

# RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Mestrado integrado em Medicina Dentária

Instituto Universitário Ciências da Saúde

## PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES ORAIS NO DIAGNÓSTICO DE MAUS TRATOS INFANTIS

RELATÓRIO APRESENTADO NO INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Orientador:** Ana Filipa Gomes

**Rita Teixeira Gomes e Silva**

Gandra, Setembro de 2018

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, *Rita Teixeira Gomes e Silva*, estudante do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: **Principais Manifestações Orais no Diagnóstico de Maus Tratos Infantis**.

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

Gandra, Setembro 2018

A Aluna,

*Rita Silva.*

## ACEITAÇÃO DO ORIENTADOR

### DECLARAÇÃO

Eu, *Ana Filipa Gomes*, com a categoria profissional de Monitora Clínica Convidada do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientadora do Relatório Final de Estágio intitulado *Principais Manifestações Oraís no Diagnóstico de Maus Tratos Infantis*, da Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, *Rita Teixeira Gomes e Silva*, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes de obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 14 de Setembro 2018

A Orientadora,

A handwritten signature in blue ink that reads "Ana Filipa Gomes". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, à minha família, Pai, Mãe, Irmã, Salomão e Martim, porque sem o apoio incondicional deles não seria possível o realizar de mais etapa na minha vida académica. Apesar de estarem longe, acreditaram sempre em mim e que eu conseguiria concretizar tudo que ambicionava. Ao Emanuel, por ser um dos pilares da minha vida, por me ajudar a ultrapassar todas as dificuldades que encontrei pelo caminho, por estar sempre lá, no melhor e no pior, por me mostrar que eu sou capaz quando eu própria já não acredito. Pelo carinho, apoio, dedicação nas horas mais difíceis e pelas palavras certas. Assim como aos pais dele e irmã por me recebido como mais uma filha.

À minha binómia, Adriana Nogueira, por me apoiar, ajudar e por fazer com que trabalhássemos sempre como se fôssemos só uma. Obrigada por formarmos uma equipa fantástica e por seres a melhor binómia que poderia ter. À Francisca Ferreira, por todo carinho, compreensão e acima de tudo pelas gargalhadas mais sinceras e genuínas que partilhaste comigo neste último ano. À Tânia Carvalho por estar sempre lá quando precisei e por partilhar o caminho dela comigo.

Aos meus amigos, João Sousa, Flávio Barbosa, João Barrote e Bruno Simões, que fizeram deste último ano letivo o mais especial, tornando-o inesquecível. Obrigada pelos momentos de brincadeira, pela partilha e principalmente pela vossa amizade.

À minha orientadora, Professora Ana Filipa Gomes, pela dedicação, disponibilidade e compreensão ao longo deste período.

Finalmente, quero também agradecer, a todos os membros envolventes do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, que me ajudaram de uma forma ou de outra ao longo do meu percurso académico.

*“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota.”*

**Theodore Roosevelt**

## RESUMO

O abuso infantil ocorre em todas as comunidades, não escolhendo etnias nem religiões. Este pode ser físico, sexual ou negligente. O abuso infantil acontece frequentemente no nosso quotidiano sendo considerado um problema a nível mundial. As complicações consequentes do abuso infantil não ocorrem só no bem-estar físico, mas no emocional, refletindo a integração social das crianças. A importância do médico dentista na deteção e consequente denúncia dos casos de abusos a menores, advém do facto da maior parte das lesões ocorrerem na região da cabeça e pescoço. O principal objetivo deste trabalho é indicar quais os sinais orais e dentários consequentes do abuso, para que os médicos dentistas se sintam capazes em diagnosticar e consequentemente ajudar a suprimir o abuso infantil. Conclui-se que as principais manifestações orais decorrentes do abuso físico são a marca de mordida, equimoses, contusões, lesões do freio, lacerações da língua, dos lábios e da mucosa oral. Já em relação ao abuso sexual, ocorrem também as marcas de mordida, o eritema inexplicável, vesículas com drenagem purulenta, petéquias na junção do palato duro e mole e algumas DST.

**Palavras-chave:** abuso infantil; sinais orais; sinais dentários; medicina dentária;

## ABSTRACT

There is child abuse across all communities, no matters which is the ethnicity or the religion. It can be physical, sexual or negligent. Child abuse occurs every day and is considered a worldwide problem. Even though the complications of child abuse have much more impact in physical well-being, they can also have emotional repercussions that can be dangerous in the children's social integration. The dentist has a crucial role in the detection and consequent denunciation child abuse cases, due the fact that most of the injuries occur in the head and neck region. The main goal of this study is to collect the oral and dental signs resulting from the abuse, so that the dentists can have an important role in the diagnoses and child abuse suppression. This research highlights the main oral manifestations resulting from physical abuse. They are: bite marks, ecchymosis, bruises, injuries in the fraenum of the upper lip, lacerations in the tongue, lips or in the oral mucosa. Regarding sexual abuse, the manifestations are: bite marks, unexplained erythema, vesicles with purulent drainage, petechiae at the junction of the hard and soft palate and some STD.

**Key-words:** child abuse; oral signs; dental signs; oral medicine



# ÍNDICE GERAL

1.INTRODUÇÃO .....	1
2.OBJECTIVO.....	2
3.MATERIAIS E MÉTODOS .....	3
4. ABUSO INFANTIL .....	4
4.1 TIPOS ABUSO.....	5
4.1.1 ABUSO FÍSICO.....	5
4.1.2 ABUSO SEXUAL.....	7
4.1.3 ABUSO EMOCIONAL.....	8
4.1.4 NEGLIGÊNCIA.....	8
4.2 SINAIS ORAIS E DENTÁRIOS NO ABUSO FISICO.....	12
4.2.1 CONTUSÃO.....	13
4.2.2 QUEIMADURAS.....	14
4.2.3 LESÕES DO FREIO .....	14
4.2.4 TRAUMATISMO DENTÁRIO .....	14
4.3 SINAIS ORAIS E DENTÁRIOS NO ABUSO SEXUAL.....	17
4.3.1 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS.....	18
5. MARCAS DE MORDIDA.....	20
6. O PAPEL DO MÉDICO DENTISTA FACE AO ABUSO .....	21
6.1 COMO DENUNCIAR E SINALIZAR?.....	23
7. CONCLUSÃO .....	24
BIBLIOGRAFIA.....	25

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Abuso Físico Infantil: exemplos de possíveis sinais .....	6
<b>Tabela 2-</b> Abuso Físico Infantil: exemplos de possíveis sintomas .....	6
<b>Tabela 3 -</b> Abuso Sexual Infantil: exemplos de possíveis sinais.....	8
<b>Tabela 4 -</b> Abuso Sexual Infantil: exemplos de possíveis sintomas .....	8
<b>Tabela 5 -</b> Abuso Emocional Infantil: exemplos de possíveis sintomas.....	8
<b>Tabela 6 -</b> Negligência: exemplos de possíveis sinais e sintomas .....	12
<b>Tabela 7 -</b> Resultados do estudo Montecchi P.P et al .....	13
<b>Tabela 8 -</b> Classificação de Andreasen .....	15
<b>Tabela 9 -</b> Principais sinais orais e dentários no abuso físico.....	17
<b>Tabela 10 -</b> Principais sinais orais e dentários no abuso sexual.....	19
<b>Tabela 11-</b> Doenças sexualmente transmissíveis encontradas no abuso sexual infantil .....	19

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Ficha preenchimento para registo das manifestações orofaciais dos maus-tratos infantis.....	16
<b>Figura 2</b> - Marca de mordida como sinal de abuso infantil.....	21
<b>Figura 3</b> - Régua nº2 ABFO.....	21

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**EUA** - Estados Unidos da América

**GA** - Grupo Abusados

**GTC** - Grupo Transtorno Comida

**GC** - Grupo Controlo

**DST** - Doenças Sexualmente Transmissíveis

**HPV** - Vírus do Papiloma Humano

**DNA** - Ácido desoxirribonucleico

**ABFO** - American Board of Forensic Odontology

## CAPÍTULO I – Fundamentação Teórica

## 1.INTRODUÇÃO

O abuso de crianças constitui um problema na sociedade, que atravessa todos os estratos sociais, étnicos, religiosos e profissionais.<sup>1,2</sup> Apesar de todas as campanhas de alerta e prevenção contra este tipo de abuso, continua a ser um problema de maior interesse público despertando a atenção entre pediatras, médicos dentistas, psiquiatras, assistentes sociais e patologistas forenses.<sup>1,3</sup>

O abuso infantil é qualquer ato ou ausência deste que resulte em morte, lesão física ou psicológica da criança.<sup>3,4</sup> Podendo assim, o abuso acontecer de diferentes formas, tais como o abuso sexual, físico, psicológico e ainda a negligência.<sup>4-6</sup>

As crianças que sofrem de maus tratos podem estar expostas a múltiplas lesões que se manifestam na cavidade oral podendo ser observadas durante uma consulta de medicina dentária, sendo importante estar atento e conhecer os sinais e sintomas de abuso para poder tomar as medidas necessárias.<sup>7</sup>

Acredita-se que um dos focos centrais do abuso físico é a cavidade oral e estima-se que as lesões da cabeça, do rosto e do pescoço ocorrem em mais de metade dos casos de abuso infantil.<sup>5,8,9</sup> As lesões involuntárias ou acidentais que acontecem na cavidade oral são comuns, sendo necessário distingui-las do abuso. Muitas vezes estas lesões ocorrem dentro da própria casa e o agressor é frequentemente um parente.<sup>10</sup> Para isso deve-se perceber se o histórico e a duração da lesão, são consistentes com as características da mesma. Quando estão presentes múltiplas lesões, lesões em diferentes estádios de cura deve-se suspeitar de abuso.<sup>5,7-9</sup>

Os abusos que ocorrem diariamente são particularmente difíceis de detetar e se não forem interrompidos tornam-se um ciclo vicioso para a vítima. Como mais de 50% das lesões abusivas ocorrem na cabeça, rosto, pescoço e cavidade oral, os médicos dentistas necessitam de estar em alerta para a deteção e denúncia destes casos.<sup>5-11</sup>

A denúncia dos casos de abuso infantil é temida por vários médicos dentistas. Isto porque além de se tratar de crianças que normalmente são incapazes de denunciar este tipo de incidentes de violência, os mesmos têm receio de errar no diagnóstico ou até criar um conflito na relação entre médico dentista/paciente.<sup>5,10,12</sup> Estes fatores contribuem para que os médicos dentistas não se sintam preparados para lidar com o abuso infantil nem

denunciar estes casos. <sup>12</sup> Sendo assim, é importante a familiarização com os diversos aspetos deste problema, para ajudar os profissionais de saúde num correto e precoce diagnóstico. <sup>4</sup> Logo é importante um exame cuidadoso em todos os casos de suspeita de abuso.<sup>8</sup>

## **2.OBJECTIVO**

O objetivo desta revisão narrativa é conhecer as principais manifestações orais em crianças vítimas de maus-tratos e dar a conhecer a importância do papel do médico dentista no diagnóstico e denúncia deste tipo de situações.

### 3.MATERIAIS E MÉTODOS

A análise bibliográfica foi realizada de dezembro 2017 a março de 2018 recorrendo às plataformas científicas: Pubmed, Europe Pmc, Scielo, Science Direct e Google Scholar utilizando as palavras-chave, "child abuse"; "dentistry"; "dental medicine"; "oral medicine"; "oral cavity"; "teeth"; "injure"; "signals"; "implications"; "disease"; "diagnosis". Na escolha da bibliografia, foram selecionados os artigos dos últimos 10 anos (2008 e 2018), os que disponibilizavam texto completo e os realizados em humanos. Após análise e leitura do *abstract*, foram excluídos os que não tinham potencial interesse. Além destes foi selecionado um artigo de 2005, uma vez que apresentava informação relevante para o tema abordado.

Dos resultados obtidos, e obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se um total de 40 artigos.

BASE DADOS	PUBMED	PUBMED	PUBMED	SCIELO	SCIENCEDIRECT	SCIENCEDIRECT	GOOGLE SCHOLAR
PALAVRAS-CHAVE	"child abuse" "dentistry"	"dental medicine" "child abuse" "injure"	"oral cavity "implications" "disease"	"dentistry" "child abuse"	"child abuse" "oral medicine"	"child abuse" "dental medicine" "signals"	"child abuse" "diagnosis" "teeth"
RESULTADOS	524	50	590	9	11401	1019	44000
HUMANOS + 10 ANOS	173	33	230	-	3938	399	12338
RESEARCH ; CASE REPORT BOOK CHAPTERS	-	-	-	-	2200	189	-
POTENCIAL INTERESSE	17	5	2	4	4	4	4
BIBLIOGRAFIA							40

## 4. ABUSO INFANTIL

Toda a população tem direito à vida livre de violência, incluindo as crianças. Apesar disso, continuam a existir milhões de crianças em todo o mundo que são vítimas de violência física, sexual e emocional, sendo este um problema transversal a todas as classes sociais, culturas e religiões.<sup>1,3,6</sup> Este problema causa um impacto não só sobre as características físicas da vítima, mas também na saúde mental, no desenvolvimento cognitivo das mesmas, refletindo-se mais tarde na integração na sociedade.<sup>6</sup>

Existem diferentes definições de “maus-tratos infantis”, a Organização Mundial de Saúde (OMS), defende é considerado abuso infantil, qualquer mau-trato físico, sexual, psicológico, negligente ou exploração que cause qualquer tipo de dano à saúde, desenvolvimento ou dignidade a qualquer pessoa com menos de 18 anos.<sup>13</sup>

A *Child Abuse Prevention and Treatment Act* nos Estados Unidos da América (EUA), defende que abuso infantil é qualquer ato ou ausência deste de que resulte a morte, lesão física ou psicológica grave, exploração, ou risco eminente de lesão grave de uma criança, que seja praticado pelos pais ou outros cuidadores.<sup>3</sup>

Reconhecem-se quatro tipos principais de abuso infantil: o abuso físico; o abuso sexual, o abuso emocional e a negligência<sup>2,3,9</sup>

Como já dito anteriormente, os maus-tratos infantis podem ser referidos como abuso e negligência. O abuso é um ato praticado sobre o menor e a negligência infantil é a omissão por parte do responsável, sendo ambas formas de maus tratos de uma criança. No caso da negligência, esta pode ser considerada como uma falha no atendimento básico de uma criança, tanto a nível físico como emocional.<sup>1,6,9,14</sup>

Normalmente os abusos são praticados por alguém que o abusado conhece e que possa até ser um membro ou amigo da família.<sup>2,10,15</sup> Isto cria a primeira barreira na denúncia por parte de própria criança. Nestes casos, o papel do médico dentista é crucial, visto que a maioria das lesões não acidentais ocorre na cavidade oral, face e cabeça, em conseguir detetar os sinais de abuso, para posteriormente denuncia-los.<sup>6</sup>

## 4.1 TIPOS ABUSO

### 4.1.1 ABUSO FÍSICO

O abuso físico é geralmente definido como qualquer ato físico não-acidental que provoque ferimento à criança. Pode incluir bater, chutar, queimar ou morder a criança, resultando numa disfunção temporária ou permanente da mesma.<sup>16</sup>

A cavidade oral é considerada um foco onde ocorre o abuso físico, devido a estar envolvida na comunicação e nutrição.<sup>7,8</sup> Numa vítima de abuso físico parte das lesões vão-se manifestar na cavidade oral, podendo ser de variadas formas.<sup>9,17</sup> É importante salientar que o médico dentista necessita de estar atento, não só à cavidade oral, mas também a ferimentos perto desta, como a cabeça e pescoço.<sup>17</sup> Os lábios são a zona mais comum para se manifestarem lesões orais decorrentes do abuso.<sup>5,7-9,18</sup> Seguindo-se a mucosa, os dentes, a gengiva e língua.<sup>7</sup>

Em 2010, Cavalcanti, A.<sup>1</sup> publicou um estudo retrospectivo com a análise de relatórios médicos especializados derivados de exames forenses, realizados no departamento de medicina forense da cidade de Campina Grande, Brasil. O objetivo foi avaliar a prevalência das lesões orofaciais em crianças vítimas de abuso físico. A amostra foi de 1070 casos de crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 0 e 17 anos, que foram confirmadas vítimas de abuso físico. Os resultados obtidos pelo autor foram os seguintes:

- Vítimas do sexo masculino (52,8%) e do sexo feminino (47,2%);
- 58,2% das crianças apresentaram um único tipo de lesões;
- 34,3% das crianças tinham dois tipos diferentes de lesões;
- 7,5% das crianças tinham três ou mais tipos de lesões;
- 55,6% das lesões eram localizadas na maxila;
- 35,5% das lesões eram localizadas na mandíbula;
- 9,0% das lesões afetavam ambas as regiões.

De um total de 133 lesões, 94,8% eram lacerações dos tecidos moles, principalmente no lábio superior (46,4%), seguido do lábio inferior (34%) e mucosa oral (19,6%). Nas vítimas com lesões dentárias (5,2%), a fratura coronal esteve presente em todos casos e 84,6% dos casos de traumatismo dentário eram lesões dos incisivos superiores.

As lesões orais também podem ser provocadas com instrumentos usados durante a alimentação e por líquidos quentes, provocando queimaduras e lacerações da língua, lábios e mucosas. Lesões involuntárias são comuns na cavidade oral e devem ser distinguidas das possíveis resultantes do abuso, percebendo-se a história, duração e mecanismo da lesão é compatível com a mesma. <sup>5,7,8</sup>

As principais lesões encontradas são: arranhões, queimaduras na mucosa oral, laceração do lábio, da língua, da mucosa associada ao freio labial, do palato duro ou mole, fratura/avulsão de peças dentárias numa altura não apropriada e marcas de mordida. <sup>7,9,17,19</sup> Além das lesões evidenciadas, as vítimas podem apresentar sinais de abuso: olhos negros, marcas de mão ou objetos (como cintos) e queimaduras de cigarro. <sup>16</sup> O lábio é o local mais afetado, sendo preciso ter em atenção as lacerações, hematomas e cicatrizes nesta zona. <sup>5,7-9,18</sup>

Apesar de normalmente o abuso físico detetar-se através dos sinais observados na vítima, é necessário estar atento aos comportamentos/ações da própria criança, que indiquem um mau ambiente familiar e que possivelmente sofra de abuso físico. Os “sintomas” de abuso físico incluem: uma criança com mudanças bruscas de comportamento, que tem problemas de aprendizagem ou que está sempre atento e desconfiado em relação ao que pode acontecer. <sup>16</sup>

**Tabela 1-** Abuso Físico Infantil: exemplos de possíveis sinais

Arranhões
Queimaduras da mucosa oral
Marcas de objetos e queimaduras de cigarro
Hematomas

**Tabela 2-** Abuso Físico Infantil: exemplos de possíveis sintomas

Mudanças bruscas de comportamento
Problemas de aprendizagem
Criança sempre atenta e desconfiada

#### 4.1.2 ABUSO SEXUAL

O abuso sexual envolve uma criança e um adulto que realizam atividades sexuais com o propósito em satisfazer o último.<sup>2,9</sup> Este tipo de abuso pode incluir contacto corporal, pornografia, tocar/acariciar e até mesmo a penetração.<sup>20</sup>

Apesar da cavidade oral ser um local frequente de abuso sexual em crianças, lesões e infeções são raras.<sup>7,8</sup> No entanto, há alguns sinais que podem indicar a existência de abuso sexual: eritema, úlcera, vesícula com drenagem purulenta e lesões condilomatosas de lábios, língua e palato. Além destes, existe ainda o risco da vítima contrair doenças sexualmente transmissíveis, tais como, a gonorreia, o condiloma e a sífilis. Um dos sinais encontrados frequentemente e que normalmente indiciam abuso sexual, são as petéquias de etiologia desconhecida na cavidade oral e palato resultado de sexo oral forçado.<sup>5,7-9,13</sup>

Apesar do abuso sexual infantil ser um problema sério, ainda é difícil de determinar se este abuso ocorre e com que frequência, isto porque muitas vezes, o abuso sexual ocorre não deixando evidências físicas.<sup>2</sup> Além disso, as crianças têm medo de falar sobre o assunto e grande parte dos casos não são relatados. Os sintomas apresentados por estas crianças são semelhantes aos sintomas da depressão, tornando as crianças ansiosas e nervosas. Normalmente os abusadores são homens que tendem a conhecer a criança, começando por violar a confiança da mesma. O abuso sexual infantil tem fatores de risco associados, tais como, abuso de álcool e drogas, problemas familiares e sociais.<sup>2,15,16</sup>

Quando qualquer tipo de contacto abusivo é detetado, é indicado reencaminhar o abusado para equipas especializadas para realizar os exames necessários, onde normalmente se realizam testes para as doenças sexualmente transmissíveis (Gonorreia, vírus do papiloma humano, clamídia, sífilis, HIV).<sup>8,9</sup> O ideal é fazer a recolha da amostra entre 24-72h após o abuso.<sup>7</sup>

**Tabela 3** - Abuso Sexual Infantil: exemplos de possíveis sinais

Eritema, úlceras, vesícula com drenagem purulenta
Infeções sexualmente transmissíveis
Petéquias na boca e palato
Gravidez
Marcas de mordida

**Tabela 4** - Abuso Sexual Infantil: exemplos de possíveis sintomas

Criança depressiva
Ansiedade
Nervosismo
Desconfiança dos adultos

#### 4.1.3 ABUSO EMOCIONAL

O abuso emocional é um tipo de abuso infantil que pode provocar efeitos adversos graves no bem-estar e no desenvolvimento da criança. Pode existir de várias formas e muitas vezes pode estar associado ao abuso físico.<sup>16</sup> Este tipo de abuso faz com que a criança se sinta inútil, ignorada e humilhada.<sup>20</sup> O abuso emocional é praticado normalmente através de abuso verbal, como por exemplo, incutir nas crianças que elas são um problema. Estes contribuem para a diminuição da sua autoestima.<sup>16</sup> Como este não deixa lesões visíveis, torna-se mais difícil de detetar, dificultando o processo de denúncia.

**Tabela 5** - Abuso Emocional Infantil: exemplos de possíveis sintomas

Criança considera-se inútil, humilhada
Diminuição de autoestima
Não se deixa relacionar facilmente
Comportamentos de revolta

#### 4.1.4 NEGLIGÊNCIA

Tanto o abuso como a negligência são formas de maus tratos para com a criança. A negligência pode ser definida como falha persistente em atender às necessidades físicas

e básicas de uma criança.<sup>2,5,14</sup> Normalmente, considera-se um ato negligente quando há falha por parte de um pai/mãe em fornecer alimentos, roupas, abrigo, cuidados médicos e supervisão, para que estejam reunidas boas condições de saúde, segurança e bem-estar.<sup>2,7,14,16</sup> Situações mais graves, podem originar sérios danos físicos, emocionais e até mesmo a morte.<sup>16</sup>

Segundo a Academia Americana de Odontopediatria, devemos considerar que existe negligência quando há, “falha intencional de um pai/tutor para iniciar ou dar continuidade a um tratamento necessário para garantir um nível de saúde oral e essencial para o funcionamento adequado livre de dor e infecção”<sup>5,7-9,15</sup>

Kvist, T. et al<sup>21</sup> realizaram um estudo na Suécia que incluiu todos os casos de abusos denunciados por médicos entre 2008 e 2014. Dos 147 casos, 82 crianças foram denunciadas uma vez e 29 entre 2 a 5 vezes. O objetivo do estudo foi perceber qual a origem ou motivo dos médicos dentistas ao relataram estes casos. Da totalidade dos casos, 52 foram devido a negligência dentária e 93 devido a deficiências no atendimento (incapacidade de comparecer às consultas). Através deste estudo, foi possível concluir que a negligência dentária e a falha em comparecer às consultas foram as causas mais prováveis para uma possível denúncia.

É de extrema importância conseguir distinguir negligência de carência, e para isso é necessário avaliar todos os parâmetros envolvidos.<sup>5,7,9</sup> Isto porque muitas famílias encontram-se com dificuldades em garantir qualidade de vida aos seus filhos, sendo que por vezes, a falha em procurar aconselhamento médico adequado tem origem em vários fatores: isolamento familiar, falta de dinheiro, dificuldade de transporte e ignorância dos pais.<sup>5,7,9</sup> Devido a isto, o médico dentista deve determinar se os serviços dentários estão prontamente disponíveis e acessíveis à criança. O pai/mãe/tutor é considerado negligente, quando é devidamente informado da condição da criança, do tratamento necessário e do acesso a este, mas não procede com as recomendações.<sup>2,5,7,9</sup> No entanto, convém tomar especial atenção quando há repetidas falhas às consultas, falhas em completar o tratamento planeado e quando o cuidado dentário recomendado oferece benefícios significativos à criança, rejeitando na mesma o acesso a cuidados de saúde, que apesar de estarem disponíveis não são usados.<sup>7,15</sup>

O médico dentista pode observar casos de negligência dentária na sua prática clínica, e em alguns casos, pode ser o primeiro profissional de saúde a entrar em contato com a vítima.<sup>17,22</sup> Assim, é importante estar atento ao aspecto geral da criança, o relacionamento da criança com os pais e a atitude destes.<sup>14</sup> Apesar de ainda ser um desafio diagnosticar a existência de negligência, há sinais orais que podem ser indicadores desta: a má higiene oral, a halitose, as lesões de cárie estendidas a mais de metade dos dentes encontrados na cavidade oral, as infecções recorrentes, abscessos e a doença periodontal.<sup>8,9</sup> Este tipo de condição, se não for tratada, pode levar a dor e/ou futura infecção, afetando a aprendizagem, comunicação e nutrição necessárias para o desenvolvimento normal de uma criança.<sup>5,7-9,23</sup>

Em 2013, Lourenço, C. et al<sup>24</sup>, realizaram um estudo com o objetivo de perceber se a saúde oral das crianças era negligenciada. Numa fase inicial e antes do exame clínico, as crianças foram supervisionadas a realizar a higiene oral. Além da avaliação da cavidade oral, o examinador avaliou também o estado geral da criança (cabelo, unhas, limpeza em geral). Foram selecionadas 149 crianças, onde 67 destas estudavam em creches urbanas e 82 numa área rural. Após o exame clínico, obtiveram os seguintes resultados:

- 32,2% das crianças eram livres de lesão de cárie;
- 16 crianças apresentavam valores elevados de lesão de cárie (> 7);
- 85 crianças apresentavam valores médios de lesão de cárie (1 – 6);
- 48 crianças apresentavam valores baixos de lesão de cárie (0 – 1);
- 15,62% dos dentes tinham indicação para extração;
- 5,5% eram dentes restaurados.

No exame físico referente aos cuidados de higiene, foi verificado que apenas uma criança apresentava cabelo e unhas maltratadas e higiene dentária deficiente. É importante salientar que na cidade onde foi realizado o estudo, a saúde oral era pública e gratuita, sendo possível avaliar com maior precisão a negligência. Os resultados obtidos pelos autores demonstram que existia um maior número de dentes cariados e com indicação de extração do que dentes restaurados. Vários progenitores afirmaram que não levavam a criança ao médico dentista, pois pensavam que não era necessário. Os autores concluíram que existe uma associação entre prevalência em lesões de cárie e fatores de risco sugestivos de negligência.

Um ano mais tarde, em 2014 no México, Requena, M. A et al <sup>25</sup> reportam um caso clínico de uma criança do gênero feminino de 9 anos. A menina tinha sido aconselhada pelo colégio para ir ao médico dentista. O pai informou que a menina estava a viver no colégio interno, estando com o pai aos fim-de-semana. Antes disso, a criança morava com a mãe e a sua alimentação era somente à base de leite, feijões e tortilhas. A paciente pesava 18,5Kg e media 1,20 m (abaixo do esperado para sua idade). Após a análise clínica, observaram múltiplas lesões de cárie de grau variável, abscessos periapicais crônicos, gengivite generalizada, presença de placa bacteriana e má oclusão dentária. Foram iniciadas as consultas, dando tempo para adaptação da paciente para se poder integrar com todo o tipo de tratamentos que iria fazer. No caso referido pelos autores é detetada negligência devido à omissão do atendimento dentário. As anomalias encontradas (mau posicionamento dentário, perda prematura de dentes, lesões cariosas e processos infecciosos) refletiram-se no crescimento e desenvolvimento da menina. Isto porque deixou de se alimentar devido à dor e mau estar na cavidade oral, baixando o desempenho escolar referido pelos professores e pelo próprio pai.

Embora qualquer uma destas condições possa indicar obvia negligência dentária, não se podem considerar isoladamente. Muitas vezes a família não tem conhecimento deste tipo de doenças e das consequências das mesmas, existindo vários fatores que podem desenrolar este tipo de situações: falta de consciência, acesso limitado aos cuidados e até a própria criança mostrar-se relutante ao tratamento. <sup>8,14</sup>

Após o exame feito à criança, deve ser dada uma clara explicação aos pais para que possam ficar esclarecidos dos procedimentos realizados garantindo o conforto da criança durante o tratamento. Após todo este processo, se os pais falharem ou recusarem o tratamento, o caso deve ser relatado à agência apropriada de serviços de proteção à criança. <sup>5,7-9</sup> Quando o médico dentista suspeita que a criança possa ser vítima de negligência, é necessário que sejam feitos registos, notas completas e fotografias se possível. <sup>14,15</sup> Infelizmente, diagnosticar negligência dentária é um desafio, influenciando a relutância em relatar estes casos. <sup>9</sup>

**Tabela 6 - Negligência: exemplos de possíveis sinais e sintomas**

Vestuário descuidado ou inapropriado
Falta higiene
Repetidas falhas às consultas
Deficiência nutricional
Inúmeras lesões de carie

## 4.2 SINAIS ORAIS E DENTÁRIOS NO ABUSO FÍSICO

Para se identificar crianças vítimas de abuso físico, o médico dentista tem que ser capaz de reconhecer as lesões presentes, assim como a possível origem destas. Com isto, é de extrema importância avaliar a história e o local da lesão, para se conseguir distinguir de lesões acidentais. Se a explicação da lesão não coincidir com o quadro clínico, a equipe médica pode iniciar uma suspeita. Por norma, as lesões acidentais envolvem proeminências ósseas e devem estar em sintonia com o desenvolvimento da criança. Portanto, as lesões em tecidos moles ou lesões incomuns para o estágio de desenvolvimento da criança são suspeitas.<sup>23</sup>

Os sinais orais que podem ser indicadores de abuso físico, incluem equimoses, contusões, queimaduras, lacerações da língua, dos lábios, da mucosa oral, do palato, das gengivas e dos freios que podem ter origem em instrumentos utilizados devido a uma alimentação forçada.<sup>5,8,9</sup> É necessário estar mais atento à presença de dentes fraturados, deslocados, avulsionados ou mesmo dentes acinzentados indicadores de necrose pulpar consequente de traumatismo. Na mandíbula e maxila pode haver sinais de fratura, localizados principalmente nos côndilos e no ramo ascendente da mandíbula.<sup>5,7,9,20</sup>

Em 2009, Montecchi, P.P et al<sup>4</sup> realizaram um estudo com um total de 237 crianças do hospital pediátrico de Roma: 52 da unidade de neuropsiquiátria, vítimas de abuso (**GA**); 65 crianças com transtornos relacionados com a comida (**GTC**); 120 crianças sem nenhum sinal ou sintoma aparente (**GC**). Os 3 grupos foram vistos por um médico dentista com um intuito de fazer um check-up. Foi avaliado o nível de placa bacteriana, o sangramento gengival e cariogenicidade. Conclui-se que geralmente o GA foi caracterizado pelas piores condições (sangramento, presença de placa e dentes com lesões de cárie).

**Tabela 7** - Resultados do estudo Montecchi P.P et al

	GA	GTC	GC
Sangramento gengival (espontâneo)	4.26%	1.64%	0%
Presença de placa bacteriana nível 3 (cobre mais de 2/3 da coroa dentária)	10%	5%	<1%
Dentes caridados	1.4	0.8	0.3

Os autores concluíram que os resultados indicam que o GA parece ser caracterizado por piores condições, confirmando de que os pais negligenciam os seus filhos. O sangramento gengival é o mais alto neste grupo, tanto o espontâneo como o provocado significando inflamação gengival. Os resultados confirmaram que a negligencia e a exposição da criança à violência contribuiu para a falta de higiene oral e para o difícil acesso a tratamentos.

É importante prestar atenção aos ferimentos que podem envolver outras partes do corpo, especialmente lesões encontradas perto da cavidade oral (hemorragia retiniana e subconjuntival, descolamento da retina, hematoma periorbital, contusões e fratura nasal) que podem ser evidencias de abuso. <sup>9</sup>

Além de todas as lesões indicadas anteriormente, uma que também poderá estar presente, é a marca de mordida. A característica distintiva de uma mordida é uma lesão oval, elíptica ou semicircular. Os dentes são frequentemente usados em situações que envolvem uma luta, seja como instrumento de agressão ou como método defensivo. <sup>17</sup>

Através de uma criança vítima de maus tratos, pode-se observar os sinais orais, mas também os sintomas do abuso que se traduzem em sentimentos ou ações. A criança mostra mudanças repentinas no comportamento, tem problemas de aprendizagem, está reticente em estar perto de uma pessoa em particular e pode mesmo divulgar maus tratos. <sup>16</sup>

#### 4.2.1 CONTUSÃO

A contusão é uma lesão que ocorre nos tecidos moles e normalmente é gerada pelo impacto mecânico de um agente externo sobre uma parte do corpo. Futuramente a contusão vai originar a equimose, que por sua vez, é uma lesão superficial consequente da

ruptura de um ou mais vasos sanguíneos. As equimoses costumam encontrar-se frequentemente nas crianças sem estarem associadas propriamente ao abuso, mas podem estar presentes como consequência de lesões não acidentais. As equimoses são classificadas através da sua cor que é associada ao tempo de cicatrização. Há variação de cor, desde vermelha a amarelo-acastanhado (altura do seu desaparecimento). Tanto a contusão como a equimose podem ser indicadores de abuso infantil, se estiverem localizadas principalmente nos braços, mãos, orelhas, pescoço, coxas.<sup>26,27</sup>

#### 4.2.2 QUEIMADURAS

As queimaduras são mais um dos indicadores possíveis de abuso infantil. Normalmente estão associadas à ingestão de alimentos quentes, mas também podem ser provocadas pela colocação direta do calor sobre as mucosas, como cigarros e isqueiros. As oriundas dos cigarros são muito frequentes como resultado de um castigo. As queimaduras não acidentais normalmente são simétricas, profundas e com as margens bem delimitadas e costumam encontrar-se na região intra-oral mas também nos pés, órgãos genitais e pernas, enquanto que as acidentais localizam-se nos braços e tronco.<sup>9,26,28</sup>

#### 4.2.3 LESÕES DO FREIO

As lesões do freio, labiais ou línguas normalmente estão associadas a lacerações, causadas pelo sexo oral ou alimentação forçada. É possível encontrar lesões em forma de lágrima no freio labial e/ou lingual e que quando estão presentes são extremamente significativas de abuso físico e/ou sexual.<sup>18,29</sup>

#### 4.2.4 TRAUMATISMO DENTÁRIO

O traumatismo dentário é talvez dos sinais mais difíceis de detetar visto que, em crianças é muito comum acontecer. Nas situações de abuso os traumatismos acontecem

devido a forças exercidas sobre as crianças, originando fraturas, avulsão ou até mesmo intrusão das próprias peças dentárias.<sup>9</sup>

O traumatismo dentário, pode acontecer de duas formas diferentes. Quando o trauma é diretamente no dente, resulta em fratura dos dentes anteriores, mas quando é indireto as fraturas já ocorrem nos dentes posteriores.<sup>30</sup>

Como os traumatismos dentários são bastante recorrentes em pacientes pediátricos, foram feitas várias classificações, sendo que das mais usadas foi realizada por Andreasen et al.<sup>31,32</sup>

É importante salientar que o médico dentista tem que estar informado e deverá ter o cuidado de realizar um diagnóstico diferencial de lesões intencionais ou acidentais da região orofacial.<sup>7</sup> Para auxiliar o registo da lesão, assim como a história, o tempo e o mecanismo associado a este é necessário existir uma ficha de preenchimento que facilite o registo detalhado da situação.

**Tabela 8** - Classificação de Andreasen (2009, Sanabe M, Cavalcante L, Coldebella C, et al)

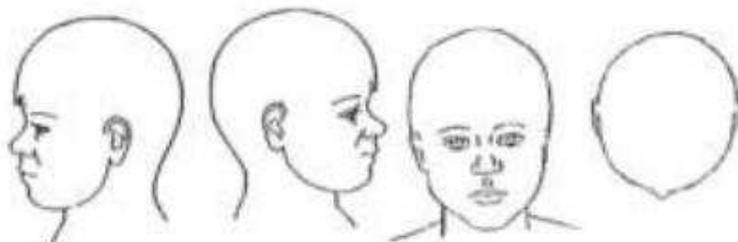
<b>Fratura coronária não complicada</b> – envolve esmalte e dentina
<b>Fratura coronária complicada</b> – envolve esmalte, dentina e polpa
<b>Fratura corono-radicular não complicada</b> – envolve esmalte, dentina e cimento
<b>Fratura corono-radicular complicada</b> – envolve esmalte, dentina, cimento e polpa
<b>Fratura radicular</b> – envolve esmalte, dentina, cimento e polpa
<b>Concussão</b> - Lesão das estruturas de suporte, sem mobilidade nem deslocamento do dente, mas há reação à percussão
<b>Subluxação</b> - Lesão das estruturas de suporte, com mobilidade e sem deslocamento do dente
<b>Luxação intrusiva</b> – Há deslocamento do dente para o interior do osso alveolar
<b>Luxação extrusiva</b> – Há deslocamento do dente para fora do alvéolo
<b>Luxação lateral</b> – Há deslocamento parcial do dente na direção mesial ou distal, vestibular ou lingual
<b>Avulsão</b> – Há deslocamento total do dente para fora do alvéolo

**Figura 1** - Ficha preenchimento para registo das manifestações orofaciais dos maus-tratos infantis.  
(Adaptado de 2005, A.M. Cairns et al)

1. Data Nascimento:
2. Sexo: M ( ) F ( )
3. Data e hora da agressão: .../.../... ; .../.../...
4. Data e hora da apresentação: .../.../... ; .../.../...
5. Nome do possível suspeito e mecanismo da lesão:
6. Local da agressão:
7. Sinais de agressão orofacial:

<i>TIPO LESÃO</i>	SIM	NÃO	CABEÇA	FACE	PESCOÇO
<i>Hematoma</i>					
<i>Abrasões</i>					
<i>Lacerações</i>					
<i>Queimaduras</i>					
<i>Marcas Mordida</i>					
<i>Fraturas</i>					
<i>Lesões olho</i>					
<i>Laceração freio lingual</i>					
<i>Laceração freio labial</i>					
<i>Trauma palato</i>					
<i>Trauma Dentário</i>					

8. Ilustração da lesão:



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

**Tabela 9** - Principais sinais orais e dentários no abuso físico

Contusões
Queimaduras
Laceração língua e/ou lábio
Dentes fraturados, avulsionados ou deslocados
Sinais fratura nos côndilos
Marca de mordida

#### 4.3 SINAIS ORAIS E DENTÁRIOS NO ABUSO SEXUAL

O abuso sexual infantil pode incluir, sexo oral, pornografia, relações sexuais e carícias.<sup>16</sup> A cavidade oral é um local frequente de abuso em crianças, mas lesões orais ou infeções visíveis, são consideravelmente raras.<sup>5,7-9</sup> Deve ser sempre realizado um exame físico completo para que o examinador possa procurar sinais de abuso físico e sexual, onde as duas formas de abuso podem surgir juntas.<sup>16</sup> As áreas afetadas quando associadas ao abuso sexual são: a cavidade oral, a garganta, o pênis, o ânus e a vagina.<sup>16,25</sup> Direcionado o foco para a cavidade oral, os possíveis sinais clínicos podem ser, as petéquias na junção do palato duro e mole, herpes oral, eritema inexplicável e mordidas humanas.<sup>7,13</sup> Além destes, é também possível encontrar, lesões condilomatosas nos lábios, língua e nariz.<sup>9</sup>

O abuso sexual coloca as vítimas em risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis.<sup>33</sup> Estas manifestam-se de forma variada, sendo os seus agentes etiológicos mais comuns transmitidos através do contacto sexual: o Papiloma Vírus Humano, o *Treponema pallidum*, a *Chlamydia trachomatis*, a *Neisseria gonorrhoeae*, Vírus da Imunodeficiência Humana e o Vírus herpes simplex. Quando este tipo de doenças se manifesta numa criança poderá evidenciar o abuso sexual.

#### 4.3.1 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A gonorreia é uma infecção bacteriana frequente, causada pela *Neisseria gonorrhoeae*. É uma das doenças mais comuns de transmissão sexual encontradas em crianças vítimas de abuso. Clinicamente a gonorreia apresenta-se com eritema, úlcera e lesões pseudomembranosas em algumas áreas como lábios, língua, palato e nariz-faringe.

9,34

O Condiloma acuminado, causado pelo HPV, pode ser frequentemente encontrado como uma única ou várias lesões, verrugas orais ou periorais, com aspeto de couve-flor.<sup>9,34</sup> Apesar de poder ser um indicador de abuso sexual, o modo de transmissão deste vírus parece discutível, visto que, pode ser transmitido verticalmente da mãe para o bebé durante o nascimento.<sup>5,7</sup>

A sífilis é menos frequente nas crianças, mas pode ser confirmada a sua presença através de um teste positivo do *Treponema pallidum*. Esta bactéria pode ser transmitida através de beijos, sexo oral ou qualquer outro contacto íntimo chamando-se sífilis adquirida ou então através da placenta da mãe para o bebé denominando-se sífilis congénita.<sup>9,35</sup> A sífilis apresenta duas fases clínicas, a precoce e a tardia, onde a precoce incluiu a fase primária e secundária e na tardia a terciária. A fase primária, incide-se principalmente na língua, palato mole, lábios e gengiva com úlceras endurecidas e indolores. Na fase secundária, há a formação de múltiplas placas já sintomáticas, cobertas por membranas brancas, e normalmente encontram-se no palato mole, língua e mucosa vestibular. Finalmente a fase terciária, que é rara, as lesões são duras e de forma irregular e podem aparecer junto ao palato duro, mole, língua, lábios e amígdalas.<sup>35,36</sup>

Para além de todas as doenças sexualmente transmitidas sexualmente já referidas, existe ainda, a gengivoestomatite herpética. Resulta em ulcerações orais graves e é causada através do herpes simples tipo 1. Por norma, a vítima apresenta mau estar, dificuldade em comer e beber, tornando os tecidos gengivais vermelhos e edematosos, com formação de vesículas que acabam por se tornar em úlceras dolorosas na mucosa oral e em redor dos lábios (as úlceras normalmente cicatrizam espontaneamente entre 10-14 dias).<sup>37</sup>

Assim, quando o médico dentista suspeita de contato oral-genital, recomenda-se o encaminhamento para clínicas e equipas especializadas, para realizar exames específicos.<sup>5,7</sup>

A precisão para diagnosticar infecções sexualmente transmissíveis da cavidade oral é aumentada se as evidências forem coletadas dentro de 24-72h. <sup>5,7</sup> São realizados exames de sangue para ajudar a determinar o tratamento. Sempre que for possível, o médico dentista deve fotografar e registrar o que foi observado. <sup>16</sup>

Todas as suspeitas de abuso de crianças, devem ser relatados aos serviços de proteção à criança. A avaliação multidisciplinar do abuso infantil para a criança e a família deve ser iniciada.<sup>7</sup>

**Tabela 10** - Principais sinais orais e dentários no abuso sexual

Petéquias no palato duro e mole
Herpes oral
Eritema inexplicável
Lesões condilomatosas nos lábios e língua
Doenças sexualmente transmissíveis

**Tabela 11**- Doenças sexualmente transmissíveis encontradas no abuso sexual infantil

Gonorreia
Sífilis
Gengivoestomatite herpética
Papiloma Vírus Humano

## 5. MARCAS DE MORDIDA

As marcas de mordida numa criança são geralmente associadas a abuso físico e/ou sexual.<sup>5,7-9</sup> Como estão associadas tanto ao abuso físico como ao sexual, achou-se por bem abordar mais o tema.

Segundo o Conselho Americano de Odontologia Forense, a marca de mordida pode ser definida como: “uma lesão na pele causada pelo contato dos dentes (com ou sem a impressão do lábio e/ou língua) que mostra o “padrão” da estrutura da cavidade oral”.<sup>17</sup>

A característica distintiva de uma mordida é uma lesão oval, elíptica ou semicircular e pode ser encontrada na vítima e também no agressor como tentativa da pessoa atacada de se defender. A cavidade oral e os dentes são frequentemente usados como instrumento de agressão, ou como método defensivo pela pessoa agredida. Normalmente as marcas de mordida não acidentais são ovais ou circulares, o tamanho varia entre 2.5 e 4.5cm e podem localizar-se nos ombros, pescoço e braços.<sup>9,17,22</sup>

Inicialmente é necessário identificar se a mordida é humana ou animal. As mordidas realizadas pelos animais tendem a rasgar a carne, enquanto as mordidas humanas comprimem a carne e podem causar escoriações, contusões e lacerações, mas raramente avulsões de tecido.<sup>8,9</sup>

Após a identificação da mesma é necessário diferenciar a idade do agressor, o que pode ser efetuado através da distância inter-canina. Se a distância inter-canina da mordida for superior a 3 cm devemos suspeitar de um individuo adulto e conseqüentemente de abuso físico e/ou sexual.<sup>5,7-9</sup>

O ideal é fotografar as marcas de mordida. As fotografias devem ser tiradas com e sem o auxílio de uma escala milimétrica (régua rígida em forma de L), a mais utilizada é a nº2 – ABFO (Figura 1).<sup>7-9,22</sup>

O tamanho, contorno e cor da marca de mordida devem ser avaliados por um médico dentista forense ou um patologista forense, onde posteriormente irá realizar uma impressão de polivinil siloxano, para ajudar a recolher toda a informação presente, assim como, amostras de saliva se presentes. Como o DNA está presente nas células epiteliais da cavidade oral, este pode ser depositado nas mordidas, devendo ser coletado usando a

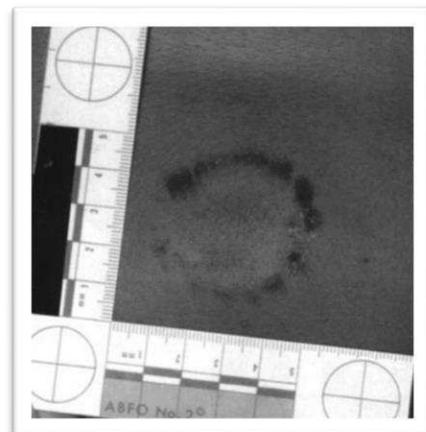
técnica de duplo *swab* (primeiro usando um cotonete estéril humedecido em água destilada para limpar a área, secar e colocar num tubo ensaio, depois, um segundo cotonete estéril e seco limpa a mesma área e depois é seco e colocado num tubo de ensaio). Estas amostras serão enviadas para um laboratório forense. <sup>5,7,8</sup>

A análise da mordida é fundamental na possível identificação do agressor. Através desta análise é possível fazer uma avaliação dentária e de DNA. Uma vez que o médico dentista tenha sido informado da suspeita, será da sua responsabilidade informar as autoridades responsáveis. <sup>17</sup> As marcas de mordida nem sempre são circulares ou ovais, a forma da lesão pode variar dependendo do local da lesão, da forma da dentição, bem como a posição e movimento da vítima durante o incidente. O reconhecimento, análise e identificação de uma lesão de marca de mordida é desafiador e requer especial investigação e não deve ser realizado por médicos dentistas sem experiência forense. Os casos de abuso são geralmente direcionados por Especialistas em Pediatria em Medicina Forense. <sup>22,38</sup>

Portanto, para a identificação e recolha de evidências clínicas seria sempre útil recorrer a um aconselhamento de um médico dentista forense. <sup>8,9</sup>



**Figura 2-** Marca de mordida como sinal de abuso infantil (2009,Nuzzolese E, Lepore M, Montagna F, et al)



**Figura 3-** Régua nº2 ABFO (2009,Nuzzolese E, Lepore M, Montagna F, et al)

## 6. O PAPEL DO MÉDICO DENTISTA FACE AO ABUSO

A consulta médico-dentária pode ser a única oportunidade para interromper o abuso, uma vez que o agressor não vê o médico-dentista como uma ameaça, devido a achar que o profissional está limitado a apenas tratar os dentes.<sup>3,39</sup> O papel do médico dentista é crucial, porque quando existe abuso infantil, os abusadores evitam dirigir-se às unidades de saúde para não serem descobertos, acabando por se dirigirem à clínica dentária, com o objetivo de resolver os ferimentos para não levantar suspeitas. Tudo isto proporciona ao médico dentista uma posição privilegiada para a deteção de situações de abuso e sua sinalização junto das autoridades competentes.<sup>3</sup>

É fundamental conseguir detetar para poder denunciar, posto isto, importa estar atento relativamente à informação verbal e não verbal transmitida ao profissional. Para conseguir estabelecer um correto diagnóstico, não se deve basear numa só evidência, mas sim, na conjugação de várias.<sup>3,15</sup>

McDonnell, S. T. 1 and Mackie, I. C.<sup>40</sup>, em 2008 relataram um caso clínico de uma mãe que alegou que a filha tinha uma unha cravada na gengiva e que teria sido realizado pelo pai da criança. Após os autores recolherem a história social da menina perceberam que os pais da criança estavam separados há cinco meses, e que a menina não tinha contacto com o pai nesses últimos meses. Depois de realizarem o exame clínico perceberam que o disco tinha uma superfície inferior côncava permitindo aderir-se às gengivas por efeito de sucção. Esse disco assemelhava-se a uma lantejola e que pode ter vindo de uma peça de roupa. Nenhum abuso foi suspeitado. Este caso realça a importância de um correto diagnóstico, não só clínico como toda a historia envolvente referente ao paciente para evitar erros desnecessários.

Mas quando um caso é confirmado, convém descrever todas as notas suspeitas e se possível, fotografar as lesões, assim como uma nota de qualquer comportamento incomum da criança ou dos pais. Quando o caso é encaminhado, a equipa deve informar a família do seguimento do processo. Depois disto, a família irá ser avaliada e receberá apoio se assim for necessário e só se a criança estiver em perigo será retirada da casa de família. Após o encaminhamento formal o envolvimento do médico dentista pode terminar aqui ou então pode ser solicitado a fornecer mais evidências.<sup>19</sup>

Devido a isto, consegue perceber-se que é de extrema importância os médicos-dentistas estarem cientes das lesões dentárias, se a história é coerente com o mecanismo de lesão ou com a anatomia resultante. Em conclusão, os médicos-dentistas devem combinar de maneira útil os conhecimentos teóricos com a prática clínica, para confirmar casos suspeitos de lesões devido a abuso. <sup>11</sup>

## 6.1 COMO DENUNCIAR E SINALIZAR?

Em Portugal, o abuso infantil é considerado um crime de natureza pública e 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. O abuso também deve ser sinalizado à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens da área de residência da criança, tendo como objetivo promover a intervenção de promoção e proteção. Em suma, a denúncia pode ser feita ao Ministério Público, Tribunal da residência ou aos serviços médico-legais, pode ser feita de várias formas conforme a situação (fax, telefonicamente ou pessoalmente). <sup>3</sup>

Tanto o médico dentista, como qualquer outro profissional de saúde, é obrigado por lei a denunciar uma suspeita de abuso.

Após a denúncia do caso há 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 realização deste exame tem como objetivo preservar vestígios do abuso e produzir a prova científica do crime cometido. As lesões são registadas através de fotografias, exames imagiológicos e da sua descrição pormenorizada no relatório pericial. <sup>3,15,39</sup>

Posto isto, o médico dentista deve conhecer as leis do estado atual, com o intuito de relatar o abuso de acordo com a lei. <sup>39</sup>

## 7. CONCLUSÃO

O abuso infantil é um assunto sério e de grande preocupação para a nossa sociedade, mas ainda assim muitos dos casos não são denunciados. Como grande parte das lesões associadas ao abuso infantil se manifestam na cavidade oral, cabe ao médico dentista reconhecer e interpretar os possíveis sinais de abuso, não só na cavidade oral, mas na saúde em geral.

As principais manifestações orais quando o abuso físico ocorre são, as equimoses, contusões, lacerações da língua, dos lábios e da mucosa oral, lesões do freio e ainda os traumatismos dentários. Nos lábios podem aparecer hematomas, cicatrizes, queimaduras e equimoses. Em relação ao abuso sexual normalmente encontra-se, eritema inexplicável, vesículas com drenagem purulenta, petéquias na junção do palato duro e mole e algumas DST. Convém realçar que um dos sinais mais frequentes tanto no abuso físico como no sexual é a marca de mordida, precisando ter especial atenção quando presente.

O profissional de saúde deve recolher toda a informação possível sobre as lesões e historial da criança para posterior denúncia com o único objetivo de proteger o menor. Nos dias de hoje ainda há receio por parte do médico dentista em denunciar estes casos, principalmente devido a um incorreto diagnóstico, sendo de extrema importância a formação nesta área, para que se façam diagnósticos consistentes e seguros.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents - a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dent Traumatol* 2010; 26: 149–153.
2. Dougall A, Fiske J. Surviving child sexual abuse: the relevance to dental practice. *Dent Update* 2009; 36: 294–296, 298–300, 303–304.
3. Crespo M, Andrade D, Alves AL-S, et al. The dentist's role in the child abuse: diagnosis and report. *Acta Med Port* 2011; 24: 939–48.
4. Montecchi PP, Di Trani M, Sarzi Amadè D, et al. The dentist's role in recognizing childhood abuses: study on the dental health of children victims of abuse and witnesses to violence. *Eur J Paediatr Dent* 2009; 10: 185–187.
5. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent* 2004; 26: 63–6.
6. Azevedo MS, Goettems ML, Brito A, et al. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res* 2012; 26: 5–11.
7. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics* 2017; 140: e20171487.
8. Kellogg N. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics* 2005; 116: 1565–1568.
9. Costacurta M, Benavoli D, Arcudi G, et al. Oral and dental signs of child abuse and neglect. *Oral Implantol (Rome)* 2015; 8: 68–73.
10. Al-Amad SH, Awad MA, Al-Farsi LH, et al. Reporting child abuse cases by dentists working in the United Arab Emirates (UAE). *J Forensic Leg Med* 2016; 40: 12–15.
11. Lincoln HS, Lincoln MJ. Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. *Forensic Sci Int* 2010; 201: 68–73.
12. Chadwick BL, Davies J, Bhatia SK, et al. Summary of: Child protection: Training and experiences of dental therapists. *Br Dent J* 2009; 207: 130–131.
13. Fierro MC, Salazar SE, Ruiz SL, et al. Maltrato Infantil: Actitud y Conocimiento de Odontólogos en Concepción, Chile. *Int J Odontostomat* 2012; 6: 105–110.
14. Balmer R, Gibson E, Harris J. Understanding child neglect. Current perspectives in dentistry. *Prim Dent Care* 2010; 17: 105–109.
15. Cairns AM, Welbury RR. The role of the dental team in child protection--a review. *Scott Med J* 2009; 54: 37–40.
16. DuPre DP, Sites J. *Types of Child Abuse*. Epub ahead of print 2015. DOI: 10.1016/B978-0-12-802327-3.00003-5.

17. E Nuzzolese, M M Lepore, I Cukovic-Bagic<sup>1</sup> FM, Vella and G Di. Forensic sciences and forensic odontology: issues for dental hygienists and therapists. *Int Dent J* 2009; 59: 5–11.
18. Maguire S, Hunter B, Hunter L, et al. Diagnosing abuse: A systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Arch Dis Child* 2007; 92: 1113–1117.
19. Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *Int J Paediatr Dent* 2005; 15: 310–318.
20. Hinchliffe J. Forensic odontology, part 5. Child abuse issues. *Br Dent J* 2011; 210: 423–428.
21. Kvist T, Coccozza M, Annerbäck EM, et al. Child maltreatment – prevalence and characteristics of mandatory reports from dental professionals to the social services. *Int J Paediatr Dent* 2017; 27: 3–10.
22. Nuzzolese E, Lepore M, Montagna F, et al. Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention. *Int J Dent Hyg* 2009; 7: 96–101.
23. Park CM, Welbury R. Current and historical involvement of dentistry in child protection and a glimpse of the future. *Oral Dis* 2016; 22: 605–608.
24. Lourenço CB, Vieira M, Saintrain DL, et al. Child , neglect and oral health. *BMC Pediatr* 2013; 13: 188–195.
25. Mendoza AR, Leticia N, Bermeo R, et al. Afectación de la Salud Oral en Niños que Padecen Maltrato Infantil : Reporte de Caso. *Int J Odontostomatol* 2014; 8: 167–173.
26. Gondim RMF, Muñoz DR, Petri V. Violência contra a criança: Indicadores dermatológicos e diagnósticos diferenciais. *An Bras Dermatol* 2011; 86: 527–536.
27. Skellern C, Donald T. Suspicious childhood injury: Formulation of forensic opinion. *J Paediatr Child Health* 2011; 47: 771–775.
28. Toon MH, Maybauer DM, Arceneaux LL, et al. Children with burn injuries--assessment of trauma, neglect, violence and abuse. *J Inj Violence Res* 2011; 3: 98–110.
29. Swerdlin A, Berkowitz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: 371–392.
30. Santos A, Javier. Criterios de valoración del daño corporal. 2009; 180.
31. Sanabe M, Cavalcante L, Coldebella C, et al. Urgências em traumatismos dentários : classificação , características e procedimentos. *Rev Paul Pediatr* 2009; 27: 447–451.
32. Loomba K, Loomba A, Bains R, et al. A proposal for classification of tooth fractures based on treatment need. *J Oral Sci* 2010; 52: 517–529.
33. Williams HN, Letson MM, Tscholl JJ. Sexually Transmitted Infections in Child Abuse. *Clin Pediatr Emerg Med* 2016; 17: 264–273.
34. Massoni ACLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, et al. Orofacial aspects of childhood abuse and dental negligence. *Cienc e Saude Coletiva* 2010; 15: 403–410.

35. Ficarra G, Carlos R. Syphilis: The renaissance of an old disease with oral implications. *Head Neck Pathol* 2009; 3: 195–206.
36. Viñals-Iglesias H, Chimenos-Küstner E. The reappearance of a forgotten disease in the oral cavity: Syphilis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 14: 416–420.
37. Aldred MJ, Cameron AC, Georgiou A. *Paediatric oral medicine, oral pathology and radiology*. Fourth Edi. Elsevier Ltd. Epub ahead of print 2013. DOI: 10.1016/B978-0-7234-3695-9.00010-9.
38. Weeratna JB. Are they dermatological lesions, bottle top burns or bite mark injuries? *J Forensic Odontostomatol* 2014; 32: 1–8.
39. Solano VR, Latina U, Rica DC, et al. Dental management in children who have been victims of sexual abuse. 2017; 29–36.
40. McDonnell ST, MacKie IC. An urgent referral of a suspected case of child abuse. *Br Dent J* 2008; 205: 593–595.

## CAPÍTULO II – Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado

## 1. Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária foi realizado na Clínica Nova Saúde, no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, em Gandra-Paredes, num espaço temporal de 5h semanais: quinta-feira das 19H00 às 24H00, entre o dia 11 de setembro a 15 junho 2018, dando um total de 280horas de trabalho. Este foi supervisionado pela Professora Doutora Filomena Salazar e pela Professora Doutora Cristina Coelho, onde conseguimos aplicar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo dos 5 anos.

Os atos realizados no Estágio em Clínica Geral Dentária estão discriminados na seguinte tabela:

Ato Clínico	Operadora	Assistente	Total
Dentisteria	9	8	17
Exodontias	3	4	7
Periodontologia	1	5	6
Endodontia	2	0	2
Outros	1	1	2
<b>Total</b>			34

## 2. Estágio em Clínica Hospitalar

O Estágio em Clínica Hospitalar foi realizado no Hospital Padre Américo Vale do Sousa, sediado em Guilhufe – Penafiel, no período compreendido entre 11 de Setembro a 15 de junho, com uma carga semanal de 3,5h (14H00-17H30 às quintas-feiras), perfazendo um total de 196 horas, sob a supervisão do Mestre Gonçalo Castilho. O fato de termos a possibilidade de poder atuar em meio hospitalar, onde lidamos com pacientes com as necessidades mais complexas, como, limitações físicas/cognitivas, doenças sistémicas e

mesmo pacientes polimedicados, tornou-se uma mais valia para este estágio. Isto porque, permitiu ao aluno aplicar a componente Médico-Dentária, preparando-o para conseguir agir da melhor forma, nas mais diversas situações clínicas.

Os atos realizados no Estágio Hospitalar encontram-se discriminados na seguinte tabela:

Ato Clínico	Operadora	Assistente	Total
Dentisteria	32	27	59
Exodontias	24	23	47
Periodontologia	13	17	30
Endodontia	6	2	8
Outros	6	6	12
<b>Total</b>			<b>156</b>

### 3. Estágio em Saúde Oral e Comunitária

O Estágio em Saúde Oral e Comunitária, tinha como carga horária semanal de 3,5h (9H-12H30 de terça-feira), com uma duração total de 196h, sob a supervisão do Professor Doutor Paulo Rompante. Inicialmente foi realizado um plano de atividades com objetivo, de esclarecer o conceito de Saúde Oral, adquirir a motivação para a higiene oral e também o esclarecimento de dúvidas existentes sobre este tema. Tudo isto foi realizado aos grupos abrangidos pelo PNPSO (Plano Nacional de Promoção Saúde Oral).

Posto isto, foi realizado um cronograma com o plano de atividades para se poder aplicar o que até agora se tinha definido, junto dos grupos abrangentes do PNPSO, procedendo-se à visita da Escola de Cabeda, do agrupamento de Alfena, concelho de Valongo.

Além das atividades definidas no cronograma, procedeu-se a um levantamento de dados epidemiológicos, com o auxílio de inquéritos da OMS (Organização Mundial de Saúde) a um total de 178 crianças entre os 3 e os 12 anos.

As atividades realizadas no Estágio em Saúde Oral e Comunitária encontram-se na seguinte tabela referenciando que estas foram executadas pelo quadrinómio (Adriana Nogueira, 19766-Rita Silva, 19947-Ana Francisca Conceição, 21823-Tânia Carvalho, 19816):

MÊS	DIA	LOCALIZAÇÃO	ATIVIDADE
JANEIRO	30	EB1 CABEDA	-Aprovação do cronograma -Verificar condições para realizar a escovagem dentária
FEVEREIRO	6	EB1 CABEDA	<b>REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES</b> -Atividade didática com dentinhos de madeira ilustrados, para educar para uma boa saúde oral
	13	PAUSA LETIVA	<b>CARNAVAL</b>
	20	EB1 CABEDA	<b>REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES</b> -Atividade didática com imagem de uma boca imprimida numa mica, ilustrada com bactérias para ser demonstrada a vantagem de uma escovagem diária.
	27		-Implementação e acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar. -Levantamento de dados epidemiológicos. <b>(23 alunos)</b>
MARÇO	6	EB1 CABEDA	<b>REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES</b> -Atividade didática com imagem de uma boca imprimida numa mica, ilustrada com bactérias para ser demonstrada a vantagem de uma escovagem diária.
			<b>REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES</b>

MARÇO	13	EB1 CABEDA	-Atividade didática com dentinhos de madeira ilustrados, para educar para uma boa saúde oral
	20		-Implementação e acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar. -Levantamento de dados epidemiológicos. <b>(20 alunos)</b>
	26	IUCS	FÉRIAS DA PÁSCOA
ABRIL	6	IUCS	FÉRIAS DA PÁSCOA
	10	EB1 CABEDA	<b>REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES</b> -Atividade didática com dentinhos de madeira ilustrados, para educar para uma boa saúde oral
	17		<b>REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES</b> -Atividade didática com jogo de tabuleiro para educar para uma boa saúde oral
	24		-Implementação e acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar. -Levantamento de dados epidemiológicos. <b>(25 alunos)</b>
MAIO	1	PAUSA LETIVA	FERIADO
	6		QUEIMA DAS FITAS
	15	EB1 CABEDA	<b>REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES</b> -Atividade didática com jogo de tabuleiro para educar para uma boa saúde oral -Implementação e acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar. -Levantamento de dados epidemiológicos. <b>(23 alunos)</b>
	22		-Acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar.

MAIO	29	EB1 CABEDA	REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES - Reunir os alunos para visualizarem um vídeo educativo sobre a boca e os dentes, da coleção "Era uma vez o Corpo Humano"
------	----	------------	--