



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Sinais intra e extraorais de abuso em crianças: implicação forense em odontopediatra

Clara Eva Benhamou

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

—

Gandra, maio de 2023

Clara Eva Benhamou

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

**Sinais intra e extraorais de abuso em crianças: implicação forense
em odontopediatra**

Trabalho realizado sob a Orientação de
Professora Doutora Ana Paula Vilela Lobo

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

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

Agradecimentos

Tout d'abord je tiens à remercier mes parents de m'avoir guidée et conseillée tout au long de ma vie, d'avoir mis tout en œuvre pour me permettre d'exercer le métier que j'avais choisi et de m'avoir accompagnée et soutenue à chaque moment de ma vie et plus particulièrement durant ces 5 ans. Merci à eux pour leur aide permanente, leur temps, leur soutien indéfectible, leurs sacrifices, leur amour et leurs encouragements sans lesquels tout cela n'aurait été possible. Ils sont pour moi une source d'inspiration et de motivation dans la vie et j'espère sincèrement suivre leur exemple de réussite à tous les deux et les rendre fiers.

A toi Jeremy, merci d'avoir donné une tout autre dimension à cette aventure. Merci de m'avoir autant fait grandir, de m'avoir accompagnée à chaque instant et d'avoir rendu chaque moment plus beau. Je te remercie pour ton soutien sans faille, ton amour, tes précieux conseils, ta patience et tes encouragements.

A mes frères et sœurs, Ilane et Johanna, et à leurs époux Shirel et Raphael, merci à vous pour nos appels, nos rires, votre soutien et vos nombreuses visites.

A mes amis, de France et du Portugal sans qui cette aventure n'aurait pas eu la même saveur. A mon binôme Marius qui m'a accompagnée depuis la première année dans le travail comme dans les rires. A Sylvia, Manu, Iris, Emma, Romy, Esther, Lauranne, Yannis, merci pour ces si beaux moments.

Quero agradecer a minha orientadora, Professora Doutora Ana Paula Vilela Lobo, que me orientou ao longo desta dissertação e que me fez partilhar os seus sábios conselhos. Agradeço-lha também para a sua amabilidade e a sua permanente disponibilidade.

Quero agradecer a universidade do CESPU, e o professor Moreira, por me ter dado esta oportunidade de ter acesso nesta formação, e todo o corpo docente do CESPU, que me permitiu de aprender os diferentes aspetos desta profissão.

Poster das jornadas do IUCS



Sinais intra e extraorais de maus-tratos em crianças: implicação do médico dentista na deteção

¹Benhamou C., ²Baptista S., ³Lobo AP.

¹Alunos do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do IUCS-CESPU

²Monitória Clínica do IUCS-CESPU

³Professora Auxiliar do IUCS-CESPU

Introdução: Abuso e os maus-tratos são classificados como ativos ou passivos. Os maus-tratos ativos são caracterizados pelo abuso físico, emocional, sexual, ou exploração infantil. Os maus-tratos passivos, têm em conta, a noção de negligência geral, psicológica e física. Inclui, também, o conceito de negligência dentária.

Objetivo: Definir diferentes sinais intraorais e extraorais de maus-tratos em crianças e como o médico dentista os pode detetar no contexto da consulta de medicina dentária.

Resultados: Nas pesquisas foram identificados 281 estudos, dos quais 21 foram considerados relevantes para este estudo que cumpriam os critérios de elegibilidade.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, nas bases de dados PubMed, Scielo e EBSCO com as palavras-chave: *“child abuse”, “pediatric dentistry”, “diagnosis”, “STD”, “Forensic dentistry”, “Forensic odontology”* e incluiu artigos entre 2013 e 2023 em inglês, e português.

Discussão:

Fig 1. Tipos de maus-tratos

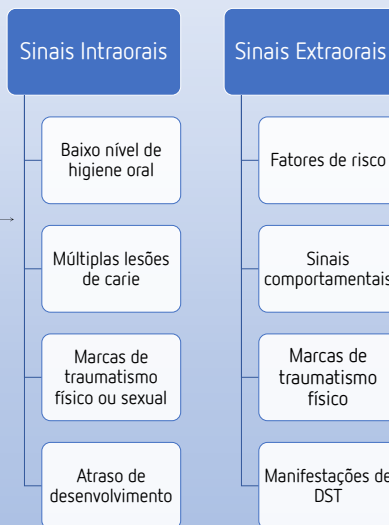
Maus-tratos Ativos

- Abuso físico
- Emocional
- Sexual
- Exploração infantil

Maus-tratos Passivos

- Negligência geral
- Negligência psicológica
- Negligência física
- Negligência dentária

Fig 2. Classificação dos diferentes sinais de abuso



Conclusão: Os médicos dentistas não têm por rotina fazer relatórios no caso de suspeita de maus-tratos, por falta de formação e incerteza quanto aos sinais ou por medo de repercussões sobre a criança. É, então, crucial a formação sobre este problema de saúde pública de forma a detetar e diagnosticar corretamente, e o mais cedo possível, casos de maus-tratos.

Referências Bibliográficas

1. Patrício A, Kandián T, Wehby R. Can child safeguarding training be improved? Evidence of a multidisciplinary audit. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2020 Dec; 17(6):679-85.
2. Kaid T, Cozzano M, Azevedo EM, Dahlhoff G. Child maltreatment - prevalence and characteristics of mandatory reports from dental professionals to the social services. *Int J Paediatr Dent*. 2017 Jan; 17(1):7-10.
3. Requeima Mendonça A, Leticia Robles Bermejo N, Lara Carrillo E, Alfractación CE. Afectación de la Salud Oral en Niños que Padecieron Maltrato Infantil: Reporte de Caso Impacto of Oral Health in Children with Child Abuse. *J Case Report*. Vol. 8, No. 1. October 2016.
4. Nagano Y, Kase Y, Kogoshima A, Saitoh I, Nakajima T, Takahashi H, et al. Dental caries prevalence and treatment level of neglected children at two child guidance centers. *Pediatric Dental Journal*. 2017 Dec; 12(5):131-43.
5. Aydinoglu S, Arslan I. An analysis of the presence of siblings risk factors for dental neglect and oral health status in children? *Archives de Pediatrie*. 2017 Feb; 128(2):123-8.
6. George N, Chakraborty C, Ganga NK, Anja KC. Indian paediatric dentists' knowledge, experience and attitudes regarding child physical abuse. *Int Dent J*. 2020 Apr; 17(2):195-9.
7. Al-Baklan B, Newkirk FT, Alshakhsheer K. Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect. *Saudi Dental Journal*. 2019;26(3):179-87.
8. Harris DA, Wehby R, Carrillo ML. The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. *Br Dent J*. 2013 May; 117(4):48.
9. Kise T, Wakidani A, Nagai K, Dahlhoff G. The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry. *Eur J Oral Sci*. 2014;122(5):332-8.
10. Lelover, Roger C, Durancic J, Kogoshima A, M, Driscoll, J, Bani, B, Popov, V, et al. Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect. *Int J Paediatr Dent*. 2015 Nov; 12(5):444-50.
11. Shigeki MC, Anderson DR, Lutz R. Assessment of a Home Module for Training Dental Students in Child Abuse Recognition and Reporting. *J Paediatr Dent*. 2014 Aug; 16(8):1761-75.
12. Cavalcanti AFR, da Costa SBR, Goncalves-Ribeiro M, Cavalcanti AL. Mandibular injuries in Brazilian children and adolescents: victims of physical violence - a single forensic center analysis. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Imagi*. 2020;20(1)-10.
13. Fisher-Chaves, SA, Lakshmi, J, Rao, Tara A. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect [Internet]. Available from: <http://dx.doi.org/10.4103/0974-2075.201748>
14. Parkash V, Soodhara N, Nandan A, Verma A, Nizawa H, Yasuaki K, et al. Establishment of indicator for screening of child abuse and neglect in primary school-age children. *Eur J Paediatr Dent*. 2022;24(4):395-20.
15. Silveira Smith H, de Lencastre I, de Vries T. Association Between Severe Dental Caries and Child Abuse and Neglect. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2017 Nov; 175(11):2304-8.
16. Oliveira SC, Gray CE, Van den Weijden CA. What is the cause of palatal lesions? A case report. *Int J Dent Hyg*. 2013 Nov; 16(4):356-9.
17. Cohen PE, Miller DM. Pediatric-occlusal pathology in the pediatric Report of presymptomatic dental hygiene development of the oral care. *Int J Paediatr Dent*. 2013.
18. Shaheen T. Letter to the Editor. *Severe Dental Abuse: Perspective from Editor-in-Chief [Internet]*. Vol. 45, Issue 1. Public Health. 2016. Available from: <http://jgh.ims.ac.ir>
19. Perceval ACC, Casanova M, Cavallini MM, Cunha RP, Perceval C. Condylar asymmetry in the tongue and palate of a sexually abused child: A case report. *BMJ Case Reports*. 2014 Jul; 12(7):1.
20. Pacheco Viquez DS, de Al, Soares Frezza DS, de, Evaristo Chaves DS, de, Estimation of the Chronological Age Through the Methods of Densinjan and Liberman in Peruvian Children. *Albany J Biol Biomed*. 2014; 10(1):1-5.
21. Alkandady Y, Kaid T, Lee WM, Nishikawa RP, Simão S, Speichr SC, et al. Hospital based emergency department visits attributed to child physical abuse in United States: Predictors of in-hospital mortality. *PLoS One*. 2016 Jun; 11(6):1-8.
22. Sumari SA, Alkandady YK, Alkandady R, Alkandady MM, Alkandady LH, Khanam T, et al. Childhood Sexual Violence Against Boys: A Study in 3 Countries. *Vol. 132, PEDIATRICS*. 2016.
23. Levin H, Saranga C, Casey TP, Lim R. Fracture and Nonaccidental Injury A Case Report of a Lateral Condylar Fracture in a 13 Month Old ILLUSTRATIVE CASE. *Pediatric Emergency Care - [Internet]*. 2016;32(12). Available from: <http://www.e-cmcase.com>
24. Shoukri M, Al-Khatib F, Thaw A, Madyara S, Najmeh Levin A V. Traumatic maxillar retrostichis in infants and children. *Journal of APOS*. 2018 Dec; 12(16):433-437a2.
25. Hyatt RP, Ross SC, Amigo-Garcia V, Muckel M, Wekes R, Haney SE, et al. An analysis of physicians' diagnostic reasoning regarding pediatric abusive head trauma. *Child Abuse Negl*. 2022 Jul; 112(9).
26. Datta S, Saha P, Aggarwal K, Jain VK. Acquired syphilis in children: A retrospective study over two-and-a-half decades in a tertiary care center in northern India. *Pediatr Dermatol*. 2020 Mar; 137(2):211-5.

Resumo

Introdução: O abuso e os maus-tratos são classificados como ativos ou passivos. Os maus-tratos ativos são caracterizados pelo abuso físico, emocional, sexual, ou exploração infantil. Os maus-tratos passivos, têm em conta, a noção de negligência geral, psicológica e física. Inclui, também, o conceito de negligência dentária.

Objetivo: Estudar os diferentes sinais intraorais e extraorais de maus-tratos em crianças e como o médico dentista os pode detetar no contexto da consulta odontopediátrica.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, nas bases de dados PubMed, Scielo e EBSCO com as palavras-chave: "*child abuse*", "*pediatric dentistry*", "*diagnosis*", "*STD*", "*Forensic dentistry*", "*Forensic odontology*" e incluiu artigos entre 2013 e 2023 em inglês, e português.

Resultados: Nas pesquisas foram identificados 281 estudos, dos quais 21 foram considerados relevantes para este estudo visto que cumpriam os critérios de elegibilidade.

Discussão: Os sinais intraorais compreendem um baixo nível de higiene oral, numerosas lesões de cáries ou de outro tipo de patologia oral, marcas de traumatismo físico ou sexual na cavidade oral. Os sinais extraorais compreendem fatores de risco, sinais comportamentais, marcas de abuso físico e manifestações de doenças sexualmente transmissíveis.

Conclusão: Os médicos dentistas não têm por rotina fazer relatórios no caso de suspeita de maus-tratos, por falta de formação e incerteza quanto aos sinais ou por medo de repercussões sobre a criança. É, então, crucial a formação sobre este problema de saúde pública de forma a detetar e diagnosticar corretamente e o mais cedo possível casos de maus-tratos.

Abstract

Introduction: Abuse and maltreatment is classified as either active or passive. Active maltreatment is characterised by physical, emotional, sexual abuse or exploitation of children. Passive maltreatments are dealing with the notion of general, psychological and physical neglect. It also includes the concept of dental neglect.

Objective: To see what are the different intraoral and extraoral signs of child maltreatment, abuse and neglect are and how the dentist can detect them in the context of a dental appointment.

Materials and methods: A literature search was conducted, in the PubMed, Scielo and EBSCO databases with the keywords: "child abuse", "pediatric dentistry", "diagnosis", "STD", "Forensic dentistry", "Forensic odontology" and included articles between 2013 and 2023 in English, and Portuguese.

Results: In the searches 281 studies were identified, of which 21 were considered relevant that for this study that met the eligibility criteria.

Discussion: Intraoral signs include a poor level of oral hygiene, abundance of caries or other types of oral pathologies, the marks of physical or sexual trauma inside the mouth. Extraoral signs include risk factors, behavioural signs, physical abuse marks and manifestations of sexually transmitted diseases.

Conclusion: Dentists do not often report suspicious cases because of a lack of knowledge about the signs or fear of repercussions on the child. It is therefore important to be well informed about this public health problem in order to detect as early as possible and with certainty the cases of maltreatment.

ÍNDICE GERAL

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	OBJETIVO	1
3.	MATERIAIS E MÉTODOS	2
3.1.	PROTOCOLO E REGISTO	2
3.2.	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	2
3.3.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	1
3.4.	FONTES DE INFORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....	2
3.5.	ESTRATÉGIA DE PESQUISA	2
3.6.	SELEÇÃO DOS ESTUDOS	3
4.	RESULTADOS	4
4.1.	SELEÇÃO DE ESTUDOS	4
5.	DISCUSSÃO	16
5.1.	SINAIS INTRAORAIS.....	16
5.1.1.	<i>Lesões de Cárie, sinal de negligência</i>	16
5.1.2.	<i>Marcas de abuso físico</i>	17
5.1.3.	<i>Manifestações orais de doenças sexualmente transmissíveis</i>	19
5.1.4.	<i>Atraso de desenvolvimento</i>	21
5.2.	SINAIS EXTRAORAIS	21
5.2.1.	<i>Fatores de risco</i>	21
5.2.2.	<i>Sinais psicológicos, comportamentais</i>	23
5.2.3.	<i>Marcas de traumatismo físico</i>	24
5.2.4.	<i>Marcas de mordida</i>	27
5.2.5.	<i>Criança infetada com doenças sexualmente transmissíveis</i>	28
6.	LIMITAÇÕES	29
7.	CONCLUSÃO	31
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
9.	ANEXOS	34

Índice de figuras

Figura 1 - FLUXOGRAMA PRISMA	5
Figura 2 - Tipos de estudos	6
Figura 3 - Ano de publicação dos estudos	6
Figura 4 - Tipos de maus-tratos	7
Figura 5 - Tipos de sinais de maus-tratos	7
Figura 6 - As diferentes manifestações orais de doenças sexualmente transmissíveis (imagem cedida pela Doutora Vitória de Santo Antão).....	20
Figura 7 - Condiloma acuminata (Imagem cedida pela a Doutora Mariana Villaroel Dorrego).....	20
Figura 8 - Distribuição socioeconômica das áreas de origem dos relatórios de maus-tratos	22
Figura 9 - Esquema das diferentes áreas suspeitas de hematomas.....	27
Figura 10 - Erupção maculopapular, sintoma de sífilis (Imagem cedida pela Doutora Marbelys Hernandez)	28
Figura 11 - Modo de transmissão da sífilis em crianças.....	29

Índice de tabela

Tabela 1 - Estratégia PICos	1
Tabela 2 – Critérios de inclusão e exclusão	1
Tabela 3 - Tabela de resultados.....	8

Índice de anexos

Anexo 1 - Autorização de uso de imagem

Anexo 2 - Autorização de uso de imagem..... 34

Anexo 3 - Autorização de uso de imagem..... 34

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

OMS: Organização mundial da saúde

DST: Doença sexualmente transmissível

HPV: Papiloma vírus humano

OPT: Ortopantomografia

AHT: Traumatismo abusivo da cabeça (Abusive head trauma)

NAI: Ferida não acidental (Non-accidental injury)

VIH: Vírus de imunodeficiência humana

SE: Socioeconómico

1. Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o abuso infantil caracteriza-se por: *“Violência e negligência de qualquer pessoa com idade inferior a 18 anos. Inclui todas as formas de abuso físico e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outra, resultando em danos reais ou potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder.”*¹. A OMS, também, refere que, 1 mulher em cada 5 e 1 homem em cada 13 relatam que já sofreram de abuso sexual durante a infância, e segundo o estudo de Patrick e al., entre 1 e 2 crianças morrem por semana devido a negligência ou abuso.¹ A negligência é a forma mais comum de abuso infantil, que também pode ser sob a forma de violência física, psicológica, ou abuso sexual. Isto pode ter consequências muito negativas no desenvolvimento da criança, a qualidade de vida, a alimentação, o sono, o crescimento e afetar gravemente a sua saúde e desenvolvimento oral ou geral.² Os maus-tratos infantis são considerados pela OMS um problema de saúde pública, na verdade, têm consequências psicológicas e físicas na criança e têm repercussões económicas e sociais na família e na comunidade. Na realidade, o abuso de crianças não é só um incidente pontual, mas é um processo condicionado pelos fatores sociais, familiares, ambientais e da criança, que atuam de forma ativa e dinâmica e podem convergir numa mesma família e num determinado momento.³ O abuso e os maus-tratos são classificados em diferentes categorias: os ativos e os passivos. Os maus-tratos ativos são caracterizados pelo abuso físico (danos e traumatismos corporais), emocional (violência verbal, assédio, submissão, dominação, abuso pedagógico), sexual, abuso ou exploração infantil. Os maus-tratos passivos, por sua vez, têm em conta, a noção de negligência, que consiste na ausência da devida atenção, cuidado ou vigilância a uma situação ou pessoa, tendo consequências negativas para a pessoa em causa. No contexto de maus-tratos passivos, inclui-se a negligência psicológica (falta de afeto e/ou contato físico, indiferença) e física (as necessidades físicas primárias não são atendidas). Ainda inclui o conceito de negligência dentária que é definido pelo facto dos pais não fornecerem os cuidados dentários necessários à criança, apesar da sua disponibilidade, ou não seguirem o tratamento adequado para garantir o nível adequado de saúde oral da criança³⁻⁵. O médico dentista deve, então, estar muito atento para detetar sinais que possam mostrar uma situação de negligência tanto no comportamento da criança, na condição física dela, assim como no exame dentário

propriamente dito. Com efeito, vários estudos demonstram que o médico dentista está numa posição particular para identificar os sinais e sintomas de abuso infantil, sabendo que este tem um contato regular com a criança e a sua família, isto permite ao médico dentista ver a situação psicológica e física da criança e dos pais ^{1,6-8}. Esta posição é ainda mais especial, sendo que, segundo vários artigos, as crianças que sofrem de abuso apresentam marcas que estão presentes na região craniofacial em 50 a 75% dos casos, e também apresentam uma pobre saúde geral e oral com patologias dentárias ou dos tecidos moles da cavidade oral ^{1,7,9-12}. O médico dentista tem, definitivamente, um papel fundamental no reconhecimento de abuso e maus-tratos a crianças e tem o dever de relatar um caso de negligência ou abuso se for o caso. De seguida serão analisados quais são os sinais, quer sejam intraorais ou extraorais, que podem guiar o médico dentista a suspeitar um caso de maus-tratos, abuso ou negligência.

2. Objetivo

O objetivo desta revisão sistemática é estudar os diferentes sinais intraorais e extraorais de maus-tratos em crianças e de que forma o médico dentista os pode detetar no contexto da consulta odontopediátrica.

3. Materiais e métodos

3.1. Protocolo e registo

O protocolo de revisão utilizado foi descrito nas recomendações PRISMA (*PRISMA statement*) recorrendo à *checklist* e fluxograma PRISMA consultados em 16-03-2023.

3.2. Critérios de elegibilidade

Estruturou-se a questão de investigação de acordo com a estratégia PICOS (Tabela 1), estabelecendo-se, assim, os critérios primários de inclusão dos estudos. Foi definido um período de 10 anos de inclusão dos estudos (2013-2023).

Tabela 1 - Estratégia PICos

P	População	Crianças
I	Interesse	Negligência, abuso, abuso sexual, identificação destes fenómenos pelo médico dentista
C	Contexto	Lesões intraorais e extraorais e observação do comportamento que podem ser identificados como sinais e sintomas de abuso numa consulta dentária, formação do médico dentista, frequência de registo deste fenómeno.

Diante disso, definiu-se a seguinte questão de investigação:

“Existem sinais Intra e Extraorais que possam ajudar o médico dentista a detetar abusos ou maus-tratos em crianças durante uma consulta de odontopediatria?”

3.3. Critérios de inclusão

Tabela 2 – Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Estudos que foram realizados num período de 10 anos, entre 2013 e 2023	Estudos que foram realizados fora dum período de 10 anos, antes de 2013
Case reports, cross-sectional studies, Randomized Controlled Trial, Analises retrospectivas, Clinical Guideline, Questionários eletrónicos ou entrevistas, Grupos de discussão, Analise retrospectiva Coorte, Estudo de população, estudo observacional e transversal, análises comparativas, caso controle.	Reviews, systematic reviews
Artigos publicados em inglês, francês, português	Artigos em outro idioma

Estudos realizados em seres humanos	Estudos realizados em animais
Estudos que fornecem informações sobre tipos de maus-tratos, formação dos médicos dentistas, sinais de maus-tratos	Artigos que tratam de outros temas.

3.4. Fontes de informação e estratégia de pesquisa

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, Scielo e EBSCO. Foram analisados artigos publicados em idioma inglês, francês e português entre 2013 e 2023. A pesquisa utilizou palavras-chave relacionadas com o tema em questão. As estratégias de pesquisa estão descritas na Tabela 3.

3.5. Estratégia de pesquisa

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, Scielo e EBSCO com as palavras-chave: "*child abuse*", "*pediatric dentistry*", "*diagnosis*", "*STD*", "*Forensic dentistry*", "*Forensic odontology*"

As estratégias de pesquisa detalhadas foram as seguintes:

#1- ((child abuse) AND (pediatric dentistry) AND (diagnosis))

#2- ((Child abuse) AND (STD))

#3- ((pediatric dentistry) AND (child abuse))

#4- ((Forensic dentistry) AND (child))

#5- ((child abuse) AND (forensic odontology))

Tabela 3- Estratégia de busca e bases de dados utilizados

Base de dado	Palavras-chaves	Artigos encontrados sem aplicação de filtros	Artigos encontrados após aplicação de filtros	Artigos selecionados
PubMed	((child abuse) AND (pediatric dentistry) AND (diagnosis)) ((child abuse) AND (STD))	266	78	18
Scielo	((pediatric dentistry) AND (child abuse)) ((Forensic dentistry) AND (child))	4	4	3
EBSCO	((child abuse) AND (forensic odontology))	14	8	0

3.6. Seleção dos estudos

Etapa I- Foram realizadas pesquisas utilizando diferentes combinações de palavras-chaves, nas seguintes bases de dados: PubMed, Scielo, EBSCO, nas quais se procuraram artigos dentro dum limite temporal de 10 anos, entre os anos 2013 e 2023. Os artigos duplicados (que se encontravam em mais do que uma base de dados e repetidos dentro da mesma base de dados) foram eliminados. Foi realizada uma avaliação preliminar dos títulos e resumos de forma a identificar os artigos que não responderam ao nosso objetivo de estudo. Desta forma, os artigos que não cumpriam critérios de inclusão foram excluídos.

Etapa II- Os estudos potencialmente elegíveis, que respeitam os critérios de inclusão, foram lidos na íntegra e avaliados quanto a sua elegibilidade.

Etapa III- A avaliação completa dos artigos foi concluída. De seguida, foi elaborada uma tabela com os dados extraídos.

4. Resultados

4.1. Seleção de estudos

Etapa I- Resultados da base de dados

A pesquisa bibliográfica identificou um total de 284 artigos. Após a remoção dos duplicados, ficaram 281 artigos que após leitura dos títulos e resumos foram reduzidos a 23 artigos. 258 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão e por não proporcionarem informação relevante, tendo em conta o objetivo deste trabalho.

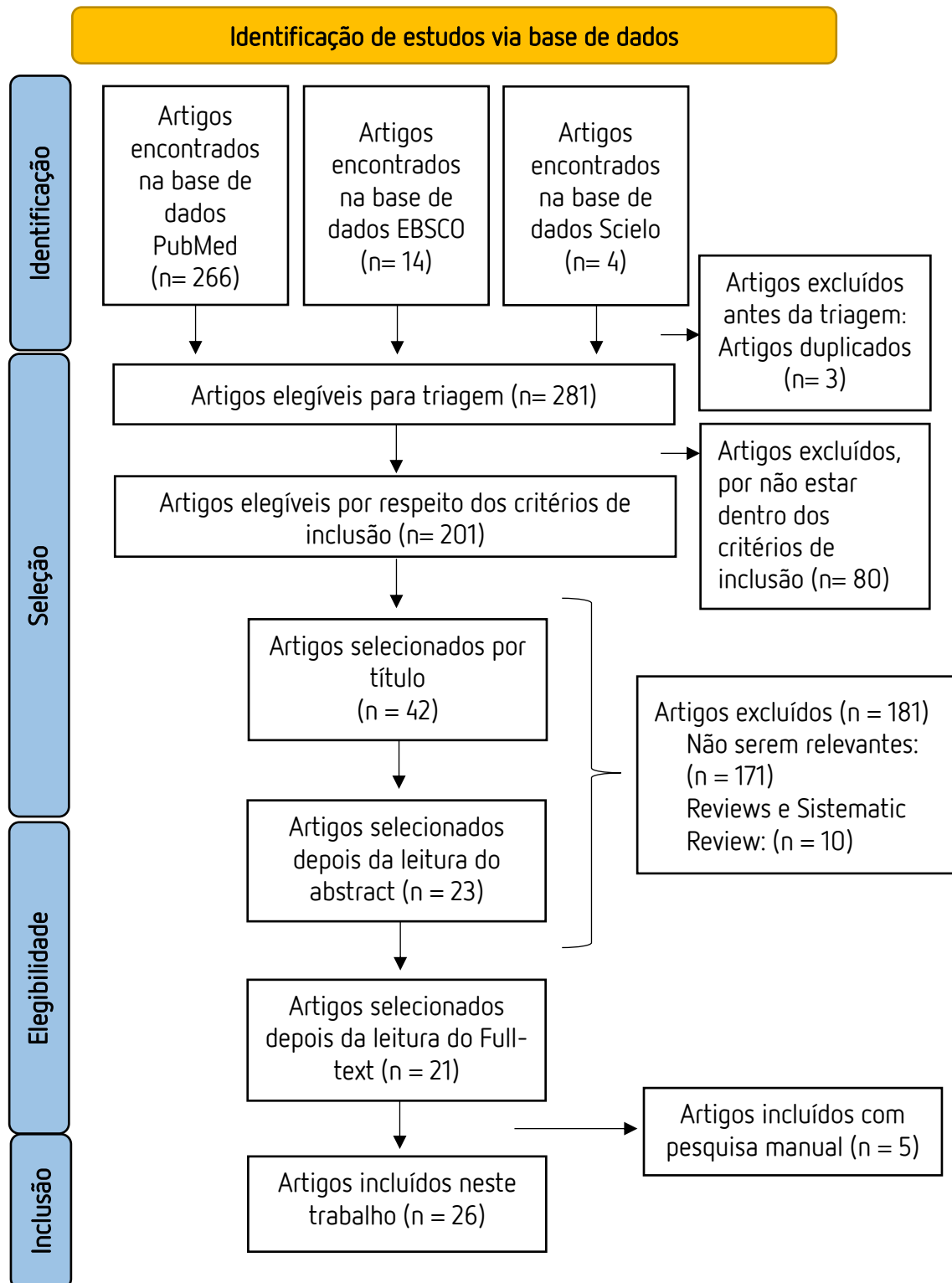
Etapa II – Artigos Revistos

Os 23 artigos foram lidos na íntegra e avaliados individualmente quanto à elegibilidade, dos quais 2 foram excluídos por não proporcionarem informação relevante, tendo em conta o objetivo deste trabalho. Também foram adicionados 5 artigos com pesquisa manual.

Etapa III- Artigos para inclusão

Finalmente, 26 artigos foram incluídos na presente revisão sistemática. O processo de seleção de artigos está ilustrado na Figura 1.

Figura 1 - FLUXOGRAMA PRISMA



Os artigos de pesquisa manual foram selecionados para auxiliar na introdução, assim como de interesse para a discussão.

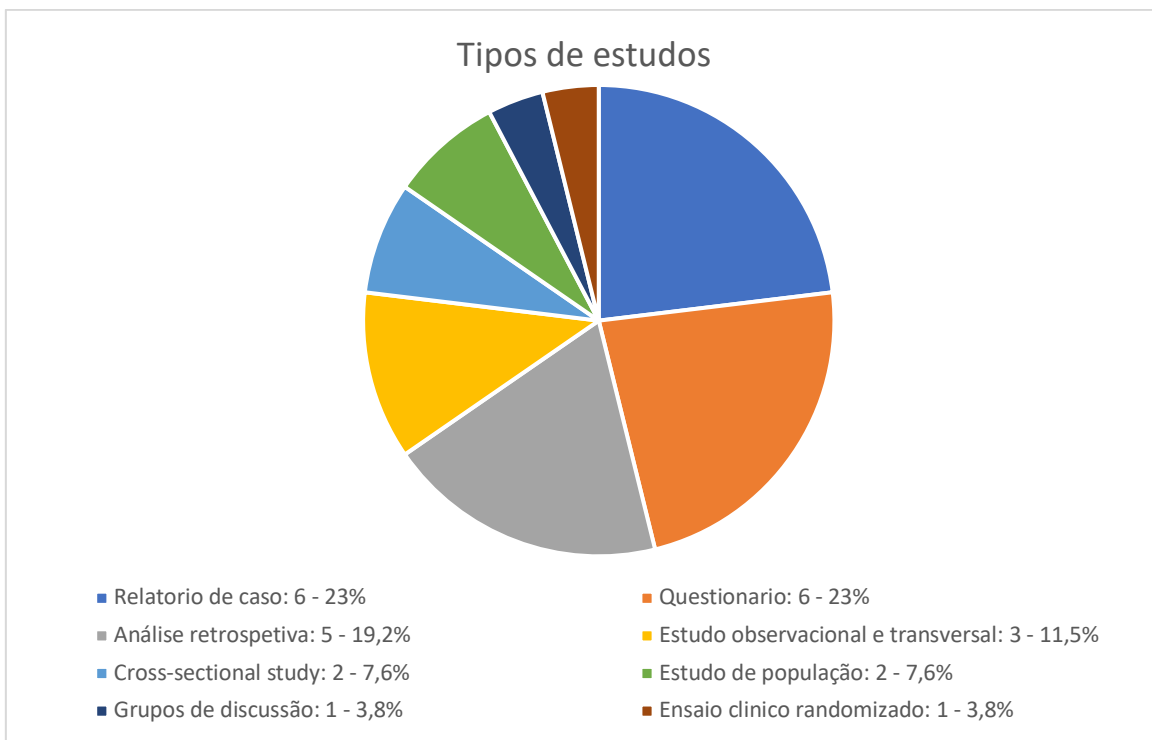


Figura 2 - Tipos de estudos

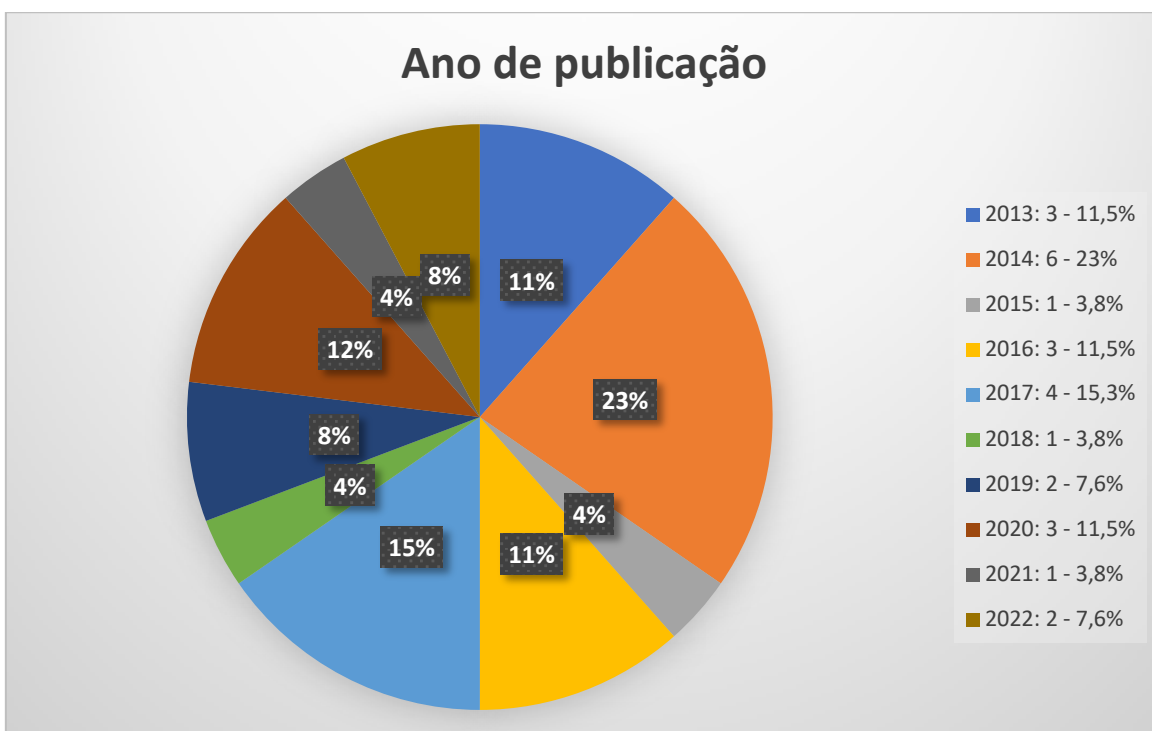


Figura 3 - Ano de publicação dos estudos

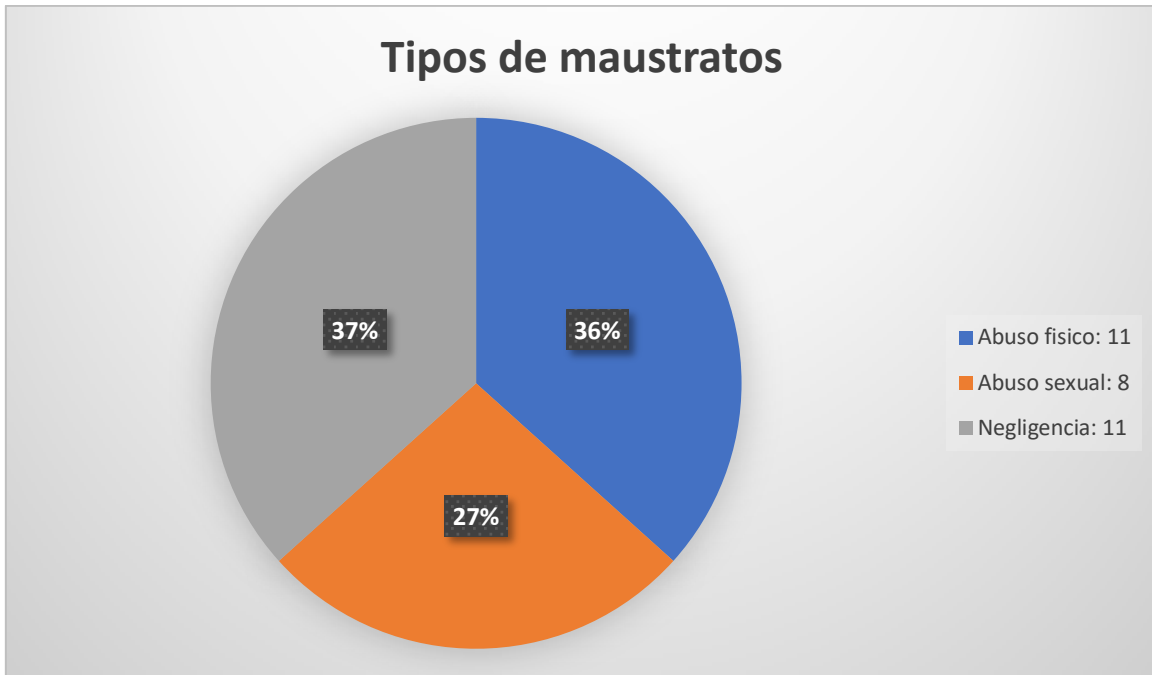


Figura 4 - Tipos de maus-tratos

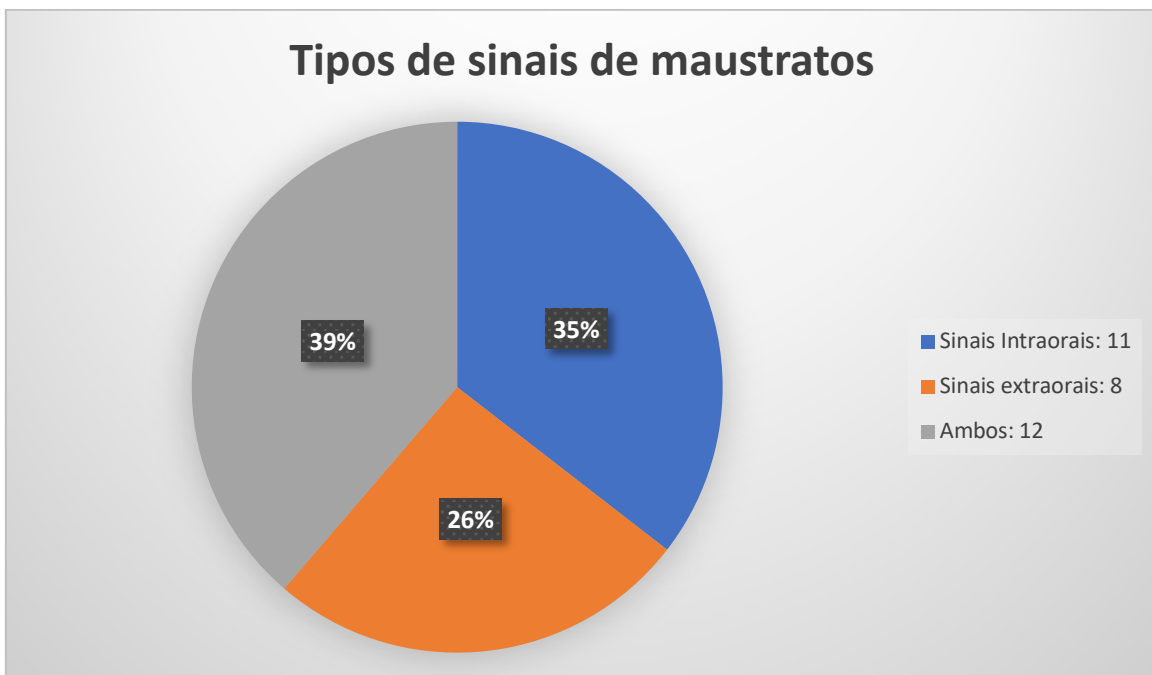


Figura 5 - Tipos de sinais de maus-tratos

Tabela 3 - Tabela de resultados

Artigo	Autores/Ano	Tipo de Estudo	Objetivo	Amostra	Tipo de Maus-tratos	Conclusão
Can child safeguarding training be improved: findings of a multidisciplinary audit	Patrick A, Kandiah T, Welbury R. 2020	Questionários	Auditoria para identificar e abordar barreiras a relatórios.	Pessoal de saúde que já realizaram formação de nível 3 em proteção de crianças		Os profissionais de saúde não são confiantes quando têm preocupações: hesitação, falta de conhecimento das políticas locais de notificação. A formação é essencial para transmitir estes conhecimentos: lesões orais e de cabeça e pescoço.
Child maltreatment – prevalence and characteristics of mandatory reports from dental professionals to the social services	Kvist T, Cocozza M, Annerbäck EM., Dahllöf G. 2017	Estudo de população	Prevalência e características dos relatórios mandados pelos dentistas.	Crianças que tinha sido relatado por um profissional dentário na Suécia entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2014.	Negligencia e abuso	A principal razão para um relatório: não comparecimento repetido a consultas dentárias e a negligência dentária, cárie, medo dentário, intervenções para cuidados fora de casa, contacto prévio com os serviços sociais
Afectación de la Salud Oral en Niños que Padecen Maltrato Infantil: Reporte de Caso	A.R. Mendoza ; N.L. Robles Bermeo, E.L. Carrillo 2014	Case report	Caso clínico de abuso devido ao abandono, negligência dentária e as consequências que isso teve para a saúde oral e geral do paciente.	Menina de 9 anos, que assiste a uma consulta dentária para check-up e tratamento.	Negligencia	Os maus-tratos infantis foram classificados como "Ativo" e "Passivo", este último inclui o negligencia. A negligência dentária no caso relatado, mostra as consequências: mal posicionamento dentário, perda dentária prematura, erupção prematura dos dentes permanentes, apinhamento dentário e hipoplasia; diminuição desenvolvimento global da paciente.
Dental caries prevalence and treatment level of neglected children at two child guidance centers	Bonita F. Stanton 2017	Estudo populacional	Investigar a prevalência de dmft e DMFT, e as características do nível de tratamento dentário de crianças.	166 registos da saúde oral de Setembro de 2012 a Novembro de 2014 de todas as crianças (95 rapazes e 71 raparigas) entre os 6 e 17 anos de idade	Negligencia	1. As crianças de CGC tinham significativamente mais cárie dentária. 2. O número de cáries dentárias poderia não ser um indicador adequado para julgar a presença de negligência.

Are anxiety and the presence of sibling's risk factors for dental neglect and oral health status in children?	Aydinoglu S, Arslan I. 2021	Cross-sectional estudo	Investigar os efeitos da presença de irmãos sobre a saúde oral e a negligência dentária e se existia uma correlação entre a negligência dentária e a ansiedade em crianças	100 crianças dos grupos etários de 6-9 anos e 10-12 anos que se apresentaram à faculdade de odontologia selecionadas aleatoriamente	Negligencia	Houve uma correlação forte entre a negligência dentária e a cárie, a baixa idade, o nível socioeconómico baixo e os baixos níveis de educação. A medida que o número de crianças na família aumentava, os pais negligenciavam mais os cuidados dentários dos seus filhos. Isto pode ser explicado pela falta de atenção à saúde oral, à medida que o número de crianças aumenta nas famílias cheias.
Turkish paediatric dentists' knowledge, experiences, and attitudes regarding child physical abuse	Özgür N, Ballıkaya E, Güngör HC, Ataç AS 2019	Questionário eletrónico	Avaliar os conhecimentos, experiências e atitudes dos dentistas pediátricos turcos relativamente ao abuso físico infantil.	518 turkish paediatric dentists		43,9% suspeitas de abuso físico; no entanto, apenas 12,7% o relataram. "Não sabia onde e como denunciar" era a razão mais comum para não denunciar abusos físicos. Dos participantes, 70,3% não tinham conhecimento das sanções legais por atraso ou não comunicação de casos suspeitos. Apenas 15,6% se avaliaram como competentes para diagnosticar e denunciar os abusos físicos.
Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect	Al-Dabaan R, Newton JT, Asimakopoulou K. 2014	Questionário eletrónico	Analisar experiência e conhecimentos dos dentistas da Arábia Saudita em matéria de identificação de abuso e negligência infantil (CAN), identificar as barreiras que impedem a denúncia profissionais dentários	members of the Saudi Dental Society (n = 7352) in 2012.		Uma grande proporção (59%) tinha sofrido um caso de abuso ou negligência de crianças na sua prática. No entanto, apenas cerca de 10% destes inquiridos fizeram um relatório. O medo de represálias familiares, a falta de certeza sobre o diagnóstico de maus-tratos a crianças, e a incerteza sobre a gestão de casos foram barreiras cruciais para a denúncia dos casos de suspeita de maus-tratos a crianças.
The Scottish dental practitioner's role in	Harris CM, Welbury R, Cairns AM.	Questionário postal	Investigar se a lacuna entre a proporção de dentistas que suspeitam	50% dos dentistas gerais em Scotland		37% tinham suspeitas de abuso/negligência infantil nos seus pacientes pediátricos, mas apenas 11%

managing child abuse and neglect.	2013		de abuso/negligência infantil e aqueles que encaminham casos, se alterou entre 2003 e 2010.			tinham encaminhado um caso. O fator mais comum que afeitou a decisão de encaminhamento foi a "falta de certeza do diagnóstico" (74%). Cerca de 77% pensavam que as crianças maltratadas/negligenciadas tinham um aumento do aumento das cáries.
The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry	Kvist T, Wickström A, Miglis I, Dahlöf G. 2014	Grupos de discussão	Examinar os fatores que levam os médicos dentistas a suspeitar abuso / negligência de crianças e condições que influenciam a decisão de denunciar estas suspeitas aos serviços sociais.	Especialistas e estudantes pós-graduados em odontologia pediátrica.		Os maus-tratos podem ser identificados através sinais ou sintomas, e observações de comportamentos. Especialistas em odontologia pediátrica não sabem ao certo quais as crianças que devem ser denunciadas aos serviços sociais e também as consequências da denúncia, o que pode afetar a sua decisão de apresentar uma denúncia.
Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect	Cukovic-Bagic I, Dumancic J, Kujundzic Tiljak M, Drvaric I, Boric B, Kopic V, Krupic I, Bakarcic D, Budimir M, Welbury RR. 2015	Questionário	Avaliar o nível de conhecimentos, experiência e atitude dos dentistas croatas em relação à questão do abuso e negligência de crianças.	510 dentistas	Abuso ou negligencia	Sobre 510 dentistas, 26,27% relataram ter tido suspeitas de abuso ou negligência de crianças, 5,1% relataram as suas suspeitas aos serviços sociais e à polícia. O medo do abuso de crianças e a incerteza quanto às observações foram as barreiras mais frequentemente comunicadas. 80% dos inquiridos gostariam de receber mais formação na identificação e denúncia de abuso físico.
Assessment of a novel module for training dental students in child abuse recognition and reporting	Shapiro MC, Anderson OR, Lal S. 2014	Randomized Controlled Trial	Discernir se o módulo em linha era capaz de méritos da utilização do módulo em linha em conjunto com palestras tradicionais.	Estudantes de medicina dentaria (N=80)		O módulo interativo CARE online foi tão eficaz, se não mais, do que a aprendizagem tradicional baseada em palestras.
Maxillofacial Injuries in Brazilian Children and Adolescents Victims of	Fábia Cabral Cavalcanti A., Rabelo Rocha	Estudo retrospectivo	Identificar a prevalência de lesões maxilo-faciais resultantes da violência	Amostra de 335 relatórios médicos de	Abuso físico: lesões maxilo-faciais	As adolescentes femininas foram as principais vítimas de violência física, com repercussões em diferentes regiões do

Physical Violence: A Single Forensic Center Analysis	da Costa R., Goncharuk-Khomyn M., Leite Cavalcanti A. 2020		interpessoal em crianças e adolescentes brasileiros	vítimas até aos 19 anos de idade.		corpo. A prevalência de lesões maxilo-faciais foi elevada, embora com pouco envolvimento das estruturas da cavidade oral.
Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect	Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR 2017	Case report	Este relatório aborda a avaliação de marcas de mordidas, bem como lesões periorais e intraorais, infeções e doenças que podem levantar suspeitas de abuso ou negligência infantil.	Crianças	Abuso Físico Abuso sexual Marcas de mordida Assédio moral Tráfico humano Negligência Odontológica	O abuso físico ou sexual pode resultar em lesões ou problemas bucais ou dentários. Além disso, lesões infligidas pela boca ou pelos dentes do perpetrador podem deixar pistas sobre o momento e a natureza da lesão, bem como sua identidade. Esses esforços fortalecerão nossa capacidade de prevenir e detetar abuso e negligência infantil e aumentar nossa capacidade de cuidar e proteger as crianças.
Establishment of indicator for screening of child abuse and neglect in primary school-age children	Kaiharu Y, Sasahara H, Niizato N, Yamane A, Nikawa H, Yamasaki K, Hosohara K, Kozai K. 2022	Cross-sectional study	O presente estudo estabeleceu um indicador que pode facilitar a identificação e prevenção do abuso/negligência infantil.	3.569 crianças que frequentam escolas primárias na província de Hiroshima escolhido aleatoriamente	Abuso	Os médicos dentistas devem passar tempo não só a observar a cavidade oral, mas também o comportamento das crianças e as atitudes dos tutores, para uma descoberta precoce e prevenção do abuso infantil. 16 itens resultaram eficazes para a previsão do abuso de crianças cujo: ansiedade, tensão, limpeza corporal, estado do corpo, estado e limpeza do vestuário. Crianças maltratadas podem ter problemas comportamentais (socialização) e emocionais (concentração). Itens como "O corpo e a roupa não estão limpos" e "A criança está inquieta", podem ser reconhecidas por profissionais dentários.
Association Between Severe Dental Caries	Henk Sillevs Smitt, Jenny de	Estudo retrospectivo	Os autores supõem que no grupo de crianças que foram submetidas a	Crianças que tiveram múltiplas extrações de dentes sob	Negligencia	Parece haver uma forte associação entre cárie dentária severa e abuso e negligência de crianças. Assim, a cárie

and Child Abuse and Neglect	Leeuw, Tjalling de Vries 2017		múltiplas extrações dentárias para cárie sob anestesia geral, uma percentagem maior seria encontrada a ser maltratada em comparação com a população normal.	anestesia geral numa região bem definida nos Países Baixos em 2005 e 2006.		dentária grave pode ser considerada como um sintoma precoce de abuso e negligência de crianças.
What is the cause of palate lesions? A case report	SC Oliveira DE Slot GA Van der Weijden 2013	Case Report	O objetivo deste relatório de caso é trazer as lesões que se seguem ao feição para assegurar que o DCP deve considerar o feição como parte do diagnóstico diferencial.	Uma estudante de 20 anos de idade	Abuso Sexual: Sexo oral	O paciente desenvolveu uma grande faixa de hemorragia petequiral ao longo do palato mole, seguindo a prática da feição. 14 dias depois, as lesões desapareceram. O profissional de cuidados dentários deve estar consciente de que as lesões do palato podem resultar do comportamento sexual. Deve ser considerada a feição como um diagnóstico diferencial das petéquias intraorais.
Fellatio-associated petechiae of the palate: report of purpuric palatal lesions developing after oral sex.	Cohen PR, Miller VM 2013	Case Report	Descrevemos uma jovem mulher com petéquias palatinas relacionadas com o feição e revemos as características associadas às lesões orais do palato induzidas pelo feição.	Mulher saudável de 20 anos de idade com máculas vermelhas, recém aparecidas, indolores e pequenas na parte de trás da boca.	Abuso Sexual	As petéquias e a púrpura associadas a feição são assintomáticas. A patogénese da hemorragia submucosa associada a feição é suscetível de ser multifatorial. As petéquias palatinas e a púrpura resolvem espontaneamente e o tratamento não é normalmente necessário. Como a feição pode estar associada à aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, a avaliação dos doentes para estas infeções deve ser considerada.
Sexual abuse: Dental Perspective	Shamim T. 2016	Artigo			Abuso Sexual: Sexo oral	Os casos de abuso sexual podem ser apresentados como lesões eritematosas, ulcerosas, vesículo pustulosas, pseudo membranosas ou condilomatosas nos

						lábios, língua, palato, face ou faringe. Os casos de abuso sexual em crianças podem ser devidos a felação e "irrumation". Nestes casos o cirurgião dentista deve inspecionar o palato de preferência palato mole, junção de palato mole e duro para o eritema, petéquias, púrpura e equimose. As ulcerações da zona sublingual devem ser notadas devido ao abuso sexual devido às cunilínguas neste caso devemos inspecionar o freio lingual para ulcerações horizontais e hiperplasia fibrosa.
Condyloma acuminata in the tongue and palate of a sexually abused child: a case report	Percinoto AC, Danelon M, Crivelini MM, Cunha RF, Percinoto C. 2014	Caso controle	Caso clínico de um homem caucasiano de cinco anos de idade com lesões localizadas nas superfícies dorsais da língua e palato posteriores. Mãe relatou que o rapaz tinha sido abusado sexualmente.	Criança masculino caucasiano de cinco anos de idade	Abuso Sexual	As doenças sexualmente transmissíveis podem ocorrer durante o abuso sexual. Tanto os dentistas como os pediatras têm um papel a desempenhar na identificação e tratamento destas crianças. O diagnóstico é essencialmente clínico (anamnese e exame físico), mas também a utilização da citologia acaba por recorrer à biopsia das lesões suspeitas para exame histológico. A opção terapêutica foi a excisão das lesões.
Estimação da idade cronológica pelos métodos Demirjian e Ubelaker em crianças peruanas	AL. Pachas-Vasquez, DG. Suárez-Ponce, TA. Evaristo 2019	Um desenho observacional e transversal	Determinar o método mais eficiente de estimativa da idade dentária, Demirjian e Ubelaker, para estimar a idade cronológica dos pacientes de 4 a 13 anos de idade.	465 radiografias panorâmicas, 229 homens (49,2%) e 236 mulheres (50,8%).	Negligencia	O método Ubelaker é mais eficiente com maior precisão em comparação com o Demirjian. 112 e com Demirjian 1.039.
Hospital based emergency	Allareddy V, Asad R, Lee	Análise retrospectiva	Descrever os resultados nacionais das lesões por	Visitas de emergência e subsequentes	Abuso Físico	As lesões comuns em crianças hospitalizadas incluem: fraturas, lesões

department visits attributed to child physical abuse in United States: predictors of in-hospital mortality	MK, Nalliah RP, Rampa S, Speicher DG, Rotta AT, Allareddy V. 2014	Cohorte	abuso físico em crianças que necessitam de visitas do Departamento de Emergência (DE) nos Estados Unidos. É examinado o impacto de vários ferimentos na mortalidade.	hospitalizações com um diagnóstico de "Abuso físico infantil" devido a várias lesões		intracranianas e esmagamento/lesões internas. A morte ocorreu em 246 doentes. Entre as 16897 visitas do DE, 1,3% tiveram também abuso sexual. Nesta grande coorte de crianças abusadas fisicamente, a idade mais jovem, as fêmeas e as lesões intracranianas ou de esmagamento/internas foram preditores independentes da mortalidade.
Childhood Sexual Violence Against Boys: A Study in 3 Countries	Sumner SA, Mercy JA, Buluma R, Mwangi MW, Marcelin LH, Kheam T, Lea V, Brookmeyer K, Kress H, Hillis SD. 2016	Inquéritos	Estimativas internacionalmente comparáveis sobre a extensão, características, fatores de risco e consequências da violência sexual contra rapazes em três países diferentes.	Crianças de 13-24 anos no Haiti, Quênia e Camboja.	Abuso Sexual	Foram observadas diferenças entre países quanto à prevalência, características e fatores de risco de violência sexual, mas as associações com resultados de saúde adversos foram generalizadas. São necessárias estratégias de prevenção adaptadas a nível local.
Fracture and Nonaccidental Injury: A Case Report of a Lateral Condylar Fracture in a 13-Month-Old	Levin H, Sangha G, Carey TP, Lim R.	Case report	Este caso realça a importância da avaliação crítica de fraturas em crianças pequenas. É importante para identificar os tipos de fratura e mecanismo clássico para determinar se é consistente com a fase de desenvolvimento de um paciente e a história declarada.	Uma menina de 13 meses apresentada no serviço de emergências	Abuso físico: fraturas e lesões não acidentais	"Pistas" para o abuso de crianças: múltiplas visitas ao DE ou ao médico de cuidados primários, atraso na procura de cuidados médicos, história de violência em casa, hematomas, história inconsistente/ desconhecida em torno de lesões, contusões em crianças incapazes de andar, fraturas em crianças com menos de 24 meses, atraso na procura de cuidados médicos, reação de prestadores de cuidados não preocupados, e múltiplos locais de lesão. Fraturas são altamente suspeitas para um NAI tal como a fratura do côndilo lateral.

<p>Traumatic macular retinoschisis in infants and children</p>	<p>Shouldice M, Al-Khattabi F, Thau A, McIntyre S, Ng WKY, Levin AV. 2018</p>	<p>Análise retrospectiva</p>	<p>Fornecer descrição detalhada da retinosquise traumática pediátrica</p>	<p>Registos médicos de crianças com trauma craniano abus e retinoschis maculares traumáticos num único centro de 1993 a 2006</p>	<p>Abuso físico: Crianças com traumatismo craniano abusivo</p>	<p>A retinosquise traumática em crianças está altamente associada a hemorragia subdural, sintomas neurológicos, e maus resultados. Mesmo com uma abordagem conservadora à formulação de opiniões, a retinosquise traumática foi associada a prováveis abusos.</p>
<p>An analysis of physicians' diagnostic reasoning regarding pediatric abusive head trauma</p>	<p>K.P. Hymel, S.C. Boos, V. Armijo-Garcia, M. Musick, K. Weeks, S.B. Haney, M. Marinello, B.E. Herman, T.N. Frazier, C.L. Carroll, K. Even, M. Wang. 2022</p>	<p>Análises comparativas</p>	<p>Comparar apresentações clínicas e lesões em pacientes com AHT testemunhada /admitida vs. não testemunhada, e com AHT testemunhada /admitida vs. médica diagnosticada AHT não testemunhada/admitida.</p>	<p>Pacientes com lesões agudas na cabeça <3 anos hospitalizados em 18 locais entre 2010 e 2021.</p>	<p>Abuso Físico: traumatismo craniano abusivo (AHT)</p>	<p>Em comparação com os pacientes com HTA testemunhada (n = 100), os pacientes com HTA testemunhada/admitida (n = 58) apresentaram mais frequentemente encefalopatia prolongada; contusões no tronco, ouvido ou pescoço isquemia ou inchaço e hemorragias retinianas densas e extensas. A preocupação com os abusos justifica-se nos doentes que apresentam "a tríade".</p>
<p>Acquired syphilis in children: A retrospective study over two-and-a-half decades in a tertiary care center in northern India</p>	<p>Dayal S, Sahu P, Aggarwal K, Jain VK. 2020</p>	<p>estudo retrospectivo</p>	<p>Avaliar a incidência, possível modo de transmissão e apresentação clínica da sífilis adquirida em crianças que frequentam a clínica durante os últimos 27 anos.</p>	<p>Crianças de idade ≤14 anos com sífilis adquirida</p>	<p>Abuso Sexual</p>	<p>As inibições sociais e a relutância em denunciar o abuso sexual de crianças podem ter levado a uma subestimação da prevalência real. A prevalência na faixa etária dos 12 aos 14 anos pode indicar tendências emergentes de comportamento sexual promíscuo. A recente tendência crescente na ocorrência de sífilis adquirida na infância pode refletir o recente ressurgimento da sífilis adulta.</p>

5. Discussão

A negligência dentária é definida como uma falha deliberada de um dos pais ou responsável, apesar de ter acesso aos cuidados de saúde, em seguir os tratamentos necessários para assegurar a correta saúde oral, essencial para o funcionamento adequado e ausência de dor e infeção ¹. De facto, presença da doença cárie e da doença periodontal tem como efeito a dor, a infeção, a perda de função que vai afetar a aprendizagem, a nutrição assim como outros fatores de desenvolvimento da criança.

O abuso a crianças tem influência direta sobre o crescimento, desenvolvimento físico e na personalidade da criança. Tendo em conta que o número de crianças que sofreram de abusos aumentou nos últimos anos, é, na verdade, uma preocupação para as próximas gerações de adultos ².

O médico dentista deve participar, portanto, na cadeia de deteção destes abusos através dos sinais e sintomas que tem à sua disposição.

5.1. Sinais intraorais

A cavidade oral pode ser o palco de muitos dos potenciais sinais e sintomas que podem apontar para o abuso ou a negligência. Efetivamente, a região maxillo-facial é uma região muito exposta aos traumatismos resultantes de violência devido a sua projeção anterior sem proteção; além disso, está demonstrado no estudo de Calvacanti *et al.* que estas lesões têm predominância nos tecidos moles da cavidade oral ³. De maneira geral, o mau estado oral reflete um ambiente de vida pobre e uma provável falta de capacidade parental ². Alguns estudos corroboram ao sugerir que os traumatismos orais, as lesões de cárie, gengivite e outros problemas de saúde oral parecem ser mais prevalentes em crianças maltratadas do que na população pediátrica geral ¹. Na realidade as consequências de maus-tratos, abuso ou negligência podem manifestar-se a curto, medio ou longo prazo.

5.1.1. Lesões de Cárie, sinal de negligência

A doença cárie é mais frequente na população pediátrica, quando não é tratada, e como tal, pode ter consequências funcionais e sociais muito limitantes para a criança que sofre desta

doença, começando pela dor, perda de concentração, irritabilidade, até infeções mais graves que podem alterar a dicção e a fonação desta ⁴. Vários estudos mostram uma forte correlação entre cárie e negligência dentária, pois, crianças que sofreram de negligência apresentam mais lesões de cárie ^{2,4-9}. O estudo apresentado por Nogami *et al.* refere que crianças que sofrem de negligência tem oito vezes mais probabilidade de ter doença cárie que as outras ⁴. Isto pode estar relacionado com a iliteracia dos pais em cuidados da higiene oral, também pode mostrar o estado da nutrição da criança; muitas vezes os pais não têm conhecimento das necessidades nutricionais da criança e fornecem-lhe uma dieta muito rica em açúcar o que é uma das etiologias da doença de cárie.

Contudo, também, pode ser um sinal de negligência a presença de patologias orais mais severas tais como: abscessos repetidos, granulomas, ausência de dentes por lesões de cárie extensas e doenças periodontais que, tal como a cárie, mostram um nível deficiente de higiene oral ^{5,7}. Sillevs Smitt *et al.* mostraram, num estudo, que a relação entre crianças que foram admitidas por múltiplas extrações com anestesia geral por cárie, a negligência e maus-tratos era significativa.

Considera-se negligência dentária quando uma criança sofre um dano ou apresenta risco de sofrer um dano dentário por ausência de cuidados dentários, enquanto o acesso a estes cuidados está disponível, mas não é usado ¹.

As múltiplas lesões de cárie e outras patologias orais resultantes de má higiene oral podem ser um sinal de negligência dentária em crianças, mas não é suficiente. De facto, o diagnóstico por negligência dentária é difícil; sabendo que a cárie dentária é uma forma frequente de deterioração dos dentes que pode apresentar outros fatores etiológicos tais como: fatores genéticos; nutricionais, socioeconómico, de higiene e microbiano ⁸, existem, então, crianças com lesões de cárie abundantes que não são maltratadas e que tem uma predisposição genética a alto risco de cárie, e por outro lado, crianças maltratadas que não apresentam cárie. O que sugere que o número de lesões de cárie dentária, por si só, talvez, não seja um sinal adequado para julgar a presença de negligência ⁴.

5.1.2. Marcas de abuso físico

As lesões intraorais são indicadoras comuns de abuso ou negligência em crianças

embora não sejam frequentes ⁹. A maioria das lesões intraorais estão presentes nos tecidos moles das bochechas ^{3,9}, podem ser infligidas com instrumentos tais como utensílios alimentares ou uma garrafa durante a alimentação forçada, mãos, dedos, líquidos a ferver, ou substâncias causticas. Esta forma de abuso pode resultar em contusões, queimaduras ou lacerações da língua, lábios, mucosa oral, palato (mole e duro), gengiva, mucosa alveolar, ou freios; dentes fraturados, deslocados ou avulsionados, eritemas, petéquias e fraturas radiculares. Os locais mais comuns para as lesões orais atingidas são: os lábios, a mucosa oral, dentes, gengiva e língua. Os traumatismos dentários podem resultar em necrose pulpar, deixando os dentes cinzentos e descoloridos ¹⁷. É, também um indicador de abuso, as abrasões e lacerações sobre o palato, a área vestibular ou o soalho da boca num bebé visto ser a prova duma alimentação forçada ¹⁰.

Também existem lesões intraorais que indicam abuso sexual em crianças tais como lesões faríngeas posteriores, abscessos retro faríngeos, petéquias no juncão do palato mole e duro que pode resultar dum ato sexual forçado ^{1,7,11,12}. Cohen *et al*/mostraram que estas lesões foram encontradas em crianças pequenas, nomeadamente com 3 anos de idade, sendo esta, a idade média das crianças vítimas de abuso sexual, descrita por estes autores. Efetivamente, explicam que durante o ato de felação ou irrupção, o pénis toca o palato com diferentes graus de força; as lesões resultantes são tipicamente localizadas no juncão do palato duro e mole, são caracterizadas por máculas eritematosas, petequiais, equimóticas, manchas ou purpura e resultam da rotura dos vasos submucosos. Estas lesões dos vasos sanguíneos, resultantes da pressão negativa repetida na cavidade oral, combinada com a ação dos músculos tensor veli e levator veli palatini; são observadas sob a forma de equimose palatal, eritema palatal, hemorragia palatal, petéquias palatinas, púrpura palatina ou palatite. No caso de eritemas, petéquias, púrpura ou equimose do palato, histologicamente, apresenta uma hemorragia estendida na lâmina própria formando vesículas hemorrágicas sob epiteliais com a migração dos glóbulos vermelhos e brancos no epitélio. No caso de palatite, em vez de uma hemorragia submucosa, a aparência clínica apresenta-se sob a forma de mucosite. Por um lado, o estudo de Oliveira *et al*. sugere que nesta situação devemos excluir a possibilidade de candidíase como fator causal alternativo, no entanto, o estudo de Cohen *et al*. referem que candidíase oral coincidente já foi documentada em pacientes que apresentavam lesões palatinas induzidas por felação, e que não exclui então a etiologia sexual destas lesões. Estas

lesões são assintomáticas e não ulceradas, não branqueiam com a pressão, podem ser bilaterais ou únicas e estender-se sobre a linha média do palato, onde elas aparecem em geral, a orofaringe não está atingida, não é preciso de fazer biópsia a menos que uma outra etiologia seja suspeita. Tem resolução espontaneamente em menos de uma semana e nenhum tratamento é necessário.

O diagnóstico diferencial destas lesões compreende: a discrasia sanguínea, tosse paroxística, vômitos, infecção orofaríngea, tumores nasofaríngeos, discrasia sanguínea e fragilidade capilar, terapia com medicamentos anti-trombóticos ou anticoagulantes, trauma perfurante e penetrante, utilização de um instrumento de sopro, mononucleose infecciosa, história recente de entubação ou alimentação naso-gástrica após hospitalização ou anestesia geral ¹¹⁻¹³.

Assim, é importante que o médico dentista examine com atenção a zona sublingual que pode apresentar ulceração no caso de abuso sexual por estimulação oral da vagina com os lábios e a língua. Neste caso, terá de examinar clinicamente o freio lingual para ver se há ulcerações horizontais ou hiperplasias fibrosas ¹³.

Finalmente, estas lesões podem mostrar que um ato de feação existiu no paciente que estamos a examinar, mas também nos guia sobre um outro sinal, que leva a suspeição de abuso sexual que são as doenças infecciosas, podendo estar associada a doenças sexualmente transmissíveis ¹².

5.1.3. Manifestações orais de doenças sexualmente transmissíveis

Um sinal que pode também levar a suspeita de abuso sexual em crianças no consultório dentário é a presença de manifestações orais de doenças sexualmente transmissíveis.

Entre os diferentes tipos de manifestações orais, está o condiloma acuminata. Esta patologia manifesta-se sob a forma de verruga na boca das crianças, é indolor, mas pode incomodar durante a mastigação, tem uma consistência firme, um aspeto avermelhado com presença de zonas esbranquiçadas e regiões de ulceração. É uma manifestação do vírus HPV (papiloma vírus humano) cujo a transmissão nas crianças pode se fazer de diferentes maneiras, durante o parto com a mãe infetada, com um contato estreito não sexual com profissionais de saúde infetados ou durante uma ou mais relações sexuais. O paciente que apresenta este tipo

de lesão pode ainda não estar infetado por HPV sendo que o período de incubação do vírus varia entre 1 e 20 meses (2-3 meses em geral). O principal modo de transmissão desta lesão é abuso sexual e, segundo Percinoto *et al.*, outros autores acreditam que a simples presença de verrugas em crianças pode indicar abuso sexual. De facto, no estudo deles, em 10 a 90% dos casos de condiloma, derivavam de abuso sexual. A biopsia mostra um epitélio pavimentoso estratificado para queratinizado acantótico que apresenta partes de tecido conjuntivo e koilocitos com núcleo tipo “uvas” na camada espinhosa superior. Os locais mais atingidos parecem ser a mucosa bucal, gengivas, chão da boca, amígdalas e o palato. Na maioria dos casos, os pacientes com condilomas são tratados com excisão da lesão ¹⁴.



Figura 6 - As diferentes manifestações orais de doenças sexualmente transmissíveis (imagem cedida pela Doutora Vitória de Santo Antão)



Figura 7 - Condiloma acuminata (Imagem cedida pela a Doutora Mariana Villaroel Dorrego)

5.1.4. Atraso de desenvolvimento

Estudos demonstraram que abuso ou negligência em crianças têm consequências a curto e longo prazo, entre os quais a alteração dos fatores de crescimento e desenvolvimento⁷. Manifesta-se a nível dentário com: má posição, atraso de desenvolvimento, a perda prematura com erupção precoce dos dentes permanentes ou hipoplasias de dente ⁷.

Existem métodos de estimativa da idade e da maturação dentária baseados nas estruturas ósseas e dentárias. Neste sentido, uma ferramenta útil para determinar esta estimativa é a OPT (ortopantomografia ou radiografia panorâmica), onde podemos ver as estruturas ósseas e dentárias, e onde podemos usar o grau de maturidade dentária como referência para calcular a idade cronológica ¹⁵. O estudo de Pacha Vásquez e al. trata de diferentes métodos de estimativa da idade, nomeadamente, técnicas de Schour e Massler, Goldstein e Tanner, e com mais detalhes a técnica de Demirjian e a técnica de Ubelaker ¹⁵.

5.2. Sinais extraorais

5.2.1. Fatores de risco

Antes de iniciar qualquer exame intraoral, o médico dentista deve ter atenção a todos os indicadores sobre o estilo de vida da criança e o ambiente onde ela está inserida. De facto, existem sinais que constituem fatores de risco, ou seja, o comportamento dos pais na consulta, mas também o comportamento da criança em relação ao médico dentista ².

Para iniciar, é importante saber que maus-tratos e negligência podem ocorrer em indivíduos com qualquer nível socioeconómico, sexo, religião, nível de educação e idade ^{16,17}. No entanto, existem fatores predisponentes á ocorrência de abuso ou negligência, o seja, fatores que são mais encontrados na população infantil que sofrem deste fenómeno. Um dos fatores mais comuns é o baixo nível socio económico ^{3,9,10,17,18}, de facto, pode ser a origem de muitos outros fatores de risco possíveis que conduzem a situações de negligência ou abuso; como isolamento social da família, perda de emprego dos progenitores, baixos rendimentos, depressão paterna, todos estes fatores que podem conduzir a uma baixa manutenção da saúde geral e oral por falta de tempo, dinheiro ou motivação. Efetivamente, seguindo o estudo de Allareddy *et al.*, as crianças que vivem numa família com baixo rendimento têm três vezes mais

probabilidades de serem mortas, sete vezes mais suscetíveis de ter ferimentos graves, e cinco vezes mais suscetíveis de ter ferimentos moderadas que as outras crianças ¹⁷.

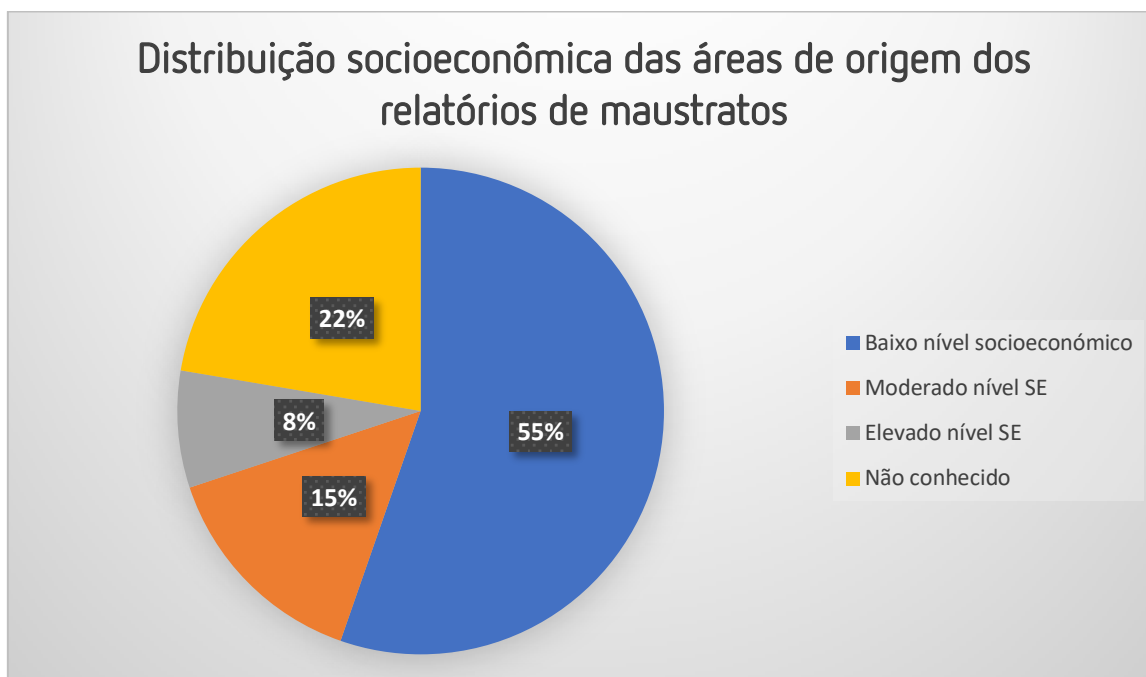


Figura 8 - Distribuição socioeconômica das áreas de origem dos relatórios de maus-tratos

Também o quadro familiar deve ser avaliado. Vários artigos narram a influência das famílias numerosas na saúde da criança. Na realidade as crianças que nascem numa família numerosa, com muitos irmãos e irmãs, estão mais suscetíveis de serem vítimas de negligência ou de abuso ^{6,9,10,17}. De facto, Allareddy *et al.* explicam que com o aumento do número de crianças na família, há mais probabilidade de negligência dos cuidados dentários e que esta pode explicar-se pela falta de atenção na saúde oral de todos os filhos ¹⁷. Aydinoglu e al. também explicam que a ansiedade da criança aumenta com o número de irmãos presentes na família, e mostra que existe uma correlação entre negligência e a ansiedade ⁶. Vários artigos relatam, igualmente, a situação conjugal dos pais, por exemplo, o facto de ter madrasta ou padrasto, que, segundo o estudo de Allareddy *et al.*, foram os autores mais frequentes de violências físicas. Da mesma forma, as famílias monoparentais ou famílias polígamas podem constituir fatores predisponentes de negligência ou abuso ^{9,10}. Para além disso, história de alcoolismo e/ou tabagismo dos pais pode ser outro fator de risco a ter em conta ¹⁹.

Por fim, existem fatores predisponentes de negligência ou abuso, por exemplo, crianças com deficiência física e/ou mental, com hiperatividade ou anomalias, nomeadamente na face,

são mais suscetíveis de serem vítimas de negligência ou abuso ^{3,9,10}. As crianças órfãs que perderam um ou ambos os pais, são igualmente mais suscetíveis de serem maltratadas ¹⁹.

No que se refere à idade com mais suscetibilidade de sofrer maus-tratos, existem estudos que evidenciam que a faixa etária mais jovem é mais suscetível de sofrer negligência ou abuso ¹⁷, no entanto, outros estudos asseguram que, pelo contrário, crianças mais jovens estão associadas a uma taxa de negligência menor que as mais velhas e que, por conseguinte, a probabilidade de ser vítima de abuso cresce com a idade ^{3,6}. Finalmente, estes estudos estão de acordo que em geral, é o sexo feminino que sofre mais de maus-tratos.

Por fim, um outro sinal, que é crucial, são as ausências repetidas nas consultas de medicina dentária e o facto de demorar tempo na procura de cuidados médicos quando a criança carece deles ^{4-7,9,10,20,21}. Este sinal, sobretudo é um indicador da situação de negligência, mais especificamente, de negligência dentária. De acordo com os médicos dentistas inquiridos, no estudo de Kvist *et al.*, o único sinal evidente de negligência em crianças é a ausência repetida e constante nas consultas, mesmo apresentando lesões de cárie não tratada, assim como outras patologias orais ²⁰. Aydinoglu *et al.*, conseguiram estabelecer um vínculo entre a negligência e a saúde oral, com as crianças que chegaram ao consultório de medicina dentária com grandes sintomas orais, quanto maiores os sintomas, maior o grau de negligência ⁶.

5.2.2. Sinais psicológicos, comportamentais

Como já referimos anteriormente, para uma deteção precoce de negligência ou abuso, o médico dentista deve ter em atenção o comportamento dos pais ou cuidadores e da criança². Existem vários sinais que levam a suspeita, tanto nos pais como nas crianças.

Do ponto de vista dos pais, sinais correspondentes a um comportamento conflituoso com a criança, pais que são agressivos, a humilhação verbal, uma reação dos pais não apropriada, por exemplo a falta de interesse, de cuidado e de preocupação para a criança ^{9,10}. Além disso, é considerado como suspeito, a ausência de tratamento médico necessário, uma história clínica inconsistente, inapropriada, confusa das potenciais feridas das crianças, bem como uma história clínica não concordante com a condição da criança ^{9,14,21}. De facto, antes de iniciar qualquer diagnóstico, é basilar iniciar uma boa recolha da história clínica ⁷, que pode conter indícios sobre a condição da criança. Um dos indícios que pode ser encontrado nos antecedentes médicos e que nos pode guiar até a situação de abuso, é um antecedente de

retinoquise macular traumática. Efetivamente, de acordo com Shouldice *et al.*, esta patologia é caracterizada por lesões repetitivas de aceleração e desaceleração (síndrome do *Shaken Baby*), é observada num terço dos casos de traumatismo craniano abusivo (AHT) e é raramente encontrada noutros contextos. Geralmente, os pacientes apresentavam pelo menos um sintoma que pode ser: distúrbios da visão, distúrbios neurológicos, alimentares, epilepsia, bem como, hematomas, fraturas, cicatrizes e outros sinais que podem levar à suspeita de abuso físico e que vamos analisar posteriormente ²².

Também existem fatores relativos aos pais como por exemplo o facto de terem tido o filho numa idade muito jovem (gravidez precoce), ou como já foi dito antes, pais com antecedentes de alcoolismo, tabagismo ou uso de drogas ^{7,9,19}. Foi demonstrado no estudo de Sumner *et al.* que a vitimização com violência das crianças é associada a uma fraca saúde mental no futuro da criança, com depressão, ideias suicidas e um aumento do risco de ter doenças infecciosas ou crónicas, tais como: diabete ou doenças cardiovasculares ¹⁹.

Falando das crianças, existem, também sinais de suspeita de negligência ou abuso. Vários estudos mostraram diferentes fatores que são efetivos para a deteção de abuso em crianças, nomeadamente, crianças que sofrem de ansiedade, tensão, agitação, depressão, crianças introvertidas, que tem problemas comportamentais e emocionais (dificuldade de concentração e de sociabilização) ^{2,7,10,14,19}. Crianças que exibem medo de voltar para casa com os pais, que reagem exageradamente quando o médico dentista faz um movimento súbito (reação dificilmente interpretável), que tem um comportamento sexual sugestivo, atraso de desenvolvimento social e intelectual, distância com os pais e o inverso, dependência e docilidade excessiva ^{7,9,10,20}. Existe um outro fator muito relevante que é a aparência física da criança; na realidade, uma criança com pobre higiene geral e oral, unhas compridas e sujas, roupas sujas, não adaptadas à temperatura, e pediculose ^{2,9}.

Por fim, o médico dentista deve, igualmente, ter atenção a outros sinais comportamentais da criança que podem mostrar provas de maus-tratos, bem como, sinais de depressão, ideias suicidas, docilidade excessiva, comportamento evasivo ou de defesa a frente dos adultos, procura intensa de atenção e afeto, baixa autoestima, perturbação do sono, dependência, medo, resposta excessiva ao stress e falta de cooperação. ^{2,4,7,14,19,21}.

5.2.3. Marcas de traumatismo físico

O abuso físico nas crianças é qualquer tipo de comportamento que resulta em traumatismo físico não acidental ou ferida; constitui a segunda forma mais observada de abuso¹⁰. O médico dentista tem um papel relevante no reconhecimento de abuso físico porque foi demonstrado que entre 50 e 75% dos casos, as feridas são ao nível da boca, da face e do pescoço^{3,9,10,16}. De acordo com Al-Dabaan *et al.*, as queimaduras da pele e das mucosas são as manifestações mais comuns, seguido das lesões oro-faciais, hematomas no pescoço e fraturas⁹.

Outras manifestações comuns de abuso físico são queimaduras repetidas, feridas abertas na cabeça, pescoço e tronco, feridas abertas nas extremidades, traumatismos e hemorragias crânio-encefálicas, contusões, lacerações, arranhões, mordeduras faciais, marcas de unhas no pescoço, zonas de alopecia traumática, alteração dos fatores normais de crescimento e desenvolvimento (tamanho e peso anormais), hematomas nas bochechas (bofetadas na cara), e hematomas na região do pescoço que são tipicamente não acidentais; de facto, hematomas acidentais geralmente apresentam-se nas proeminências ósseas (*overlying*) como a testa, os ombros ou os joelhos^{3,7,10,17}. Todavia, isto deve ser aplicado com precaução; definitivamente, nos bebês é necessário fazer uma avaliação diferencial, pois a presença de hematomas na testa ou no resto do corpo pode ter origem acidental porque nesta idade as crianças são mais suscetíveis de cair de maneira acidental, visto que, durante os primeiros anos de caminhada existe um maior desequilíbrio⁹. Além disso, cicatrizes nas comissuras labiais podem ser um sinal de esconder a boca e deve ser avaliado pelo médico dentista¹. Também é importante avaliar a frequência de feridas no corpo da criança, bem como as fases de cicatrização; no caso em que a criança tem várias lesões cada uma com diferentes fases de cicatrização, pode ser um fator de suspeita^{10,21}.

A segunda manifestação mais frequente de abuso físico é a fratura. Nomeadamente as fraturas do membro superior (o mais frequente), seguido da face, depois o membro inferior, o peito e finalmente a cabeça^{3,17}. No contexto da consulta dentária, o médico dentista pode observar fraturas tanto durante a anamnese, como através de sinais físicos que mostram a presença de fraturas. Uma criança com dificuldade em gatinhar pode apresentar hematomas²¹. A prevalência de fraturas causadas por NAI (*non accidental injury*) são estimadas entre 11 e 55% de acordo com o estudo de Levin e al., mas não são fáceis de identificar²¹. As fraturas específicas consideradas altamente suspeitas de abuso de crianças pelo NAI são fratura

metafisária (perto da placa de crescimento), subescapular, fratura em punho de balde ou de canto (*bucket handle or corner fracture*), costelas, processo espinhoso, esterno ou occipital. A fratura mais associada a abuso físico de crianças são as fraturas do crânio, fêmur e úmero linear em crianças com menos de 24 meses ^{17,21}. É, também, possível de encontrar fratura maxilar e mandibular ¹.

Para o caso da fratura do côndilo lateral temos de saber que, segundo Levin *et al.*, é uma fratura comum em crianças, com uma idade típica de 4-10 anos e tem um pico de ocorrência aos 4 anos. É frequentemente causada por uma queda com supinação do braço estendido, com o cotovelo em extensão e o antebraço em abdução (tensão em varo). De acordo com o estudo, esta fratura não está documentada em associação com a NAI, no entanto, no caso de uma criança que ainda não está capaz de andar, gatinhar ou caminhar, é extremamente raro ver este tipo de fratura. Levin e al. explicam que um mecanismo possível para esta lesão é que a fratura do côndilo lateral foi provocada por uma outra pessoa ao agarrar o braço da criança com uma ação de torção, criando uma tensão em varo no cotovelo (esquema). É, contudo, possível que a fratura ocorra devido a uma queda da criança de uma altura sem supervisão, o que também pode ser uma forma de negligência ²¹.

Um outro sinal de abuso físico é o traumatismo craniano abusivo (AHT); existe maneira de detetar AHT no consultório de medicina dentária e está descrito no estudo de Hymel *et al.*, com efeito, mostram que as lesões e representações clínicas agudas do AHT são claramente diferentes do traumatismo craniano não abusivo (não AHT) e permitem distinguir pacientes com uma boa taxa de sucesso na maioria dos casos. A tríade de Ontário é caracterizada pela presença de hemorragia subdural ou coleção de líquido, hemorragia retiniana densa e extensa, ausência de sinais de impacto e qualquer alteração ou perda de consciência. Esta tríade é, segundo aos autores, específica e preditiva do ²³. Então, o papel do médico dentista, no contexto de suspeita de abuso físico, é muito importante porque este pode reconhecer estes sinais no consultório, por exemplo, a hemorragia retiniana extensa, uma história de perda de consciência ou marcas de hemorragias no crânio sem sinal de impacto.

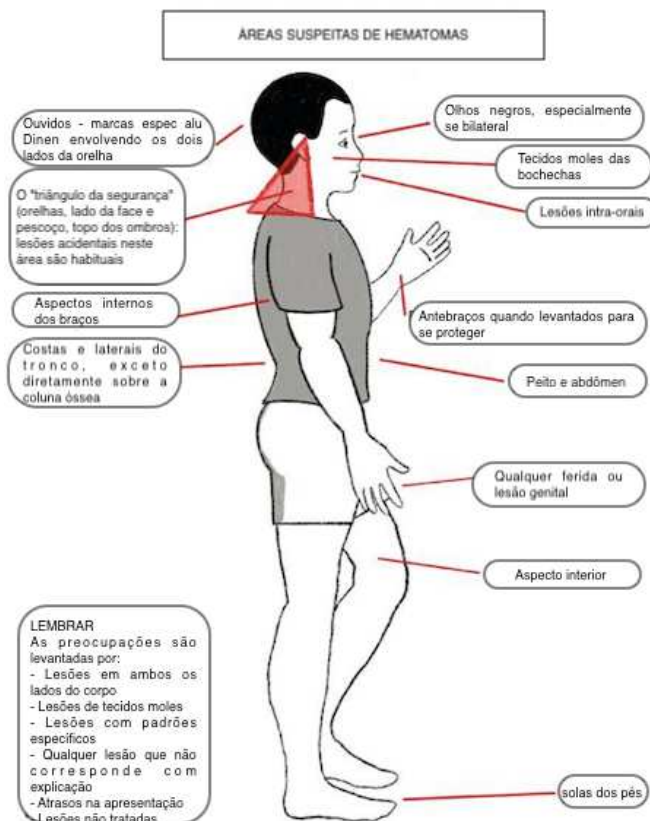


Figura 9 - Esquema das diferentes áreas suspeitas de hematomas

5.2.4. Marcas de mordida

As marcas de mordida são um dos sinais mais reveladores de abuso físico, mais concretamente quando são ao nível da face da criança ⁷. A marca de mordida é ainda mais suspeita quando existem, hematomas, abrasões, lacerações de forma elíptica. Efetivamente, de acordo com Fisher-Owens *et al.*, quando a área central da marca de mordida tem este tipo de lesões, pode ser o resultado da pressão positiva do fechamento dos dentes e da interrupção dos vasos sanguíneos, mas também pode ser o resultado da pressão negativa de sucção ou empurrão da língua ¹.

Como pode o médico dentista diferenciar entre uma marca de mordida humana e dum animal ou entre uma marca dum criança ou dum adulto? A resposta é simples, os animais arrancam a carne, no entanto, humanos fazem compressão que cria abrasão, contusão e laceração, mas raramente acaba com a avulsão do tecido. Além disso, de acordo com Fisher-Owens *et al.*, quando a distância entre os caninos está a mais de 3 centímetros, é uma característica típica de um humano adulto ¹.

5.2.5. Criança infetada com doenças sexualmente transmissíveis

Como foi referido acima, antes de fazer um diagnóstico, é importante recolher uma história clínica completa, que pode dar-nos informações sobre a criança, a família e nos ajudar a detetar sinais de abuso ou negligência. Quando vemos na história clínica que a criança que vamos tratar tem uma doença sexualmente transmissível (DST), pode ser um sinal de suspeita de abuso ou negligência. Efetivamente, a presença de DST pode ter origem no abuso sexual com um perpetrador infetado ¹.

Exemplos de DST que o médico dentista pode encontrar nestes casos são gonorreia oral e perioral nas crianças antes da puberdade que pode ser um sinal; de facto depois da puberdade, o comportamento sexual inicia o desenvolvimento e pode resultar em relações sexuais consentidas. Também existe o vírus HPV que pode manifestar-se sob a forma de verrugas periorais e, como já vimos, sob a forma de verrugas intraorais; a transmissão faz-se com contacto oro-genital, durante o parto com a mãe já infetada ou com contacto não sexual com mãos e órgãos genitais. Mas o médico dentista deve ter cuidado, estes sinais são unicamente fatores de riscos, para ter certeza da origem da transmissão destas infeções, outros exames são necessários ¹.

Existem também sinais de DST que são visíveis no corpo da criança. Temos exemplo da sífilis que se manifesta com erupções múltiplas eritematosas macro papulosas redondas sobre as duas mãos, alopecia do couro cabeludo; tem outras manifestações, mas essas não podem ser detetadas no consultório dentário (erupção maculopapular palmo plantar e condilomas na zona perianal) ²⁴.



Figura 10 - Erupção maculopapular, sintoma de sífilis (Imagem cedida pela Doutora Marbelys Hernandez)

A presença de sífilis não é sempre por abuso, pode ser congénita ou adquirida; sífilis adquirida, mais especificamente a sífilis secundária, sendo a manifestação mais frequente nas crianças, e o condiloma manifestação clínica mais frequente seguida da erupção macropapular. Um dos meios de transmissão desta doença é o abuso sexual, mas a transmissão pode ser feita por meio sexual (no caso de relação sexual consentida ou no caso de abuso sexual) ou por meio não sexual (contato acidental com secreção dum doente) ²⁴. Em geral a transmissão sexual é mais frequente nos adolescentes e a não sexual é mais frequente nas crianças de 2 a 10 anos. No estudo de Dayal *et al.*, 10% dos pacientes com sífilis tiveram antecedentes de abuso sexual e foram também infetados com VIH. De acordo com os autores, a percentagem elevada de seropositividade pode indicar uma transmissão sexual devido a uma atividade sexual voluntária prematura ou abuso sexual em crianças. Finalmente, a presença de sífilis tal como a presença de outras DST (HPV, VIH, gonorreia) não são sinais que demonstrem a 100% abuso, mas são fatores de risco a ter em conta ²⁴

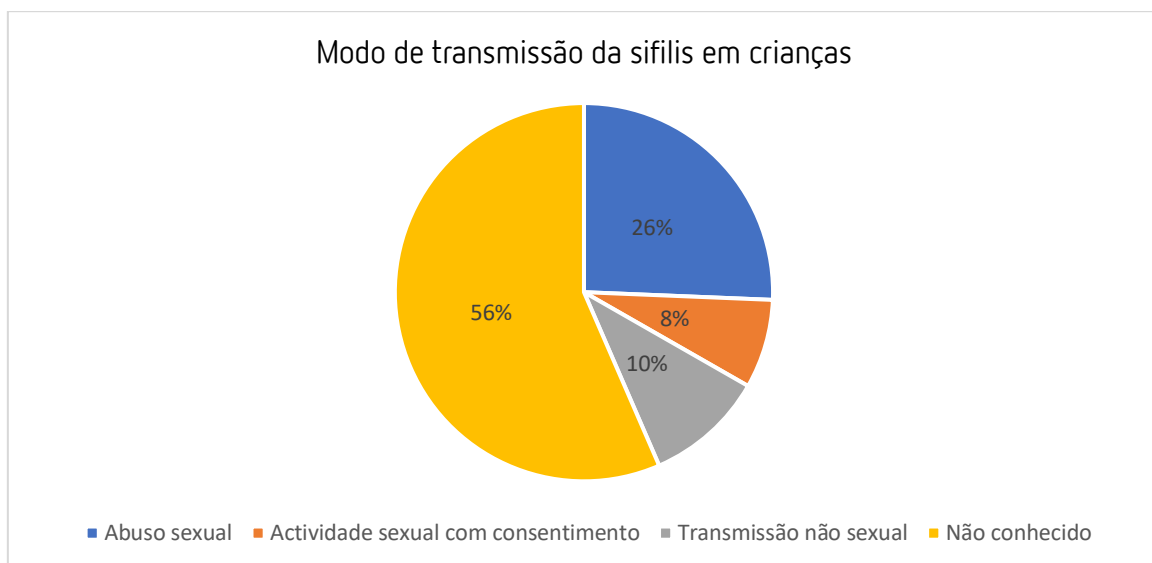


Figura 11 - Modo de transmissão da sífilis em crianças

6. Limitações

Esta revisão apresenta algumas limitações:

- O estudo baseia-se em sinais de suspeita de maus-tratos. Podemos unicamente falar em suspeita e não de diagnóstico porque todos estes sinais devem ser tidos em conta

numa situação geral, com vários sinais. De facto, um sinal, por si só, não pode ser usado sozinho para afirmar que um paciente sofre de maus-tratos, deve haver um conjunto de informações e sinais.

- A pesquisa, efetuada, não encontrou ensaios clínicos randomizados em crianças, só encontrou em adultos.
- A fonte de informação é limitada pelo facto de que os médicos dentistas nem sempre fazem registos quando têm um caso de criança abusada por medo das repercussões na criança e pela incerteza dos sinais. Embora, mesmo quando existe relatório, nem sempre pode ser analisado devido à confidencialidade.
- Os estudos utilizados foram realizados entre 2013 e 2023, um período mais alargado incluiria mais artigos, no entanto, o objetivo era obter resultados mais atuais.
- A maioria dos estudos são relatórios de caso, questionários e análises retrospectivas.
- Finalmente, a falta de relatórios e registos torna a recolha de dados suscetível de serem mal interpretados e mal geridos.

7. Conclusão

Através da análise da literatura efetuada, conseguimos verificar, que no contexto duma consulta odontopediátrica, existem sinais e sintomas de maus-tratos em criança e que estes podem ser intraorais e/ou extraorais.

Os sinais intraorais que podem levar à suspeita de maus-tratos podem ser entre outros: múltiplas lesões de cárie ou de outro tipo de patologia oral não tratada, baixo nível de higiene oral, marcas de traumatismo físico ou sexual na cavidade oral e alterações de desenvolvimento e de maturação dentária.

Os sinais extraorais de maus-tratos em criança envolvem diferentes níveis de observação de vários fatores. Para iniciar, é importante detetar os diferentes fatores de risco, tais como, baixo nível socioeconómico, famílias numerosas, com baixos rendimentos, uma situação conjugal dos pais complexa, crianças órfãs ou com deficiência física e/ou mental. Existem também fatores psicológicos e comportamentais, quer seja dos pais ou da criança, assim como fatores físicos, que podem levar à suspeita de maus-tratos.

Tendo como ponto de partida a posição especial em que o médico dentista se encontra, pois, segundo vários artigos, as crianças que sofrem de abuso apresentam marcas que estão presentes na região craniofacial em 50 a 75% dos casos é de crucial importância que o médico dentista não se centre unicamente na cavidade oral, mas deva ter uma visão geral do estado da criança para detetar uma possível situação de perigo.

Na realidade, os médicos dentistas não têm rotina de elaborarem um relatório ou registo do caso suspeito, quer por falta de conhecimento e certeza dos sinais, por medo das repercussões na criança, por medo de retaliações, quer por não saber como sinalizar.

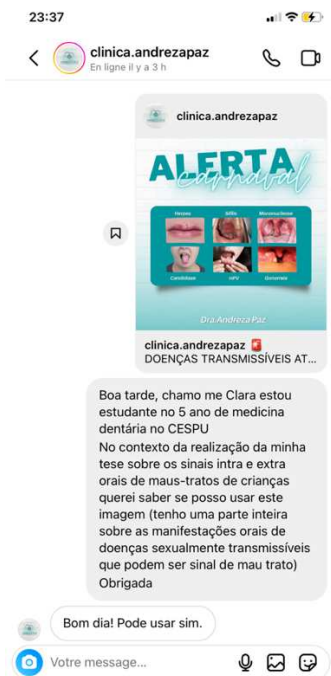
É, então, importante para o profissional de saúde ter conhecimento e saber como agir perante este problema de saúde pública a fim de detetar o mais cedo possível casos de maus-tratos a crianças, comunicando a situação de perigo às devidas entidades.

8. Referências Bibliográficas

1. Patrick A, Kandiah T, Welbury R. Can child safeguarding training be improved?: findings of a multidisciplinary audit. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2020 Dec 1;21(6):679–85.
2. Kvist T, Cocozza M, Annerbäck EM, Dahllöf G. Child maltreatment – prevalence and characteristics of mandatory reports from dental professionals to the social services. *Int J Paediatr Dent*. 2017 Jan 1;27(1):3–10.
3. Requena Mendoza A, Leticia Robles Bermeo N, Lara Carrillo E, Afectación CE. Afectación de la Salud Oral en Niños que Padecen Maltrato Infantil: Reporte de Caso Impact of Oral Health in Children with Child Abuse: A Case Report. Vol. 8, *Int. J. Odontostomat*. 2014.
4. Nogami Y, Iwase Y, Kagoshima A, Saitoh I, Nakajima T, Takahashi H, et al. Dental caries prevalence and treatment level of neglected children at two child guidance centers. *Pediatric Dental Journal*. 2017 Dec 1;27(3):137–41.
5. Aydinoglu S, Arslan I. Are anxiety and the presence of siblings risk factors for dental neglect and oral health status in children? *Archives de Pediatrie*. 2021 Feb 1;28(2):123–8.
6. Özgür N, Ballıkaya E, Güngör HC, Ataç AS. Turkish paediatric dentists' knowledge, experiences and attitudes regarding child physical abuse. *Int Dent J*. 2020 Apr 1;70(2):145–51.
7. Al-Dabaan R, Newton JT, Asimakopoulou K. Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect. *Saudi Dental Journal*. 2014;26(3):79–87.
8. Harris CM, Welbury R, Cairns AM. The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. *Br Dent J*. 2013 May 11;214(9).
9. Kvist T, Wickström A, Miglis I, Dahllöf G. The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry. *Eur J Oral Sci*. 2014;122(5):332–8.
10. Cukovic-Bagic I, Dumancic J, Kujundzic Tiljak M, Drvaric I, Boric B, Kopic V, et al. Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect. *Int J Paediatr Dent*. 2015 Nov 1;25(6):444–50.
11. Shapiro MC, Anderson OR, Lal S. Assessment of a Novel Module for Training Dental Students in Child Abuse Recognition and Reporting. *J Dent Educ*. 2014 Aug;78(8):1167–75.
12. Cavalcanti AFC, da Costa SRR, Goncharuk-Khomyn M, Cavalcanti AL. Maxillofacial injuries in Brazilian children and adolescents victims of physical violence: a single forensic center analysis. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2020;20:1–10.
13. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Rao Tate A. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect [Internet]. Available from: http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/140/2/e20171487/1064340/peds_20171487.pdf
14. Kaihara Y, Sasahara H, Niizato N, Yamane A, Nikawa H, Yamasaki K, et al. Establishment of indicator for screening of child abuse and neglect in primary school-age children. *Eur J Paediatr Dent*. 2022;23(4):315–20.
15. Sillevis Smitt H, de Leeuw J, de Vries T. Association Between Severe Dental Caries and Child Abuse and Neglect. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2017 Nov 1;75(11):2304–6.

16. Oliveira SC, Slot DE, Van der Weijden GA. What is the cause of palate lesions? A case report. *Int J Dent Hyg.* 2013 Nov;11(4):306–9.
17. Cohen PR, Miller VM. Fellatio-associated petechiae of the palate: Report of purpuric palatal lesions developing after oral sex. Vol. 19, *Dermatology Online Journal.* 2013.
18. Shamim T. Letter to the Editor Sexual Abuse: Dental Perspective Dear Editor-in-Chief [Internet]. Vol. 45, *Iran J Public Health.* 2016. Available from: <http://ijph.tums.ac.ir>
19. Percinoto ACC, Danelon M, Crivelini MM, Cunha RF, Percinoto C. Condyloma acuminata in the tongue and palate of a sexually abused child: A case report. *BMC Res Notes.* 2014 Jul 23;7(1).
20. Pachas Vásquez DDS AL, Suárez Ponce DDS DG, Evaristo Chiyong DDS TA. Estimation of the Chronological Age Through the Methods of Demirjian and Ubelaker in Peruvian Children.
21. Allareddy V, Asad R, Lee MK, Nalliah RP, Rampa S, Speicher DG, et al. Hospital based emergency department visits attributed to child physical abuse in United States: Predictors of in-hospital mortality. *PLoS One.* 2014 Jun 11;9(6).
22. Sumner SA, Mercy JA, Buluma R, Mwangi MW, Marcelin LH, Kheam T, et al. Childhood Sexual Violence Against Boys: A Study in 3 Countries. Vol. 137, *PEDIATRICS.* 2016.
23. Levin H, Sangha G, Carey TP, Lim R. Fracture and Nonaccidental Injury A Case Report of a Lateral Condylar Fracture in a 13 Month Old ILLUSTRATIVE CASE. *Pediatric Emergency Care* • [Internet]. 2016;32(12). Available from: www.pec-online.com
24. Shouldice M, Al-Khattabi F, Thau A, McIntyre S, Ng WKY, Levin A V. Traumatic macular retinoschisis in infants and children. *Journal of AAPOS.* 2018 Dec 1;22(6):433-437.e2.
25. Hymel KP, Boos SC, Armijo-Garcia V, Musick M, Weeks K, Haney SB, et al. An analysis of physicians' diagnostic reasoning regarding pediatric abusive head trauma. *Child Abuse Negl.* 2022 Jul 1;129.
26. Dayal S, Sahu P, Aggarwal K, Jain VK. Acquired syphilis in children: A retrospective study over two-and-a-half decades in a tertiary care center in northern India. *Pediatr Dermatol.* 2020 Mar 1;37(2):311–5.

9. Anexos



Anexo 1 - Autorização de uso de imagem



Anexo 2 - Autorização de uso de imagem



Anexo 3 - Autorização de uso de imagem