito
Deve ser usada uma escala de cores (para documentar com fidelidade a representação da cor nas fotografias)
Fotografar sem a régua
Fotografar com régua, usando a escala nº2 da American Abroad of Forensic Odontology (ABFO)
As imagens devem ser guardadas mantendo a ordem em que foram realizadas, em cada uma deve constar o número identificativo do processo

Tabela 9 Critérios para fotografar e documentar uma lesão

(Crespo *et alii.*, 2011).

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

O grande dilema que se coloca no ato da denúncia, é o receio que o diagnóstico não seja fidedigno, o que poderá culminar em graves consequências não só para a personalidade da criança, como para o contexto familiar em que a criança se insere, ou mesmo para o próprio médico (McDonnell e Mackie, 2008).

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

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

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

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

V. Conclusão

Os abusos em crianças são hoje reconhecidos como um grave problema em matéria de saúde pública. É transversal a toda a sociedade, independentemente do género, da idade, da classe social ou da afinidade populacional.

Tendo em conta que a maioria das lesões se localiza na região da cabeça, pescoço e na região orofacial, o Médico Dentista tem um papel determinante, e uma posição mais favorável para detetar sinais e sintomas característicos destes tipos de abusos.

É importante estar atento aos sinais de alarme, os denominados indicadores de abuso, e valorizar os diversos fatores de risco, tendo sempre em atenção a avaliação clínica.

É de extrema importância proporcionar aos Médicos Dentistas formação contínua e adequada na área, para que a identificação dos fatores de riscos e dos indicadores de abuso sejam mais fáceis de detetar e seja possível a realização de um diagnóstico seguro.

Conclui-se assim que, vivemos numa sociedade onde a violência e os maus-tratos subsistem, e por esse motivo, o nosso contributo enquanto profissionais da área da saúde é importante para o desenvolvimento e crescimento de qualquer criança vitimizada.

VI. Bibliografia

1. AAPD-American Academy of Pediatric Dentistry. (2010). Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *American Academy of Pediatric Dentistry*, 36(6), pp. 167-170.
2. Abranches, C., Assis, S. e Pires, T. (2013). Psychological violence and the family context of adolescent users of outpatient services in a public tertiary pediatric hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), pp.2995-3006.
3. Avon SL. Forensic odontology: the roles and responsibilities of the dentist. *J Can Dent Assoc.* 2004 Jul-Aug;70(7):453-458.
4. Cairns, A., Mok, J. e Welbury, R. (2005). Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *International Journal of Paediatric Dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*, 15(5), pp.310-318.
5. Cairns, A., Murphy, M. e Welbury, R. (2004). An overview and pilot study of the dental practitioner's role in child protection. *Child Abuse Review*, 13(1), pp.65-72.
6. Crane, J. (2013). Interpretation of non-genital injuries in sexual assault. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), pp.103-111.
7. Crespo, M. *et alii.* (2011). O papel do médico dentista no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças. *Acta Médica Portuguesa*, 24, pp. 939-948.
8. Dubowitz, H. e Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *The Lancet*, 369(9576), pp.1891-1899.
9. Ermertcan, A. e Ertan, P. (2010). Skin manifestations of child abuse. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 76(4), pp.317-26.
10. Gondim, R., Muñoz, D. e Petri, V. (2011). Violência contra a criança: indicadores dermatológicos e diagnósticos diferenciais. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(3), pp.527-536.
11. Harris, J. (2012). Dental neglect in children. *Paediatrics and Child Health*, 22(11), pp.476-482.
12. Kellogg, N. (2005). Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics*. 116(6), pp. 1565-1568.
13. Kenney, J. (2006). Domestic violence: a complex health care issue for dentistry today. *Forensic Science International*, 159, pp. S121-S125.

14. Kiran, K. e Kamala, B. (2011). Child abuse and the role of a dental professional- the Indian scenario. *Child Abuse & Neglect*, 35(3), pp.157-158.
15. Kos, L. e Shwayder, T. (2006). Cutaneous manifestations of child abuse. *Pediatric Dermatology*, 23(4), pp.311-320.
16. Kumaraswamy, S. *et alii.* (2009). Pediatric injuries in maxillofacial trauma: a 5 year study. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 8(2), pp.150-153.
17. Leça, A. *et alii.* (2011). Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>>. [Consultado em 22/07/2017].
18. Lincoln, H. e Lincoln M. (2010). Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. *Forensic Science International*, 201, pp. 68-73.
19. Loomba, K. *et alii.* (2010). A proposal for classification of tooth fractures based on treatment need. *Journal of Oral Science*, 52(4), pp.517-529.
20. Lyden, C. (2009). Caring for the victim of child abuse in the pediatric intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 28(2), pp. 61-66.
21. Magalhães, T. (2010). *Abuso de Crianças e Jovens. Da suspeita ao diagnóstico*. Lisboa, Lidel Editora.
22. Maguire, S. *et alii.* (2007). Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Archives of Disease in Childhood*, 92(12), pp.1113-1117.
23. Massoni, A. *et alii.* (2010). Orofacial aspects of childhood abuse and dental negligence. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(2), pp. 403-410.
24. Maior, J. *et alii.* (2007). A aplicação da fotografia em marcas de mordida. *International Journal of Dentistry*, 6(1), pp.21-24.
25. McDonnell, S. e Mackie, I. (2008). An urgent referral of a suspected case of child abuse. *British Dental Journal*, 205(11), pp.593-595.
26. Nunes, P. e Raminhos, I. (2010). Maus-tratos infantis - a realidade de um hospital distrital! *Acta Médica Portuguesa*, 23(3), pp. 413-418.
27. Nuzzolese, E. *et alii.* (2009). Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention. *International Journal of Dental Hygiene*, 7(2), pp. 96-101.

28. Santos, J. (2009). *Criterios de valoración del daño corporal. Situación actual*. Madrid, Ediciones Díaz de Santos.
29. Taveira, F. *et alii*. (2009). O abuso sexual intra e extra-familiar. *Acta Médica Portuguesa*, 22(6), pp.759-766.
30. Tipologia dos maus tratos. [Em linha]. Disponível em <<https://sites.google.com/site/maustratos/tipologiadosomesmaustratos>>. [Consultado em 26/07/2017].
31. Toon, M. *et alii*. (2011). Children with burn injuries--assessment of trauma, neglect, violence and abuse. *Journal of Injury & Violence Research*, 3(2), pp.98-110.
32. Willumsen, T. (2004). The impact of childhood sexual abuse on dental fear. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32(1), pp.73-79.
33. Yadav, N. e Srivastava, P. (2014). Bite Marks: An Indispensible Forensic Odontological Evidence in Rape Cases. *Journal of Indian Academy of Forensic Medicine*, 36(3), pp. 303-307.

