

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

MAUS-TRATOS INFANTIS, O PAPEL DO MÉDICO-DENTISTA

Trabalho submetido por
Bouchra El Hayani
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

junho de 2024

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

MAUS-TRATOS INFANTIS, O PAPEL DO MÉDICO-DENTISTA

Trabalho submetido por
Bouchra El Hayani
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Profª Doutora Irene Maria Ventura de Carvalho Ramos

junho de 2024

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar a minha profunda e sincera gratidão a todos os que participaram neste projeto, que exigiu uma enorme dose de paciência, rigor e apoio incondicional.

À minha Orientadora, Professora Doutora Irene Ventura, o seu tempo, a sua orientação e a sua dedicação, foram fundamentais para a concretização deste trabalho.

Ao Instituto Universitário Egas Moniz, pela excelente qualidade de ensino e por me proporcionar a oportunidade de realizar um dos meus maiores sonhos. Agradeço profundamente por me abrir portas e me oferecer as ferramentas necessárias para crescer e aprender.

À minha família, especialmente à minha mãe, irmãs e irmãos, que sempre foram a minha âncora e o meu porto seguro. Vocês proporcionaram-me todo o amor, suporte e felicidade que preciso para seguir em frente. Obrigada por estarem sempre presentes, pelos vossos ouvidos atentos, pelos conselhos sábios e pelo amor incondicional que sinto a cada dia.

Aos meus amigos de França e de outros lugares, que mesmo à distância, nunca deixaram de me apoiar e de me dar forças. A vossa amizade é um tesouro precioso que guardo no meu coração.

Um agradecimento especial a Simon, que sempre acreditou em mim e me deu todo o apoio necessário para que eu pudesse completar este projeto. A tua fé em mim foi e sempre será uma fonte inesgotável de motivação e coragem.

Aos amigos que fiz na Egas Moniz, agradeço de coração pelos momentos inesquecíveis de partilha, companheirismo e apoio mútuo. A vossa amizade enriqueceu a minha jornada e tornou este caminho mais leve e agradável.

RESUMO

As crianças podem estar expostas a vários tipos de maus-tratos que se manifestam na boca e que podem ser identificados pelos médicos dentistas. Estes necessitam estar cientes de como avaliar e abordar esses sinais, dado que estes são de report obrigatório. Desde a sua primeira visita, por volta de 1 a 2 anos, até a idade adulta, a criança é levada para visita regularmente ao consultório para realizar check-ups e tratamentos, se necessário. Esta posição privilegiada do médico dentista permite um contato próximo e contínuo com as crianças, especialmente a nível físico, psicológico e comportamental.

Os maus-tratos incluem agressão física, abusos sexuais, abusos psicológicos e negligência oral. Não existem muitos relatos médicos, embora os estudos relatem que as regiões mais afetadas são o crânio, o pescoço e a oro-facial, admitindo-se que cerca de 50% das lesões abusivas sejam oro-faciais.

Os maus-tratos podem ter consequências graves para crianças e adolescentes, quando observados devem ser reportados ao Ministério Público e às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, no superior interesse da criança, de acordo com o consagrado na Constituição da República Portuguesa.

Apesar da alta frequência dos maus-tratos em crianças, uma grande percentagem de médicos-dentistas diz-se incapaz de reconhecer e agir por diferentes motivos, a maioria das vezes porque não sabem quem contatar, qual é a responsabilidade na denúncia e a dificuldade em fazer o diagnóstico correto pode impedir esses relatos.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis, papel do médico-dentista, manifestações oro-faciais, sinalização

ABSTRACT

Children can be exposed to various types of maltreatment that manifest in the mouth and can be identified by dentists. Dentists need to be aware of how to evaluate and address these signs, as reporting is mandatory. From their first visit, around 1 to 2 years old, until adulthood, children are regularly taken to the dental office for check-ups and treatments if necessary. This privileged position of the dentist allows for close and continuous contact with children, especially on a physical, psychological, and behavioral level.

Maltreatment includes physical abuse, sexual abuse, psychological abuse, and oral neglect. Although there are not many medical reports, studies indicate that the most affected areas are the skull, neck, and orofacial regions, with about 50% of abusive injuries being orofacial.

Maltreatment can have serious consequences for children and adolescents. When observed, it must be reported to the Public Prosecutor's Office and the Child Protection Commissions, in the best interest of the child, as enshrined in the Constitution of the Portuguese Republic.

Despite the high frequency of child maltreatment, a large percentage of dentists feel incapable of recognizing and acting for various reasons, most often because they do not know who to contact, what their responsibility is in reporting, and the difficulty in making the correct diagnosis can prevent these reports.

Keywords: Child abuse, role of the dentist, orofacial manifestations, signaling

ÍNDICE GERAL

I. INTRODUÇÃO.....	11
II. DESENVOLVIMENTO.....	13
2.1. FORMAS DE MAUS-TRATOS INFANTIS	13
2.1.1 Abusos físicos.....	13
2.1.2 Abusos sexuais	14
2.1.3 Violência psicológica	15
2.1.4 Negligência.....	15
2.2. FORMAS ESPECIFICAS DOS MAUS-TRATOS INFANTIS.....	16
2.2.1 Síndrome do bebê sacudido	16
2.2.2 Síndrome o Mûnchausen	17
2.3. FACTORES DE RISCOS DE MAUS TRATOS	18
2.3.1 Fatores individuais.....	19
2.3.2 Factores de riscos da relação familiar	20
2.3.3 Factores de risco ao nível da comunidade e social	20
2.4. CONSEQUÊNCIAS	21
2.5. A IMPORTÂNCIA DA DETECÇÃO DE MAUS-TRATOS DURANTE A CONSULTA.	21
2.6. DETECÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS.....	22
2.6.1 Anamnese	22
2.6.2 Durante o Exame clínico	23
2.6.2.1 Exame extra-oral.....	24
2.6.2.2 Exame intra-oral	25
2.6.3 Exames complementares de diagnóstico	26
2. 6.4 Características da negligência dentária.....	27
2.6.5 Manifestações orofaciais dos maus-tratos	28
2.6.5.1 Lesões faciais.....	28
2.6.5.2 Lesões tegumentares evocativas de maus-tratos	29
2.6.5.2.1 Equimoses.....	29
2.6.5.2.2 Queimaduras	30
2.6.5.2.3 Mordeduras.....	32
2.6.5.2.4 Lesões dos fâneros.....	33
2.6.5.2.5 Lesões dos tecidos moles orais e peri-orais.....	33
2.6.5.2.6 Lesões orais típicas em casos de violência física	34

2.6.5.2.7 Lábios	34
2.6.5.2.8 Caso particular do freio labial	35
2.6.5.2.9 Lesões orais típicas em casos de abuso sexual	35
2.6.5.2.10. Lesões dentárias e traumatismos dentários.....	38
2.6.6 Diagnóstico diferencial.....	39
2.7. PROTEÇÃO DOS MENORES	40
2.7.1 Proteção dos jovens no mundo	40
2.7.2 Proteção dos jovens em Portugal.....	41
2.7.2.1. Comissões de Proteção de Crianças e Jovens.....	42
2.7.2.2 Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco	43
2.7.2.3 Associação de Apoio à Vítima (APAV).....	43
2.8. PAPEL DO MÉDICO-DENTISTA.....	43
2.8.1 O sigilo médico e suas exceções.....	44
2.8.2 Legislação e ética.....	44
2.8.3 Procedimentos a adotar perante uma forma de abuso infantil.....	45
2.8.3.1 Realizar o inquérito	45
2.8.3.2 Ajuda em caso de dúvidas	46
2.8.3.3 Documentação	47
2.8.3.4 Como agir em cada situação?	49
III. CONCLUSÃO.....	53
IV. BIBLIOGRAFIA	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Mecanismo do síndrome do bebê abanado;.....	17
Figura 2- Modelo ecológico dos fatores dos maus-tratos infantis.	18
Figura 3- Cáries dentárias com exposições pulpares nos dentes 51 e 61. Destruição das coroas dos incisivos superiores centrais e laterais, com os primeiros molares temporários afetados pela cárie numa criança de três anos.	28
Figura 4- Sítio anatómico comum dos maus-tratos versus acidentais Adaptado do	30
Figura 5- Queimadura de cigarro	31
Figura 6- Criança em posição de flexão	32
Figura 7- Fotografia representativa do caso dos lesões equimóticas observada na junção do palato mole e duro, sugerindo um possível abuso	34
Figura 8- Uma rutura inexplicada do freio labial deve ser completamente investigada para excluir a presença de lesões ocultas.	35
Figura 9- Fotografia representativa dum caso da lesão típica de HPV na língua.....	37
Figura 10- Fotografia representativa do caso dum lesão característica da sífilis.	38
Figura 11- Fotografia representativa dum caso da fratura do dente 11, edema dos lábios, laceração e sangramento causado por trauma contuso.	39
Figura 12- Níveis de intervenção das entidades.	42
Figura 13- Regra ABFO	48
Figura 14 - Exemplo do documento para a sinalização.	49
Figura 15- Diagrama resumido e simplificado de intervenção do médico-dentista	51

LISTA DE SIGLAS

ABFO – American Board of Forensic Odontology

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

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

CPP – Código Penal Português

HAS – Haute Autorité de Santé (Alta Autoridade de Saúde)

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HPV – Human Papillomavirus

INML -- Instituto Nacional de Medicina Legal

ONU – Organização das Nações Unidas

NACJR -- Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco

WHO – World Health Organization

I. INTRODUÇÃO

O papel desenvolvido pelos profissionais de saúde é preponderante para a sinalização de maus tratos, em adultos, adolescentes e crianças, dado que desempenham as suas funções em ambientes de grande proximidade, sendo em consultas de rotina ou urgência, nos centros de saúde ou em meio hospitalar.

Em Portugal em 2022, os casos de crimes e violências diversas aumentaram mais de 32% em relação ao ano anterior. A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) registou quase 1760 crianças e jovens vítimas de crime e violência, que foram apoiados em 2023. Os maus-tratos de crianças assumem muitas formas, incluindo a violência física, psicológica, sexual e a negligência, todas elas com consequências graves para as crianças que as sofrem e são puníveis por lei.

Os médicos dentistas são frequentemente os primeiros profissionais de saúde a entrar em contacto com as crianças vítimas de abuso e negligência de crianças, não só para prestar tratamento às vítimas de abuso, mas também para servir como a sua primeira linha de defesa. Contudo, seja devido à falta de conhecimento ou ao receio da denuncia, uma parcela significativa desses casos não é identificada ou comunicada por esses profissionais, conforme evidenciado por vários estudos realizados. Existem certos sinais de alerta que devem ser comunicados, em caso de suspeita de maus-tratos físicos, e sexuais e psicológicos, bem como a negligência geral oral, têm consequências graves para as crianças vítimas e, quando reconhecidos, são puníveis por lei. Os profissionais de saúde precisam estar atentos aos indicadores, reconhecendo casos de abuso ou negligência oral, sabendo como tratar estes doentes, ajustado ao cumprimento legal e ética, relativamente a casos suspeitos.

O objetivo deste estudo é definir os maus-tratos infantis, nas suas variadas formas de violência e suas consequências. Serão detalhadas as diferentes etapas de exame, abrangendo não apenas a cavidade oral, mas também a face, tanto durante a anamnese como no exame clínico. As manifestações oro-faciais de maus-tratos, incluindo lesões faciais, cutâneas e lesões nos tecidos moles, serão enumeradas. Além disso, serão discutidos os diagnósticos diferenciais pertinentes.

No fim, serão abordadas a proteção dos menores no mundo e em Portugal, assim como o papel do dentista no relato de abusos: o que prevê o sigilo médico, bem como a legislação e a ética do exercício médico-dentário, no caso da deteção de maus-tratos. Serão explicados os procedimentos a serem adotados em casos de maus-tratos, incluindo o comportamento apropriado diante de informações suspeitas, em situações de extrema gravidade e a confirmação da suspeita.

II. DESENVOLVIMENTO

2.1. Formas de maus-tratos infantis

De acordo com World Health Organization (WHO) *“O abuso de crianças refere-se à violência e à negligência sobre qualquer pessoa com idade inferior a 18 anos. Inclui todas as formas de maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, ou exploração comercial ou outra, que resultem em danos reais ou potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder”*.

Na promoção e Proteção dos Direitos da Crianças *“Os maus tratos às crianças podem definir-se como qualquer acção não accidental que comporte abuso (emocional, físico ou sexual) ou omissão (emocional ou física) para com um criança, menor de dezoito anos, perpetrada pelo seu progenitor ou cuidador principal, por outra pessoa ou por qualquer instituição, e que ameace o desenvolvimento adequado da criança.”*(Moolla et al., 2022)

Os maus-tratos têm diferentes critérios de classificação, o âmbito de categorizar a realidade e torná-la mais compreensível podemos classificá-la em quatro tipos. A classificação desenvolvida neste guia podemos distinguir os principais formas de maus-tratos associados ou não (Krug et al., 2002; Mathews et al., 2020):

2.1.1 Abusos físicos

Abusos físicos correspondem a lesões não acidentais, reais ou potenciais, infligidos pelo responsável legal o outro, com a validação do responsável. Segundo a WHO o abuso físico corresponde a bater, espancar, pontapear, sacudir, morder, estrangular, infligir queimaduras de qualquer tipo, envenenar e sufocar. (Crespo et al., 2011; Kairys 2020; Magalhães, 2010; WHO, 2006).

Na atualidade, certas práticas físicas consideradas como formas de correção ou educação podem ser toleradas pela sociedade, o que dificulta a identificação precisa, de casos de abuso físico. Essa tolerância, pode complicar o diagnóstico diferencial e está refletida na

legislação vigente, especificamente nos artigos 152.º - "Violência doméstica" e 152.º-A - "Maus-Tratos" do Código Penal Português. Esses dispositivos legais permitem justificar tais práticas como tendo objetivos educacionais ou corretivos.

Entre as lesões decorrentes de maus-tratos, as lesões na região orofacial são as mais frequentes. Podem incluir equimoses, queimaduras causadas por alimentação forçada, bem como traumatismos dentários que podem resultar em fraturas ósseas (Crespo et al., 2011; Kellog et al., 2023; Taylor et al., 2023).

2.1.2 Abusos sexuais

Abusos sexuais infantis correspondem ao ato de forçar ou incitar um menor a participar numa atividade sexual. Em geral, abuso sexual pode ser definido como um contacto com uma criança que acontece nas seguintes três situações:

- a) Quando existe uma grande diferença de idade ou de maturidade entre os parceiros;
- b) Quando o parceiro está numa posição de autoridade ou numa relação de cuidado com a criança;
- c) Quando os atos são praticados contra a criança com recurso a violência ou truques.

Os abusos sexuais, ocorridos no ambiente familiar são mais frequentes, sendo que muitas vezes o agressor é o pai, o padrasto ou um elemento de família próxima. Embora esses abusos domésticos sejam menos violentos fisicamente, tendem a ter um impacto emocional mais profundo devido à relação vítima/ agressor. No entanto, essa ligação emocional entre eles torna mais difícil para a vítima revelar o abuso e, para terceiros detetá-lo, pois o agressor exerce uma pressão emocional mais intensa sobre a vítima. (Kellog et al., 2023; Taveira et al., 2009)

Esse tipo de abuso inclui todas as ações relacionadas com a atividade física genital, mas também obrigar o abusado a testemunhar conversas obscenas, ser exposta a material pornográfico ou de cariz sexual. É penalizado criminalmente, quando o abusado não tem idade nem capacidade, para consentir ou ter consciência dos atos praticados. (Crespo et al., 2011; Lim et al., 2021; Kirk-Provencher et al., 2021 Massoni et al., 2010)

2.1.3 Violência psicológica

A violência psicológica consiste em agressões emocionais, contínuas e recorrentes que prejudicam o desenvolvimento geral e emocional de uma criança ou adolescente, por ser menos visível que o abuso físico e sexual, esta forma de abuso recebe menos atenção. (Krug et al., 2002). No entanto, envolve uma série de comportamentos hostis por parte dos cuidadores, a partir do momento, em que se desprezam a criança, quer a nível físico quer baixando a sua auto-estima, causando sensação de rejeição. Esses comportamentos também podem estar relacionados com a falta de conhecimento, sobre o desenvolvimento e necessidade infantis, para o desenvolvimento harmonioso deste ser tão importante, por parte dos pais/ cuidadores. (Crespo et al., 2011; May-Chahal et al., 2005; Norman et al., 2012; Slep et al., 2022)

Segundo a WHO, é simultaneamente resultado de incidentes isolados e da incapacidade dos cuidadores, proporcionarem um ambiente adequado e propício ao seu desenvolvimento. É muito provável, que os atos desta categoria resultem em danos irreparáveis para a saúde física, psicológica, social e auto-estima da criança, interferindo com o seu desenvolvimento, que a longo prazo poderão levar a comportamentos desviantes, chegando mesmo ao suicídio. (Massoni et al., 2010; Crespo et al., 2011; Norman et al., 2012; Moolla et al., 2022; Suniega et al., 2022).

2.1.4 Negligência

A negligência pode definir-se como sendo, a incapacidade deliberada dos pais ou de outras pessoas em posição de confiança de prestar os cuidados básicos, de que a criança necessita. (Ramazani et al., 2014). A ausência de cuidado com as necessidades físicas ou emocionais, como, a falta de cuidados com a saúde, educação, supervisão, apoio emocional e proteção contra riscos ambientais, que resulta em danos reais ou potenciais, constituem as formas mais frequentes de negligência infantil (Massoni et al., 2010 ; Avdibegović et al., 2020; Suniega et al., 2022).

De acordo com Krug et al. (2002) *“Existem muitas manifestações de negligência infantil, incluindo o não cumprimento das recomendações dos cuidados de saúde, a não procura*

de cuidados de saúde adequados, a privação de alimentos que resulta em fome e o facto de a criança não se desenvolver fisicamente”.

Trata-se de vários domínios: saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, casa e condições de vida seguras (WHO, 2006). The American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) define como a incapacidade dos prestadores de cuidados de saúde de fornecerem os pré-requisitos de uma função oral adequada através da procura e da prestação atempada dos serviços de tratamento dentário necessários para se estar livre de dores e infeções. (WHO, 2006).

A "negligência" pode definir diversas situações da vida diária do indivíduo, onde se engloba deficiência alimentar grave não tratada, atrasos e lesões recorrentes, exposição a hábitos e meios ambientais de risco, sejam eles dependência de droga, álcool, higiene, saneamento (Massullo et al., 2023; Dubowitz et al., 2007).

2.2. Formas específicas dos maus-tratos infantis

2.2.1 Síndrome do bebé sacudido

A síndrome do bebé sacudido é a causa mais comum de morte ou de lesão neurológica grave resultante de maus-tratos a crianças. É específica da infância, quando as crianças têm características anatómicas únicas. Guthkelch (1971), relatou hematoma subdural como uma característica da “battered child syndrome”. As crianças são abanadas em resposta, a um choro prolongado e inconsolável. A hipóxia e a isquémia resultantes da apneia, podem ser as principais causas de lesões cerebrais. A lesão axonal traumática em bebés causada por abalos violentos tem sido tradicionalmente descrita como lesão axonal difusa ou cisalhamento axonal (Figura 1), indica três sintomas típicos: diminuição da consciência (de irritabilidade a coma); distúrbios respiratórios (bradipneia a apneia) e convulsões. No entanto, estudos experimentais indicam que a força resultante apenas do abalo não é suficiente para causar tal lesão. Por esta razão, o termo "síndrome do bebé sacudido" foi considerado inadequado, sendo sugerido o termo "síndrome de impacto por abalo". Nos últimos anos, avanços em técnicas de imagem e neuropatologia permitiram distinguir entre lesões axonais hipóxicas e traumáticas. Estes avanços demonstraram que a lesão cerebral inicial provocada por abalo é de natureza hipóxica, resultando em edema

cerebral e aumento da pressão intracraniana, o que pode levar a danos neurológicos adicionais ou morte. Em bebês, o movimento da cabeça durante o abalo causa lesão no tronco cerebral, sendo o risco de lesão maior quanto mais jovem for o bebê. (Blumenthal et al., 2002; Johnson et. al., 2020).

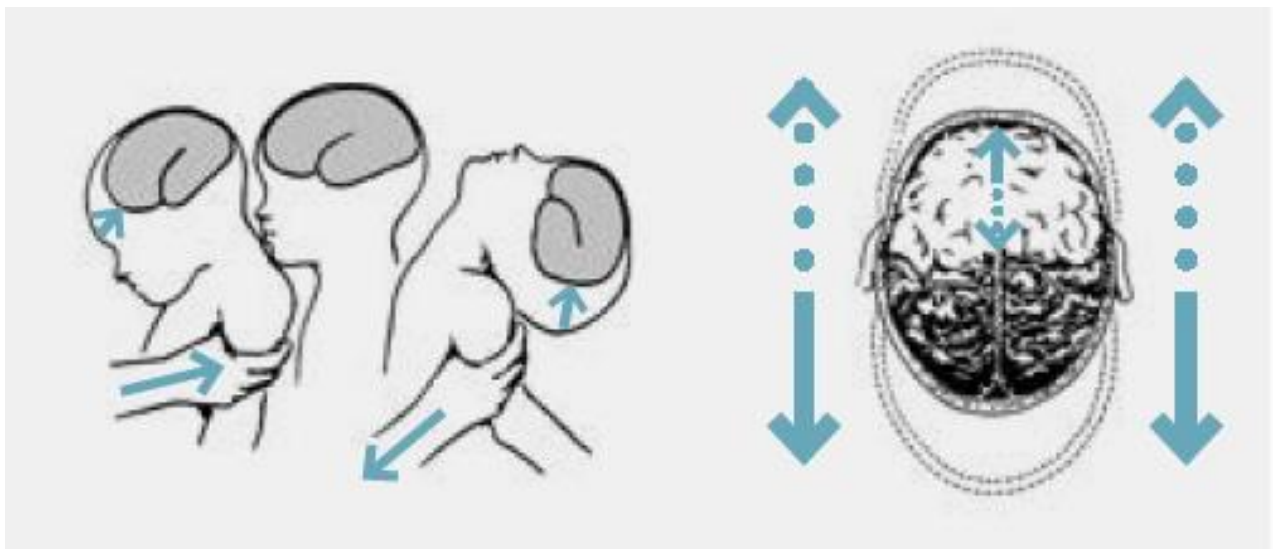


Figura 1 Mecanismo do síndrome do bebê abanado; Retirado de (Lips et al., 2020)

2.2.2 Síndrome o Mûnchausen

A Síndrome de Munchausen e a Síndrome de Munchausen por procuração, são condições caracterizadas pela invenção ou pela produção intencional de sinais ou sintomas de doenças, bem como alterações de exames laboratoriais. A Síndrome de Munchausen por procuração envolve a fabricação de ferimentos ou doenças infligidas, por uma pessoa a outra (normalmente dos pais para a criança) e representa cerca de 0,04% dos casos de abuso de crianças (Abdurrachid et al., 2022; Abeln et al., 2018), podendo o agressor ter conhecimentos médicos, pelo que, ao agir dessa forma, o pai tem uma imagem "boa" perante terceiros e obtém o benefício da dúvida. Na realidade, é um indicativo de uma patologia psiquiátrica grave (Lips et al, 2020).

2.3. Factores de riscos de maus tratos

Segundo Krug “...uma variedade das teorias e modelos são descritos para explicar a ocorrência dos maus-tratos na família. Conforme aplicado ao abuso e negligência infantil o modelo ecológico considera uma série de fatores, incluindo a características de cada criança e de sua família, do cuidador ou do perpetrador, a natureza da comunidade e do ambiente econômico e cultural”. (Krug et al., 2002). (Figura 2)

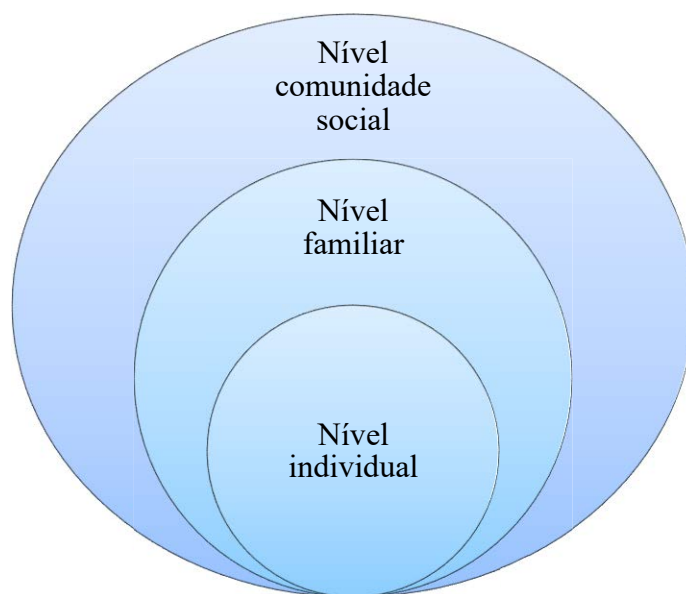


Figura 2 Modelo ecológico dos fatores dos maus-tratos infantis. Adaptado de (Krug et al., 2022)

As seguintes características podem ser estatisticamente associadas, mas não permitem estabelecer, um nexos causal (National Research Council et al., 1993), a presença de fatores de risco não garante automaticamente maus-tratos ou incapacidade de cuidar da criança. Algumas famílias lidam bem com vários desses fatores, o impacto varia conforme os recursos protetores disponíveis, que podem ser individuais, familiares ou socioculturais. (Avdibegović et al., 2020; Teufel et al., 2006)

Segundo a legislação portuguesa, os fatores de risco, sejam eles, individuais, da relação familiar, ao nível da sociedade e da comunidade embora importantes, não são determinantes individualmente, nas situações de maus-tratos. Além desses fatores, é relevante destacar a presença de uma ampla gama de circunstâncias que poderão equilibrar ou desequilibrar, contribuindo pela positiva/ negativa para aumentar/ reduzir o

risco. Portanto, ao avaliar essas situações é, crucial considerar a interação dos fatores de risco, exercer um julgamento criterioso e sensato por parte, dos profissionais ou equipa envolvidos.

2.3.1 Fatores individuais

Os fatores de risco individuais incluem os fatores de risco próprios das crianças que são vítimas e os fatores de risco próprios do perpetrador, que pode ser o pai ou o responsável legal. No Relatório Europeu sobre a Prevenção do Abuso de Crianças (Sethi et al. 2013), os autores destacaram vários factores, que colocam as crianças em maior risco de maus tratos (Regional Committee for Europe, 2014). As alterações nos perfis psicológico, social e comportamental do agressor podem revelar fatores de risco associados a experiências de abuso e negligência durante a infância. Muitas vezes, esses traumas são transferidos para outras crianças, tornando-as vítimas do agressor na idade adulta. Fatores de risco frequentes incluem estatuto socioeconômico e cultural baixo, paternidade precoce, isolamento social, depressão e baixa auto-estima (Avdibegović et al., 2020; Massoni et al., 2010).

Na vítima, certos fatores individuais podem aumentar o risco, como crianças com necessidades especiais, incluindo anomalias congénitas ou deficiências, doenças crónicas, déficit de atenção, hiperatividade, dificuldades em expressar-se e aprender, além de distúrbios de comportamento ou personalidade, e questões étnicas (Austin et al., 2020).

Idade e género: A vulnerabilidade das crianças aos maus tratos depende em parte da idade da criança. Os casos fatais do abuso físico, verificam-se mais em crianças de tenra idade, enquanto nos abusos sexuais as taxas mais altas, ocorrem durante a adolescência, no entanto, também podem ser dirigidos a crianças pequenas (Teufel et al., 2006).

Certas características comportamentais, podem ser percebidas pelos pais/cuidadores, como fontes de stresse, aumentando a probabilidade de ocorrência de maus-tratos. Podem observar-se características como, grande irritabilidade, hiperatividade aos estímulos do ambiente, presença de doenças ou deficiências, entre outros, necessitando de maior atenção e cuidados especiais (Teufel et al., 2006). Também são fatores de risco, os que

alteram o desenvolvimento fetal, devido a comportamentos direto da mãe ou passivo, nomeadamente, tabagismo, álcool, droga e stress, podendo contribuir para a vinculação afetiva inadequada com a mãe, desencadeando comportamentos agressivos/ violentos. (Austin et al., 2020; Chang et al., 2021).

2.3.2 Factores de riscos da relação familiar

Entre os elementos de risco familiares associados aos maus-tratos infantis, é possível distinguir aqueles relacionados com a própria estrutura e composição familiar, assim como, aqueles diretamente ligados à interação na família, especialmente na relação entre mãe/pai e filhos. Destacam-se as habilidades parentais deficientes, a aprovação parental de castigos corporais, deficiente coesão familiar e funcional, stress financeiro, problemas psiquiátricos no seio familiar, violência íntima do parceiro, filho de gravidez não planeada, famílias monoparentais, famílias reunificadas com diferentes costumes, diferença etária entre irmãos, perda por morte ou separação (Avdibegović et al., 2020; Younas et al., 2023; Sethi et al., 2013).

2.3.3 Factores de risco ao nível da comunidade e social

As características da comunidade em que crianças e famílias vivem também afetam a probabilidade de maus-tratos infantis: desvantagem socioeconómica, nível social e cultural baixo, acesso limitado a cuidados infantis e facilidade de acesso a adições (álcool e drogas) (Jones Harden et al., 2021; Sethi et al., 2013).

No âmbito social, os valores culturais e sociais que podem influenciar o risco de maus-tratos infantis incluem: (Raman et al., 2012)

- Regras culturais que apoiam a violência: promovendo ou normalizando a violência contra os outros, incluindo o castigo físico.
- Legislação reduzida para prevenir o abuso infantil: ausência de leis que protegem as crianças.
- Stress económico e conflito social: contribuem significativamente para o aumento de risco de situações de violência, independente da classe social, sendo crucial que os

médicos dentistas evitem preconceitos em relação às famílias, de baixos recursos (Sharratt et al., 2023; Somani et al., 2011; WHO, 2020).

2.4. Consequências

As repercussões dos traumas infantis variam de acordo, com os tipos de abuso sofridos e com a capacidade de adaptação psicológica da criança, não existindo uma resposta universal para esses casos. (McCann et al., 1988). Pode haver muitas consequências desses maus-tratos, no caso da negligência dentária, isso pode afetar a vida da criança, incluindo a comunicação com os pares, a nutrição e o desenvolvimento geral, físico e psicológico da criança (American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2023; Rokach et al., 2023).

As consequências dos abusos físicos, podem desencadear sintomas psicológicos típicos, como comportamento agressivo, dificuldades de integração social, envolvimento em atividades criminosas, baixa auto-estima, auto-imagem negativa e internalização dos problemas (Avdibegović et al., 2020; Crespo et al., 2011; Singh et al., 2020).

As consequências dos abusos sexuais, além do risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, são principalmente psicológicas. O paciente pode sentir ansiedade em resposta à proximidade ou ao uso de instrumentos na cavidade oral., o que pode desenvolver problemas de saúde oral posteriormente (Kirk-Provenche et al., 2023; Singh et al., 2020; Willumsen et al., 2004).

2.5. A importância da detecção de maus-tratos durante a consulta.

É raro que uma criança em perigo consulte os serviços médico-legais. As consultas pediátricas permitem levantar dúvidas ou suspeitar de maus-tratos. A face é uma área frequentemente afetada em 50 a 75% dos casos de abuso (Spiller, 2023). O médico dentista, devido à sua consulta especializada centrada na região da cabeça e cavidade oral, está na linha de frente para detectar casos de violência contra a criança. Um estudo

sistemático conduzido; em 2016 por Rodrigues et al, intitulado "*Violência doméstica contra crianças detectada e gerenciada na rotina odontológica*", examinou 1024 artigos relacionados ao tema, coletados em seis bases de dados distintas. A análise investigou a percepção, o conhecimento e a atitude dos dentistas em relação à identificação de casos de abuso infantil:

- a) Concluiu que 39% dos artigos revistos, relatam que o conhecimento dos médicos-dentistas sobre como detectar casos de abuso infantil era considerado "insuficiente".
- b) Quando existem suspeitas de abuso, os médicos dentistas geralmente, encaminham diretamente os casos às autoridades competentes, conforme constatado em aproximadamente 77,75% dos artigos.
- c) No entanto, cerca de 31,25% dos artigos indicaram que os dentistas demonstram incerteza sobre a identidade das autoridades competentes para encaminhar os casos.

2.6. Detecção dos maus tratos infantis

O rosto e a cavidade oral são os locais centrais onde a violência ocorre, devido à sua exposição e acessibilidade e, porque apresentam as características da identidade. Assim, os lábios seriam os mais afetados em casos de abuso físico, seguidos pela mucosa oral, dentes, gengiva e língua. O profissional de saúde deve correlacionar os sinais clínicos, suas localizações, o tipo e a forma da lesão com a idade da criança. Durante o exame clínico, ele realizará uma avaliação extra-oral seguida por uma intra-oral e em caso de suspeita, deve questionar a criança e os seus pais, separadamente. (Fisher et al., 2017; Mele et al., 2023; Offen, 2021).

2.6.1 Anamnese

Quando uma criança se apresenta para consulta, especialmente em caso de traumatismo, os antecedentes podem alertar a equipe de cuidados dentários para a possibilidade de maus-tratos. De facto, a história pode ser a fonte de informação mais importante. Antes de examinar a boca, o cirurgião-dentista experiente pode observar os sinais físicos gerais que podem corresponder a maus-tratos ou negligência em relação à criança (Somani et al., 2011). A avaliação integral da criança engloba aspetos como higiene, estado físico, indicadores de desnutrição ou má-nutrição, indumentária e condição de saúde global.

Paralelamente, é imperativo realizar uma inspeção meticulosa em busca de eventuais ferimentos ou contusões no rosto ou corpo da criança.

Além disso, assume importância primordial a análise da resposta comportamental da criança durante interações verbais, uma vez que tal avaliação pode proporcionar indícios substanciais. Nesse contexto, crianças sujeitas a abuso podem manifestar reações que variam desde agressividade e perda de controle até a adoção de uma atitude estoica em determinadas situações. A história clínica pode, em alguns casos, levantar dúvidas sobre a origem de certas lesões, ou até mesmo identificar eventos suspeitos ao longo da vida da criança (HAS, 2017). Pode ser a fonte de informação mais crucial. Antes de examinar a boca, o médico-dentista pode observar os sinais físicos gerais que podem indicar casos de maus-tratos ou negligência em relação a uma criança (Somani et al., 2011).

Como elementos de orientação anamnésica indicamos os mais precisos, mas que necessitam ser avaliados, de forma não interpretativa (Offen, 2021):

- a) O intervalo inexplicável entre o início dos sintomas e a primeira consulta médica.
- b) A incoerência entre o motivo declarado para a consulta e os sinais clínicos observados.
- c) A atribuição de responsabilidade a uma terceira pessoa.
- d) A falta de interesse evidenciada pela família diante de um prognóstico considerado grave para a criança.
- e) Queixas somáticas recorrentes sem etiologia estabelecida (dores de cabeça, dores abdominais).
- f) Histórico de acidentes domésticos repetidos.
- g) Tentativa(s) de suicídio.
- h) Incidentes de maus-tratos nos irmãos.

2.6.2 Durante o Exame clínico

Como em qualquer exame pediátrico convencional, mesmo quando há suspeitas iniciais de maus-tratos durante a anamnese, o exame deve ser completo, e sua abordagem deve ser rigorosa para limitar o número de intervenções junto da criança. Inclui um exame facial abrangente, uma análise de todos os orifícios naturais da face e uma inspeção da cavidade oral.

O exame facial envolve observação, inspeção, palpação, documentação precisa e registo de todos os indícios suspeitos (Bourillon et al., 2012). Este registo pode ser complementado por fotografias extra e intra-orais, bem como esquemas e desenhos, permitindo criar uma verdadeira cartografia das lesões. A inspeção deve ser conduzida de maneira metódica, dividindo o rosto em distintos níveis. Iniciamos pelo pescoço, seguido pela região inferior da face, avançando para o nível médio e, por último, explorando a região superior (Vasquez et al., 2016).

2.6.2.1 Exame extra-oral

O médico-dentista desempenha um papel crucial na identificação de maus-tratos devido à frequência das lesões na região oro-facial. De facto, diversas pesquisas evidenciam que entre 50% e 75% das manifestações físicas de maus-tratos estão localizadas na cabeça e no pescoço (Spiller, 2023).

É crucial verificar se o caso da criança não envolve uma emergência vital, sendo essencial questionar se houve perda de consciência, indicativa de possível trauma craniano ou cervical, e se houve consulta médica dentária de urgência pediátrica anterior. Adicionalmente, é necessário descartar uma emergência oftalmológica, como ferimentos no globo ocular, que podem afetar a visão sem tratamento imediato (Vazquez et al., 2016). A avaliação extra-oral durante uma consulta dentária muitas vezes é breve, no entanto, é crucial realizar uma análise minuciosa ao examinar uma criança que apresenta um trauma. Este procedimento segue os protocolos empregues na medicina-dentária. No caso do exame em crianças, o edema decorrente do trauma frequentemente se manifesta de forma precoce e impactante. No entanto, é importante ressaltar que nem sempre há uma correspondência direta, entre esse aspeto clínico inicial observado e a real gravidade do quadro clínico (Vazquez et al., 2016).

A palpação deve ser suave, bilateral e simétrica. Ela possibilita avaliar os volumes ósseos e identificar qualquer descontinuidade, no contorno ósseo que possa indicar uma fratura. A identificação de uma área dolorosa pela criança também permite, na ausência de urgência de intervenção, priorizar o protocolo de cuidados, começando pelo local dorido (Spiller, 2023).

2.6.2.2 Exame intra-oral

É necessário observar com auxílio do espelho ou dos dedos, o fundo dos vestíbulos labiais superior e inferior, avaliando o estado da mucosa, o tônus muscular labial e a face mucosa das bochechas (Nossintchouk et al., 2008). O espelho é utilizado após explicar à criança a sua utilização e caráter indolor, seguida da introdução de outros instrumentos, como a sonda, a pinça, o abaixador de língua, é possível.

O exame vai abranger todas as regiões da cavidade ora; o espelho e o abaixador de língua podem ajudar a desdobrar todos os sulcos da cavidade bucal e também permite melhor visibilidade da orofaringe. A técnica dos círculos, de fora para dentro, permite que o examinador não esqueça nenhuma região, dessa forma, as áreas a serem examinadas estão na seguinte ordem: os lábios na face mucosa, face intra-oral das bochechas, palato duro e mole, soalho da boca e a língua (dorsal, ventral), periodonto e a dentição (Barthélemy et al., 2017).

O exame visual detalhado, juntamente com a inspeção e palpação das mucosas e estruturas da cavidade oral, possibilita a detecção de lesões nos tecidos moles e duros, bem como de fraturas ósseas e dentárias. Essas etapas incluem (International Association of Dental traumatology, 2013):

- a) Registo do tipo de periodonto da criança, observando a presença ou ausência de placa e tártaro, além da avaliação da inflamação gengival (edema gengival, sangramento, coloração do periodonto, recessões, estado da gengiva papilar e interpapilar).
- b) Exame detalhado dos dentes, com caracterização precisa de qualquer lesão dentária. Anotação da fórmula dentária da criança para identificação de possíveis distúrbios no desenvolvimento dentário. Registo de todas as anomalias morfológicas, traumáticas e patológicas dentárias.
- c) Realização de testes de vitalidade pulpar, se a criança estiver em dentição permanente, considerando que o teste de vitalidade pulpar apresenta baixa reprodutibilidade e confiabilidade em dentição temporária.

2.6.3 Exames complementares de diagnóstico

Nas radiografias do esqueleto, a observação de fraturas em estádios diferentes de cicatrização e/ou em localizações específicas (epifisometafisárias, arcos posteriores das costelas, etc.) pode ser um elemento diagnóstico determinante, embora por vezes variável. (Rey-Salmon et al., 2013) Elas podem ocorrer de forma indireta (por rotação ou tração violenta de um membro ou extremidade) ou diretamente (força aplicada diretamente no osso através de um golpe).

A suspeita de maus-tratos deve ser considerada ao descobrir lesões múltiplas e multifocais. Diferentes estádios de consolidação óssea são característicos de abusos repetidos, e a presença de calos ósseos indica fraturas antigas negligenciadas. Quanto mais jovem a criança, mais suspeitas serão as fraturas, especialmente se ela ainda não souber andar.

Os ossos mais frequentemente envolvidos são o crânio, o úmero, o fêmur, o esterno, a clavícula e as costelas (Marine et al., 2021). A ortopantomografia é uma radiografia que permite observar a mandíbula e as estruturas dentárias. No entanto, só deve ser realizado a partir dos seis anos de idade e requer que a criança permaneça imóvel, segurando um suporte bucal entre os dentes, o que pode ser difícil em casos de trauma facial significativo. Nestes casos, pode ser necessário um exame tridimensional, por vezes com sedação em crianças pequenas.

O registo fotográfico desempenha papel fundamental ao complementar o registo médico. Possuem relevância tanto do ponto de vista médico-legal quanto clínico. Idealmente, devem ser capturadas logo após o trauma, proporcionando um registo do estado inicial e permitindo o acompanhamento da evolução subsequente (Vazquez et al., 2016).

O exame bacteriológico pode ser realizado durante a consulta pediátrica no hospital, especialmente em casos de sobre-infeção, risco de necrose ou suspeita de abuso sexual (Qin et al., 2020).

2. 6.4 Características da negligência dentária

Segundo a (AAPD), a negligência dentária define-se como *“a falta intencional do responsável pela criação na procura e manutenção do tratamento necessário para garantir um nível de saúde oral essencial para a função adequada, livre de dor e infecção”*. Múltiplos fatores, como a presença de cárie, placa bacteriana associada a um atraso na procura de tratamento, podem levar à deterioração da saúde oral da criança

Os sinais de negligência podem incluir não cumprimento das ações : Uma criança sendo colocada em perigo devido à negligência dentária : pais que compreendem as recomendações médicas mas não as cumprem ; acesso aos cuidados médicos disponibilizados mas os pais não procuram; o tratamento proposto traria benefícios para a saúde da criança (Kiatipi et al., 2021).

É importante distinguir a negligência causada pelo comportamento deliberado dos pais (álcool, drogas) da negligência decorrente de condições socioeconômicas precárias. Os fatores que podem levar à falta de cuidados incluem a falta de financiamento, a falta de conhecimento dos pais, o isolamento familiar e a falta de compreensão da importância dos cuidados dentários (Khalid et al., 2021).

Certos aspetos permitem que os médicos dentistas concluam sobre a negligência : ausência de história clínica por parte dos pais, não conseguindo responder a certas perguntas sobre as fases de crescimento de seu filho pode indicar negligência (Costacurta et al., 2015).

Alguns sinais podem indicar negligência total, como baixo peso, doenças respiratórias frequentes. Ao nível oral, manifestações como halitose, cáries da primeira infância não tratadas (Figura 3), doenças periodontais, infecções traumáticas não tratadas também, podem ser indicadores de negligência (Baptista et al., 2017; Kiatipi et al., 2021; Massoni et al., 2010).



Figura 3 Cáries dentárias com exposições pulpares nos dentes 51 e 61. Destruição das coroas dos incisivos superiores centrais e laterais, com os primeiros molares temporários afetados pela cárie numa criança de três anos. Retirado. do (Bousfiha et., al 2023).

2.6.5 Manifestações orofaciais dos maus-tratos

As manifestações oro-faciais, podem constituir sinais e sintomas de diagnóstico de qualquer tipo de abuso ou violência. Diante desses sinais, é crucial que o médico-dentista realize uma análise minuciosa para um diagnóstico mais preciso. No entanto, é importante ressaltar que nenhum sinal isolado é definitivo para determinar um tipo específico de abuso, pelo contrário, é a conjunção de diversos sinais que proporciona uma visão mais completa do quadro clínico (Magalhães, 2010).

2.6.5.1 Lesões faciais

Estas lesões incluem, na maioria das vezes, contusões, equimoses e hematomas (62%), feridas (26%), queimaduras (3%), fraturas (2%) e mordeduras (1%). Estas lesões são comuns e não devem ser banalizadas ou negligenciadas, especialmente quando associadas a fraturas ósseas (Pierce et al., 2021; Vazquez et al., 2016).

2.6.5.2 Lesões tegumentares evocativas de maus-tratos

Incluem equimoses, queimaduras, mordeduras, danos aos anexos cutâneos e lesões nas mucosas orais (Bourillon et al 2012; Pierce et al., 2021).

2.6.5.2.1 Equimoses

As equimoses são as manifestações cutâneas mais frequentes, sendo comumente identificadas em crianças em contexto traumático, muitas vezes acidental (brincadeiras e jogos), no entanto, a topografia incomum pode alertar os profissionais, dado que, as lesões acidentais geralmente ocorrem nos joelhos ou tíbia. Quando localizadas no rosto ou couro cabeludo, a morfologia das equimoses pode sugerir um golpe desferido com a mão ou por um objeto e, encontram-se sobretudo acima de protuberâncias ósseas. Quando estão em locais protegidos, como braços, coxas, bochechas, orelhas, pescoço, região genital e nádegas, devem levantar suspeitas. Manter-se sempre alerta diante de equimoses múltiplas de diferentes idades e localizadas na mesma região do corpo. (Bourillon et al., 2012; Kos et al., 2006).

Embora sejam lesões frequentemente acidentais, a idade da criança deve ser considerada. Se for inferior a 6 meses, as equimoses são muito raras porque nessa idade a criança encontra-se mais imóvel, ao contrário de quando a criança começa a andar, torna-se mais comum ver lesões no queixo e nas pernas. A forma da equimose também é importante e fornece indicações: as equimoses lineares, são causadas por objetos e refletem a forma deles, encontrando-se nas nádegas, pernas e costas. Marcas de mãos podem indicar que alguém pegou a criança com força nos braços. Equimoses nos pulsos e nos joelhos podem indicar que a criança foi amarrada, tendo forma circular (Kos et al 2006; Singh et al., 2020).

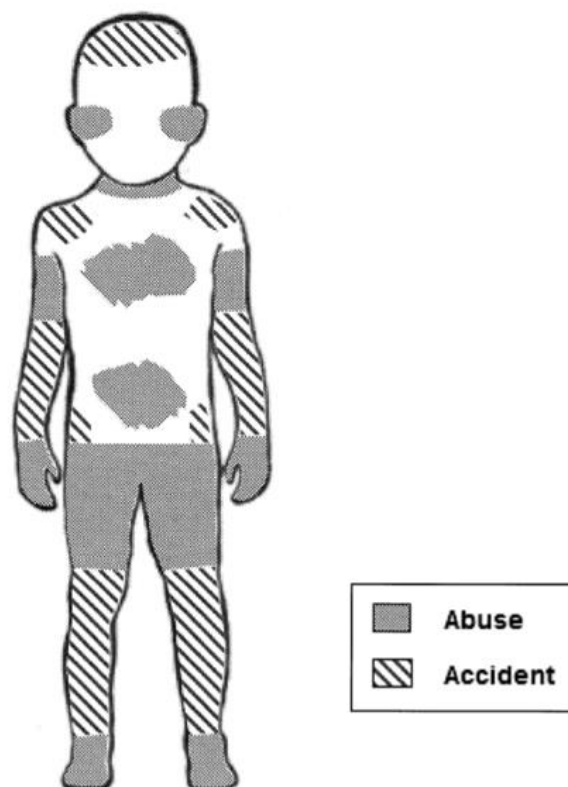


Figura 4 Sítio anatómico comum dos maus-tratos versus acidentais Adaptado do (Kos et al., 2006)

A tonalidade das equimoses evolui ao longo do tempo de cicatrização, desenvolvendo uma sequência de coloração, representativa da degradação da hemorragia dos vasos sanguíneos, sendo equimose uma lesão superficial resultante da infiltração tecidual do sangue extra-vascular. A tonalidade evolui do vermelho, azul, arroxeadado, esverdeado, amarelado e acastanhado, sendo o processo de cicatrização de hematomas costumava ser avaliado com base na sua cor e evolução ao longo do tempo. No entanto, pesquisas recentes questionam a confiabilidade desses indicadores para determinar a idade dos hematomas. As características e o tempo de cicatrização dos hematomas variam consideravelmente segundo o indivíduo e também dependem do tipo de lesão (Kemp et al., 2021; Magalhães, 2010; Ward et al, 2013).

2.6.5.2.2 Queimaduras

As queimaduras são uma forma de maus-tratos, podem ocorrer na boca, através da ingestão forçada de alimentos quentes ou podem ser externas, causando danos estéticos permanentes. Podem resultar de um líquido, como água quente, ou da imersão em um banho muito quente, por objetos quentes, como cigarros ou objetos previamente

aquecidos, sendo frequentemente ocasionadas por ferros quentes, radiadores, secadores de cabelo, ferros de modelar e fogões (Magalhães, 2010).

Algumas queimaduras específicas, devido às suas localizações ou formas, podem sugerir maus-tratos físicos, dado que, queimaduras acidentais geralmente são superficiais, com bordos irregulares, enquanto as queimaduras intencionais são circunscritas, redondas e bem delimitadas. (Magalhães, 2010; Bourillon et al., 2012).



Figura 5 Queimadura de cigarro Retirado do (Child protection and the dental team 2009 funded by the department of health)

As queimaduras representam 6% a 20% dos casos de maus-tratos e as queimaduras intencionais por maus-tratos representam de 8% a 25% das queimaduras em crianças (Lasiek-duriez et al., 2009).

A queimadura de cigarro geralmente apresenta um diâmetro de 7 a 10 mm, tem bordos bem definidos, com um centro de cratera, sendo frequentemente encontradas nos braços, rosto e pés (Figura 5). Quando são acidentais, essas queimaduras geralmente têm forma oval ou excêntrica e são mais superficiais. (Kos et al., 2006).

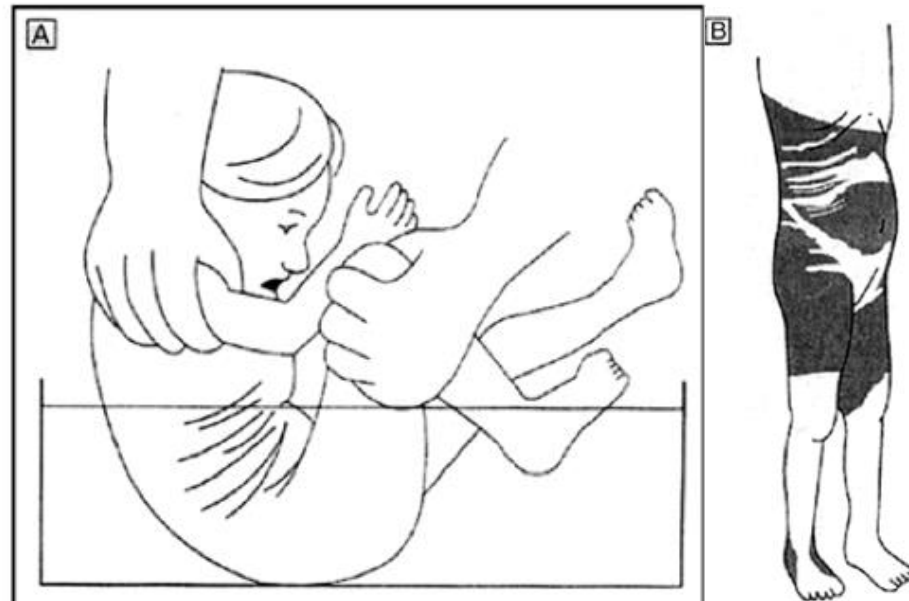


Figura 6 Criança em posição de flexão (A), as lesões zebradas (B) Retirado do (Kos et al., 2006)

As queimaduras causadas por imersão apresentam características muito específicas, localizando-se sobretudo na face dorsal do corpo. A lesão de zebra corresponde às dobras de flexão do tronco e pescoço, que não estão em contato com a água quando a criança está imersa numa posição fletida (Figura 6).

2.6.5.2.3 Mordeduras

As marcas de mordedura de um adulto numa criança, geralmente estão associadas a alguns tipos de abuso sexual e físico, sendo que os dentes podem ser ferramentas de corte, capazes de seccionar tecidos. Na pele, deixam marcas conhecidas como mordidas, uma lesão definida na pele causada pela superfície incisiva e/ou oclusal dos dentes (Costacurta et al 2016; Mele et al., 2023).

Podemos obter indícios sobre a origem da mordida, se é de um humano ou de um animal, ter pistas sobre a idade do agressor. Nas mordidas animais, há uma avulsão e laceração dos tecidos, enquanto nas mordidas humanas, encontramos mais uma compressão dos tecidos (Magalhães et al., 2010; Massoni et al., 2010; Singh et al., 2020).

Também podemos ter indícios sobre a idade do agressor com a distância entre os caninos, cuja impressão é a mais profunda e visível. As marcas de mordedura de adultos são

diferentes das de crianças, sendo a distância intercanina em adultos de 3 cm, esse caso, o investigador deve suspeitar de agressão física e/ou sexual (Kellog et al., 2005; Lasiez-Duriez et al., 2009). São tiradas fotografias da marca da mordida na pele da vítima, assim como, uma impressão das arcadas do suspeito, seguida de modelagem em cera das arcadas e comparada com as marcas de mordida, incluindo a distância intercanina. É fundamental que o profissional preste atenção à explicação fornecida pelos pais, ou qualquer adulto presente, bem como pela vítima, sobre o histórico da lesão, especialmente quando essa explicação parece inconsistente com a aparência da lesão (Wagner et al., 2017).

2.6.5.2.4 Lesões dos fâneros

A alopecia resulta da tração dos cabelos e associada à presença de hematomas ou hemorragias no couro cabeludo, pode ser indicativa de maus-tratos. É difícil identificá-la devido a outras etiologias de alopecia, como a tricotilomania ou outras patologias que afetam o couro cabeludo (Lasiez-Duriez et al; 2009).

2.6.5.2.5 Lesões dos tecidos moles orais e peri-orais

A cavidade oral deve ser examinada minuciosamente. Devido à sua importância na comunicação, alimentação e sua função erógena, ela pode ser o local de várias lesões no contexto de violência física e/ou sexual. Os maus-tratos envolvem lesões mucosas (contusões 43%, feridas 28,5%, queimaduras, lacerações, cicatrizes) ou musculomucosas e afetam os dentes (28,5%) (Vazquez et al., 2016). Em casos de abuso físico, os lábios são os mais afetados em comparação com a mucosa oral, dentes, gengivas e língua (Spiller, 2023).

Manobras de forçamento mais profundas, destinadas a acelerar a ingestão com colheres ou garfos projetados na orofaringe, podendo resultar em danos no palato duro e mole, abóbada palatina, úvula, comissuras intermaxilares e pilares amigdalinos (Vazquez et al., 2016; Singh et al., 2020).

Queimaduras intencionais nas bochechas, palato, língua com líquidos quentes ou instrumentos aquecidos, geralmente correspondem a queimaduras térmicas e são fortemente indicativas de uma origem externa não acidental (Bourillon et al 2012).

2.6.5.2.6 Lesões orais típicas em casos de violência física

Nos casos de lesões mucosas traumáticas, a sua configuração geralmente é influenciada pela forma do instrumento responsável, cicatrizes retráteis, aderências ou deformações podem indicar lesões mais sérias, como necrose ou perda de substância. Essas lesões frequentemente resultam de manobras de alimentação forçada, tentativas de fazer a criança parar de chorar ou estão associadas a abuso sexual, como felação forçada (Figura 7) (Vazquez et al., 2016). Quando a explicação das lesões não justifica os resultados clínicos, ou na presença de novas lesões associadas a ferimentos mais antigos, e diante da ausência de cuidados, as suspeitas de maus-tratos são particularmente substanciais (Fisher et al., 2017; Singh et al., 2020).



Figura 7 Fotografia representativa do caso dos lesões equimóticas observada na junção do palato mole e duro, sugerindo um possível abuso. Retirado de (Arora et al., 2013)

2.6.5.2.7 Lábios

As lesões labiais infligidas são um dos sinais mais frequentes de violência na região oral 54% seguidos pela mucosa, dente e gengiva (Contreras et al., 2022). Podem demonstrar hematomas, lacerações, cicatrizes provenientes de traumas persistentes, queimaduras ocasionadas por cigarros, líquidos/comida a altas temperaturas, arranhões, cicatrizes nas comissuras, evidenciando o uso de mordaca e, resultar em contusões, liquenificação ou cicatrizes (Massoni et al., 2010; Mele et al., 2023). ~

2.6.5.2.8 Caso particular do freio labial

As lacerações dos freios, especialmente do freio labial superior, são frequentemente observadas em crianças vítimas de maus-tratos. A laceração do freio labial pode ocorrer quando uma força é aplicada de maneira contundente, seja por meio de uma mão ou de outro objeto, sobre o lábio superior com a finalidade de silenciar a criança. Além do período de aprendizagem da marcha e das quedas frequentes (entre oito meses e três anos), essas lesões levantam sérias suspeitas e podem ser desencadeadas por práticas como, alimentação forçada, tração violenta do lábio, ou mesmo por trauma de contusão (Figura 8). As lacerações nos freios orais em lactentes pré-móveis resultam, frequentemente de abusos físicos e estão comumente associadas a outros achados graves de maus-tratos. (Singh et al., 2020; Spiller, 2023).



Figura 8 Uma rutura inexplicada do freio labial deve ser completamente investigada para excluir a presença de lesões ocultas. Retirado de (McNeill et al, 2018)

2.6.5.2.9 Lesões orais típicas em casos de abuso sexual

Apesar de a cavidade oral ser frequentemente um local de abuso sexual em crianças, é raro observar lesões ou infecções visíveis (Costacurta et al., 2016). Quando há suspeita de contato oro-genital, é recomendável encaminhar para ambientes clínicos especializados equipados para realizar exames abrangentes (Fisher- Owens et al., 2016). A presença de doenças como o Papiloma Vírus Humano, o *Treponema pallidum*, a *Chlamydia trachomatis*, a *Neisseria gonorrhoeae*, as *Trichomonas vaginalis*, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o Vírus Herpes Simplex, pode sugerir a ocorrência de

abuso sexual quando diagnosticadas numa criança (Magalhães, 2010). Existem sinais eritemas, úlceras, vesículas com secreção purulenta ou pseudo-membranosa e lesões condilomatosas nos lábios, língua, palato, face ou na faringe, qe poderão estar associadas a patologias ou alterações abaixo que devem levantar suspeitas: (Mele et al., 2023; Massoni et al., 2010)

- Gonorréia: doença sexualmente transmissível, com maior frequência em crianças vítimas de abuso sexual, aparecem principalmente na faringe com eritema ou ulceração e, lesões vesiculo-pústuladas a pseudo membranosas também em lábio, língua, palato e na face.

- O Papillomavirus Humano (HPV) é um grupo de vírus frequentes que atacam a pele e as mucosas. Pode manifestar-se como uma lesão única ou múltiplas, com aspeto couve-flor (Figura 9). Existem diversas lesões benignas no seu grupo, verruga vulgar, papiloma escamoso, condiloma acuminado, eucoplasia pilosa, hiperplasia epitelial focal, hiperplasia papilar, líquen plano, fibroma, carcinoma verrucoso, leucoplasia (Kumaraswamy et al., 2011; Mele et al., 2023):

O Condiloma Acuminado são raros na boca, caracterizam-se por múltiplos nódulos pequenos, geralmente brancos ou rosados, multiplicam-se juntam-se, formando tumores moles em forma de verrugas (Massoni et al., 2010). A Hiperplasia Epitelial focal é uma alteração rara na cavidade oral, apresenta múltiplas pápulas, individualizadas ou formando placas de coloração rosa, aparece sobretudo na região labial, língua, palato e orofaringe, podendo regredir espontaneamente. (Contreras et al., 2022). O Carcinoma Verrucoso tem crescimento exofítico, em forma de couve-flor (Kumaraswamy et al., 2011).

A doença é altamente contagiosa, em crianças pode ser a primeira indicação de que ocorreu abuso (Percinoto et al., 2014). A transmissão na criança pode ocorrer de três formas: por contato orogenital durante atividades sexuais, de mãe para filho durante o parto e amamentação, ou quando a criança infetada e espalha o vírus através das mãos (Sanz et al., 2020).



Figura 9 Fotografia representativa dum caso da lesão típica de HPV na língua. Adaptado de (Percinoto et al., 2014)

- *Treponema pallidum*: A sífilis é uma infecção causada pela bactéria anaeróbia *Treponema pallidum* e raramente encontrada em crianças, manifesta-se com pápulas nos lábios ou região peri-oral. A sua presença indica uma grande probabilidade de abuso sexual, podendo sem tratamento provocar alterações cardiovasculares, neurológicas ou osséas.

A sífilis apresenta-se em três estadios: o primeiro ocorre cerca de 90 dias após a exposição inicial; o segundo surge entre duas e doze semanas após a exposição inicial, caracterizado pela disseminação hematológica e linfática da infecção e o terceiro pode ocorrer até 3 anos após a exposição inicial, sendo as manifestações orais raras e podem imitar outras patologias. Na fase primária, observa-se uma lesão ulcerada que evolui para uma úlcera endurecida, não purulenta e indolor. Na segunda fase, as erupções cutâneas aparecem como máculas simétricas na mucosa e na pele. As lesões ocorrem no palato mole, na língua (Figura 10) e nas mucosas vestibulares, apresentando-se como placas brancas dolorosas cobertas por pseudomembranas. O terceiro estadio é raro, podendo afetar as amígdalas, com lesões duras e de forma irregular (González-Ruiz et al., 2020).



Figura 10 Fotografia representativa do caso dum lesão característica da sífilis. Adaptado de (Nagelberg 2015)

- Eritema e petéquias: localizam-se na junção do palato mole/duro ou no soalho da boca, associadas com etiologia desconhecida pode ser uma evidência de sexo oral forçado (Vaz et al., 2022).

2.6.5.2.10. Lesões dentárias e traumatismos dentários

As lesões na dentição associadas a maus-tratos físicos comumente evidenciam-se em avulsão ou fratura (Moolla et al., 2022). É complexo distinguir um trauma dentário acidental de um trauma resultante de abuso físico, mas, a falta de explicação e uma história clínica inconsistente podem levantar dúvidas sobre a natureza do acidente, alertando assim o médico dentista. Os dentes anteriores são os mais afetados e frequentemente estão associados a lacerações nos lábios superiores ou hematomas. (Rey-Salmon et al., 2013; Spiller; 2023).

No caso do abuso físico as lesões notáveis são: fraturas; mobilidade; avulsões dentárias causadas por trauma direto ; necrose pulpar (descoloração cinza ou rosada do dente) (Figura 11) (Costacurta et al., 2016). Os dentes podem apresentar: contusão; fratura da coroa com ou sem comprometimento pulpar ; luxação ; extrusão ou intrusão (Spiller, 2023).

Verificar a coerência das explicações com os sinais clínicos permite detetar potenciais casos de abuso físico. Uma ausência de dente de forma incoerente, dentes descoloridos e

raízes que, não correspondem aos dentes mencionados pelos pais, são sinais de alerta (Moolla et al., 2022).



Figura 11 Fotografia representativa dum caso da fratura do dente 11, edema dos lábios, laceração e sangramento causado por trauma contuso. Adaptado de (Nagelberg 2015)

2.6.6 Diagnóstico diferencial

Os acidentes e quedas são comuns nestas idades, sendo importante comparar com a história relatada, verificando se se adequa às fases de desenvolvimento infantil. A entrevista à criança deve realizar-se separadamente dos pais ou responsáveis da criança, quando possível (Massoni et al., 2010).

Equimoses podem indicar diferentes patologias: mastocitose/urticária pigmentar, eritema nodoso, malformações vasculares e tumores, estrias vermelhas, manchas mongólicas (às vezes por todo o dorso, nos braços, até as costas das mãos), púrpura de Schönlein-Henoch e outras vasculites, liquen escleroso e atrófico (Lips et al., 2020).

As queimaduras podem também indicar várias patologias: pênfigo bolhoso, epidermólise estafilocócica aguda, epidermólise bolhosa, dermatoses fitotóxicas, prática terapêutica popular no Extremo Oriente (a pele é tratada com objetos quentes para combater a febre: Cao Gio ou Cupping) (Zeidan et al., 2022).

As fraturas podem ser causadas por um trauma leve ou, na ausência de trauma, isso pode indicar osteopenia: osteogénese imperfeita, osteopenia em caso de nascimento prematuro, osteopenia devido à inatividade (crianças incapazes de caminhar, em situação de incapacidade), raquitismo, osteopenia devido a lesão renal. (Vazquez et al., 2016).

A alopecia devido a maus-tratos deve ser diferenciada, da alopecia devido à tricotilomania, uma vez que, a alopecia está circunscrita à região temporal direita num destro e à esquerda num esquerdino (Vazquez et al., 2016).

2.7. Proteção dos menores

2.7.1 Proteção dos jovens no mundo

A criança é vulnerável, razão pela qual ela deve ser ainda mais protegida por leis e direitos específicos, vários tratados foram estabelecidos mundialmente embora não respeitados por alguns países:

- a) Declaração de Genebra de 1924 adotada pela Sociedade das Nações, *“A criança deve estar em condições de se desenvolver de forma normal, material e espiritualmente”*
- b) Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948
- c) Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos de 1966.

A mais aceite é a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, adotada por unanimidade pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1989. Esta convenção compromete-se a defender e garantir os direitos das crianças universalmente, protegendo contra qualquer forma de violência, maus-tratos e negligência, tendo sido ratificada por 197 países, dos quais não faz parte os Estados Unidos da América.

Esta convenção é juridicamente vinculativa para os países signatários, que se comprometem a proteger e assegurar os direitos de todas as crianças "qualquer pessoa com menos de 18 anos", incluindo protegê-las contra qualquer forma de violência, maus-tratos e negligência Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989:

Os quatros pilares fundamentais são: não discriminação; o superior interesse. da criança; sobrevivência, desenvolvimento e opinião da criança

- d) O artigo 19º protege a criança contra qualquer forma de violência e exploração, seja de seu ambiente ou de qualquer pessoa que tente prejudicá-la.
- e) Os artigos 23º e 24º referem-se ao direito à saúde de cada criança: Cada criança deve receber cuidados médicos quando doente, ser adequadamente alimentada, ser protegida contra drogas e ter condições de vida que não coloquem em risco sua saúde.
- f) O artigo 28º, bem como o preâmbulo da Convenção, enfatizam o direito à igualdade e ao respeito às diferenças: toda criança tem os mesmos direitos, independentemente de diferenças de cor da pele, raça, religião, língua ou cultura, deficiência ou saúde, menino ou menina.

2.7.2 Proteção dos jovens em Portugal

No primeiro nível, as entidades responsáveis pela área da infância e juventude – com competências em setores como saúde, educação e formação profissional – têm a autoridade para promover os direitos e proteger as crianças e jovens, especialmente aqueles em situação de risco ou perigo. No segundo nível, quando essas entidades não conseguem agir de forma adequada e suficiente para eliminar o perigo, a responsabilidade é transferida para as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), com a participação do setor da saúde. No terceiro nível, a intervenção judicial, que deve ser uma medida de último recurso, assume um papel essencial na proteção de crianças e jovens em perigo (Figura 12).

Em caso de suspeita, pode ser diretamente denunciado ao Ministério Público ou à Polícia, aos serviços médico-legais, por qualquer pessoa, devendo o médico-dentista também sinalizar o caso à CPCJ (Crespo et al., 2011).



Figura 12 Níveis de intervenção das entidades. Adaptado de (Diário da República, 2.ª série — N.º 236 — 5 de Dezembro de 2008)

2.7.2.1. Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

Desde janeiro de 2000, o modelo de proteção de crianças e jovens é representado pelas CPCJ. As comissões são “instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral” (CPCJ).

A lei em vigor em Portugal é a Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, de proteção de crianças e jovens em perigo, aprovada. Há várias situações onde a criança está em perigo:

- *“Está abandonada ou vive entregue a si própria”*
- *“Sofre maus-tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais”*

O país e a criança são obrigados a ter uma audição e participar. O procedimento é efetuado desta maneira: as ações são empreendidas no nível mais baixo possível e, quando necessário, nas instâncias superiores, designada por intervenção subsidiária. Esta deve ser

atribuída, em primeiro lugar, às autoridades competentes em área da infância e juventude, seguidas pelas CPCJ e, por fim, aos tribunais.

Todos os profissionais de saúde, dentro do seu desempenho profissional, podem enfrentar situações de maus-tratos a crianças e jovens que exigem uma resposta adequada, suficiente e imediata. Baseada no quadro ético e deontológico estabelecido, a atuação técnica em diferentes níveis deve ser guiada por critérios de serenidade, ponderação e responsabilidade, seguindo os princípios de intervenção definidos na própria Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (artigo 4.º da Lei n.º 147/99, de 1 de setembro).

2.7.2.2 Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco

Nos hospitais pediátricos, o NACJR deve incluir, pelo menos, um pediatra, um enfermeiro e um assistente social. Sempre que possível, também deve contar com um profissional de saúde mental e/ou especialistas de outros setores, como o jurídico, com formação adequada. Em conjunto estas entidades devem difundir informação à população, realizar formação especializada e de consultadoria, a todos os profissionais de saúde para acompanhamento e encaminhamento dos casos, recolher e organizar informação em conjunto com as estruturas públicas e privadas (Ministério da Saúde, 2008).

2.7.2.3 Associação de Apoio à Vítima (APAV)

A APAV é uma instituição fundada em 1990, sem fins lucrativos e baseada na solidariedade social, tendo como missão proteger qualquer cidadão vítima de maus-tratos, violência ou discriminação, oferecendo apoio pessoal e jurídico, de forma a promover a reintegração pessoal e social, como indivíduo participante da sociedade.

2.8. Papel do médico-dentista

Consiste na avaliação e identificação de casos de maus-tratos, bem como na escolha do interlocutor adequado. Em nenhuma circunstância, médico-dentista deve conduzir uma investigação social ou emitir julgamentos sobre o suposto agressor. É crucial estabelecer um circuito claro para o processo de denúncia, sendo útil ter um organograma local com os contactos das pessoas a serem informadas.

2.8.1 O sigilo médico e suas exceções

O sigilo médico é uma obrigação deontológica, essencial para os profissionais de saúde, protegendo a confidencialidade das informações dos pacientes, sendo regulamentado por várias normas legais e éticas.

Ordem dos Médicos-Dentistas: Segundo Artigo 48º “*Os médicos-dentistas estão obrigados a manter sigilo sobre todas as informações confidenciais a que tenham acesso no exercício da sua profissão*”. Este dever é fundamental para proteger a privacidade dos pacientes e assegurar a confiança na relação profissional-paciente.

Código Deontológico da ordem dos médicos-dentistas: Segundo artigo 10º o sigilo profissional é definido como a “*proibição de revelar factos ou acontecimentos de que se teve conhecimento no exercício da atividade profissional*”. A quebra deste sigilo só é permitida em circunstâncias específicas, como por obrigação legal ou com o consentimento explícito do paciente.

O sigilo médico-dentista não é absoluto e pode ser relativizado em determinadas situações:

- Quando o médico-dentista é obrigado a revelar informações por força da lei, como em casos de doenças de notificação obrigatória ou suspeitas de maus-tratos a crianças (Artigo 48º do Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas).
- Com o consentimento expresso do paciente (Artigo 10º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas).
- Quando há um interesse superior que justifique a quebra do sigilo, como a proteção de terceiros ou a prevenção de um crime grave (Artigo 195º do Código Penal).

2.8.2 Legislação e ética

Na qualidade de cidadão e profissional de saúde, o médico-dentista tem a responsabilidade de comunicar qualquer suspeita de maus-tratos às autoridades competentes, tanto em termos legais quanto éticos. O médico-dentista tem a obrigação legal de denunciar suspeitas de abuso, que incluem violência doméstica (artigo 152.º do

Código Penal - CP), maus-tratos (artigo 152.º-A do CP) e crimes contra a autodeterminação sexual (artigos 171.º a 176.º do CP, com exceção do artigo 173.º). O artigo 242.º do Código de Processo Penal refere que a “*denúncia é obrigatória para as autoridades policiais e funcionários públicos ou equiparados*”. A Lei de Proteção de Crianças e Jovens (art.º 66.º, Lei n.º 147/99, de 1 de setembro) alarga esta obrigação a todos os cidadãos.

Os crimes de lesão corporal simples, agressões à integridade física por negligência, ameaças, coerção sexual, determinados crimes contra a auto-determinação sexual, invasão de privacidade, gravações e fotografias ilegais, e furto simples são considerados crimes de natureza semi-pública. Nesses casos, o Ministério Público só pode atuar se a vítima apresentar uma queixa, pois apenas ela possui essa legitimidade, no entanto, essa exigência de queixa deixa de ser necessária quando o crime é cometido contra uma criança com menos de 14 anos e o agressor é um dos pais ou responsáveis pela criança (Magalhães, 2010; De Sousa Loureiro, 2013)

O artigo 66.º do Decreto-Lei n.º 112/2009 estabelece que os médicos - dentistas têm o dever de denunciar qualquer caso de maus-tratos de que tenham conhecimento no exercício da sua profissão, solicitando exame médico-legal diretamente ao INML ou através do Ministério Público.

2.8.3 Procedimentos a adotar perante uma forma de abuso infantil.

2.8.3.1 Realizar o inquérito

Durante a realização da entrevista, é essencial que o médico-dentista adote uma postura que permita escutar o testemunho do menor, compreender os aspetos fundamentais da situação, evitar julgamentos de valor e reações precipitadas, criando uma relação de confiança de forma que a criança se sinta orientada e protegida. Deve denunciar o(s) agressor(es) em casos de maus-tratos, utilizar uma linguagem clara e acessível, para que a criança manifeste os seus nomes e relações familiares ou não. Se o médico-dentista se sentir inapto ou não preparado para essa tarefa, deve procurar a ajuda de um colega mais experiente e disponível.

Se o médico-dentista observar alguma manifestação clínica descrita anteriormente ou sinal de maltrato, deverá conduzir um interrogatório com a criança e os pais

separadamente, se possível. É recomendável que um membro da equipe esteja presente como testemunha. As perguntas durante a entrevista devem ser abertas (Singh et al., 2020).

O objetivo será procurar uma explicação para esses sinais. Desse interrogatório resultarão três situações: Exclusão de maltrato; Informação preocupante (criança em risco ou que já sofreu maltrato sem gravidade); Criança maltratada em situação grave.

Um fluxograma de ação criado pelo Comitê de Pós-Graduação Dental Deans and Directors (COPDEND) na Inglaterra, apoiado pelo governo inglês, pode auxiliar os médicos-dentistas a tomarem uma decisão. Durante o inquérito, se não houver justificativa plausível para o atraso na busca por um atendimento odontológico ou uma explicação satisfatória, durante o exame da criança, há lesões que não podem ser explicadas, o comportamento e as interações da criança com seus pais são preocupantes, ou há outros sinais de abuso ou negligência, o médico-dentista deve perguntar sobre a causa das lesões, ouvir e relatar as palavras exatas, e permitir que a criança fale sobre o abuso.

2.8.3.2 Ajuda em caso de dúvidas

O diagnóstico de um possível caso de abuso deve ser realizado por uma equipa multidisciplinar, sendo essencial que exista uma interação entre os diferentes profissionais de saúde. A rapidez na confirmação do diagnóstico e na comunicação do caso é fundamental, pois qualquer atraso pode expor a criança a novos riscos (Harris et al., 2020). Existem diversas instituições disponíveis para orientar e aconselhar os médicos-dentistas que lidam com uma criança em situação de perigo, incluindo a Ordem dos Médicos Dentistas, CPCJ da área da criança, o Centro de Saúde, e os hospitais, através do Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR), têm como função orientar os profissionais de saúde numa intervenção imediata.

Poderá ser proveitoso estabelecer contato com o médico responsável pela criança, caso exista, ou com o médico escolar, a fim de partilhar as suas suspeitas e recolher informações sobre eventuais sinais de maus-tratos prévios.

2.8.3.3 Documentação

O processo do paciente pode ser um documento com valor médico-legal para uma potencial vítima de crime. Devem ser descritos os seguintes aspectos (Crespo et al., 2011; Singh et al., 2020):

- a) Antecedentes pessoais e familiares.
- b) História da doença atual.
- c) Exames complementares de diagnóstico
- d) Diagnóstico de possível abuso ou negligência infantil
- e) Consequências decorrentes do abuso

As fotografias recolhidas têm um valor de prova pericial apenas quando, são realizadas com o objetivo de perícia através do Instituto Nacional de Medicina Legal (Crespo et al., 2011). As fotografias das lesões suspeitas de maus-tratos devem incluir uma imagem da face para identificação, mencionando a data, hora e número do processo. Cada lesão suspeita de maus-tratos deve ser documentada com pelo menos três imagens (Goel, 2023).

No caso de marcas de mordedura, estas podem ser detetadas e avaliadas quando o médico-dentista possui formação em odontologia forense. Idealmente, um dentista forense ou um médico forense deve avaliar as marcas, mas elas também podem ser avaliadas por um médico-dentista treinado em violência e abuso infantil. Este deve fotografar a marca com uma régua ou um objeto para avaliar o tamanho, o padrão, a cor e o contorno. A American Board of Forensic Odontology desenvolveu uma régua. (Figura 13) e um protocolo para avaliação de mordeduras com a regra ABFO No. 2 (Kellog et al., 2023; Crespo et al., 2011).

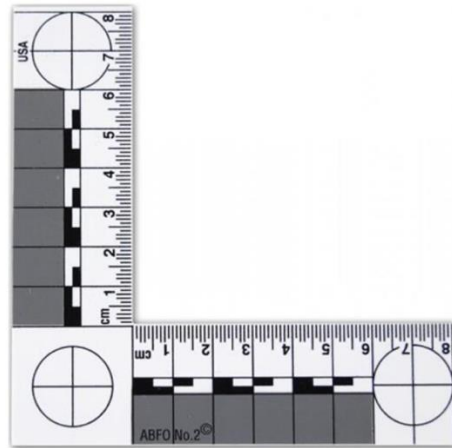


Figura 13 Regra ABFO adaptado de (American Board of Forensic Odontology)

Se as mordeduras mostrarem marcas de edentações, o dentista pode fazer impressões com polivinil siloxano, modelo feito a partir dessas impressões pode ser comparado ao do suspeito como parte de uma investigação. Em casos de traumatismos dentários ou ósseos, é necessário realizar radiografias das lesões. O DNA também pode ser coletado por meio de secreções, como saliva (Kellog et al., 2023). A descrição anotada no registro clínico pode constituir a única evidência documentada do abuso e é de importância crucial como prova legal. Essas informações podem ser requisitadas por profissionais de órgãos competentes, destacando a necessidade de que sejam precisas e minuciosas (Dubowitz et al., 2007).

Um atestado médico deve ser fornecido ao representante legal, desde que este não esteja envolvido no abuso, o atestado constitui um elemento médico-legal que pode influenciar na punição do autor do crime e uma cópia deve ser mantida pelo médico-dentista (Figura 14).

Record of Facial Injury

Description of findings: _____

Signature: _____ Date: ____/____/____ Time: ____:____

Child Protection and the Dental Team/Doc5

Name: _____

Ref. no.: _____

(or affix patient label)

Figura 14 Exemplo do documento para a sinalização. Adaptado de (Harris et al., 2009)

2.8.3.4 Como agir em cada situação?

Existem três situações, em que o médico-dentista se pode encontrar após examinar a criança e confrontar os dados clínicos: Não confirmação das suspeitas; Notificação de uma informação preocupante: a segurança ou o equilíbrio psicológico da criança pode estar em perigo ou em risco; Identificação de uma situação de extrema gravidade.

Com base no quadro ético e deontológico estabelecido, a atuação técnica em diversos níveis deve ser guiada por critérios de ponderação, serenidade e responsabilidade, seguindo os princípios de intervenção definidos na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (artigo 4.º da Lei n.º 147/99, de 1 de setembro).

- a) Não confirmação das suspeitas: o médico-dentista deve continuar o atendimento normalmente.
- b) Situação preocupante: Exceto numa situação de emergência, a intervenção dos médico-dentistas requer o consentimento livre e esclarecido dos pais ou representantes legais, conforme os artigos 1901, 1902 e 1906 do Código Civil.

Para crianças com menos de 16 anos e mais de 12 anos, uma intervenção que envolva um ato de particular importância para a vida da criança deve ser autorizada por ambos os pais ou pelos representantes legais, na qualidade de titulares da responsabilidade parental.

Na ausência de um dos progenitores ou se este estiver envolvido na infração, essa autorização deve ser dada pela entidade designada pela lei, além disso, o consentimento do menor com 12 anos ou mais também é necessário, conforme estabelecido pelo artigo 9 da Lei n.º 112/2009, de 16 de setembro. Em caso de incapacidade dos pais, o poder paternal é suprido pela tutela, especialmente em caso de morte dos pais ou privação do poder paternal. O médico-dentista deve proceder à avaliação e ao encaminhamento, cabendo ao NACJR um formulário consultivo com as provas documentadas.

Quando a complexidade da situação excede a capacidade de resposta do médico-dentista, após terem sido esgotadas todas as alternativas assistenciais, por outras entidades de nível inicial ou diante de discordância ou objeção à intervenção dos pais ou, responsáveis legais do menor, é imperativo proceder ao encaminhamento do caso para a CPCJ correspondente ou, na falta desta (por exemplo, se não estiver estabelecida), para o tribunal competente.

- c) Diagnóstico com dúvidas; O hospital de referência pode ser solicitado a ajudar a confirmar o diagnóstico. O hospital pode solicitar a cooperação do INML em casos de maus-tratos para os quais a preservação biológica, não seja importante
- d) Situação de urgência; O médico-dentista pode implementar as ações necessárias para garantir a proteção imediata, desde conste a existência de perigo iminente para a integridade física do indivíduo e/ou exista oposição por parte dos cuidadores, devendo pedir a intervenção das autoridades policiais, conforme o artigo 91.º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo [anexo XI, (8), artigo 91.º]. Para recorrer a um procedimento de urgência, a lei exige que sejam cumpridos dois requisitos cumulativos:

Neste contexto, as instituições competentes na área da infância e juventude, nomeadamente as CPCJ, têm autoridade para tomar as medidas necessárias para eliminar o perigo que ameaça a criança ou o jovem.

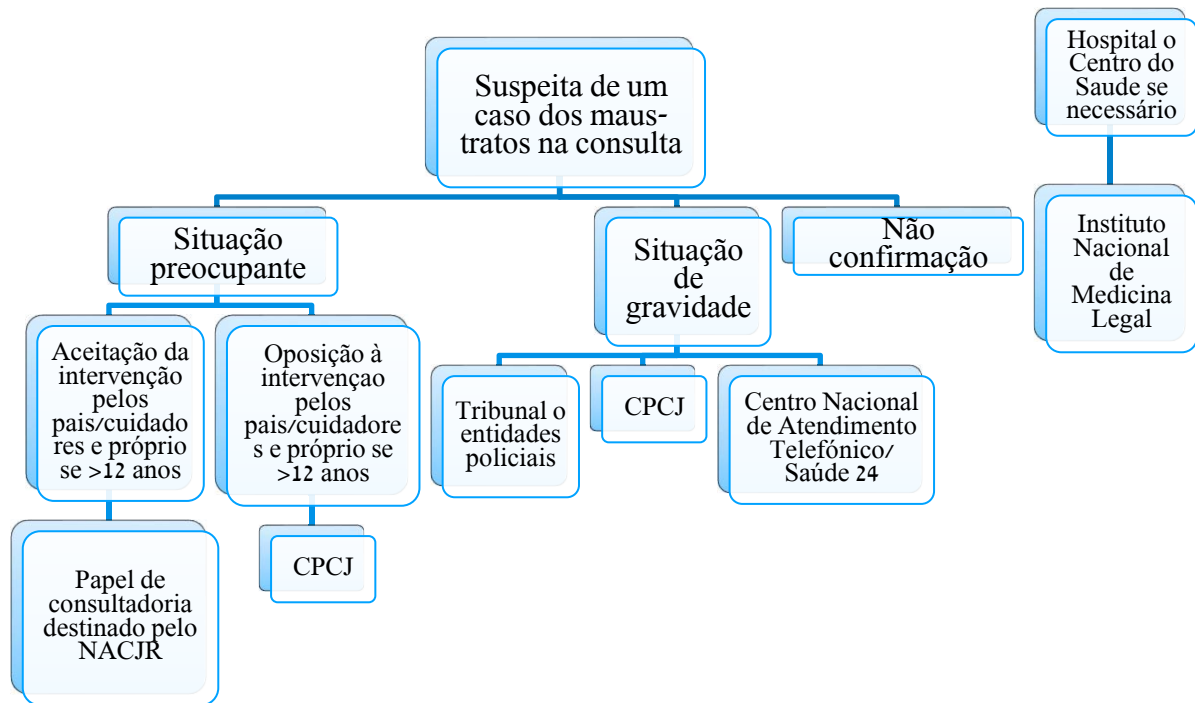


Figura 15 - Diagrama resumido e simplificado de intervenção do médico-dentista, elaborado por (Bouchra El Hayani)

III. CONCLUSÃO

Os maus-tratos infantis são problemas persistentes na nossa sociedade e continuam a ser uma questão de saúde pública, a nível mundial. Manifestam-se de várias formas, sinais, afetam todas as classes sociais e frequentemente têm repercussões graves para as vítimas.

Nos últimos anos, a comunidade internacional tem-se concentrado bastante na relação entre os médicos-dentistas e os maus-tratos infantis. A equipa de medicina dentária, um papel crucial no diagnóstico e controlo das diferentes violências e, negligências contra as crianças, devido à variedade de lesões localizadas na sua área de intervenção.

O médico-dentista, em virtude da sua posição e da proximidade, com a criança/família, desempenha um papel de grande relevância na prevenção destes atos. Sendo da sua responsabilidade assegurar o bem-estar da criança sob os seus cuidados profissionais. Considerando, que os casos de maus-tratos e sinais de negligência frequentemente se concentram na região da cabeça e do pescoço, é imperativo que o profissional esteja apto a reconhecer e suspeitar desses casos. Ele deve ser capaz de identificar os indicadores iniciais e, posteriormente, saber como comunicá-los de forma adequada às autoridades competentes.

Os relatos feitos pelos profissionais de saúde são muito raros. Em particular, os médicos-dentistas continuam receosos sobre a denúncia dos maus-tratos infantis. A análise da anamnese e dos sinais clínicos pode revelar sinais de alerta, que devem ser comunicados às autoridades administrativas ou judiciais, no entanto, a prática clínica evidencia as limitações deste papel. O profissional pode ver-se diante de obrigações legais e éticas, além da necessidade de manter um relacionamento confiável com o paciente e a sua família. A ambiguidade do contexto e dos sintomas clínicos, juntamente com a falta de conhecimento, frequentemente torna o diagnóstico complexo, resultando numa redução significativa no número de relatos.

IV. BIBLIOGRAFIA

- Abdurrachid, N., & Gama Marques, J. (2022). Munchausen syndrome by proxy (MSBP) : A review regarding perpetrators of factitious disorder imposed on another (FDIA). *CNS Spectrums*, 27(1), 16-26. <https://doi.org/10.1017/S1092852920001741>
- Abeln, B., & Love, R. (2018). An Overview of Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy. *The Nursing Clinics of North America*, 53(3), 375-384. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.04.005>
- American Academy of Pediatric Dentistry. (2023). American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of dental neglect. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill. : American Academy of Pediatric Dentistry; 2023:18.
- American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatric Dentistry, & American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. (2005). Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatric Dentistry*, 27(7 Suppl), 64-67.
- American Professional Society on the Abuse of Children. (2002). *The APSAC handbook on child maltreatment* (J. E. B. Myers, Éd.; 2. ed). Sage.
- APAV (2022). Apresentação da APAV. https://apav.pt/apav_v3/images/folhas_informativas/FI_Apresentacao_APAV.pdf
- Apoita Sanz, M., González Navarro, B., Jané-Salas, E., Marí Roig, A., Estrugo Devesa, A., & López-López, J. (2020). Sífilis : Manifestaciones orales, revisión sistemática. *Avances En Odontoestomatología*, 36(3), 159-173. <https://doi.org/10.4321/S0213-12852020000300005>

- Arora, R., Hartwig, E., & Kannikeswaran, N. (2013). Oral lesion secondary to child abuse. *The Journal of Emergency Medicine*, 45(4), e139-140. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.04.030>
- Austin, A. E., Lesak, A. M., & Shanahan, M. E. (2020). Risk and Protective Factors for Child Maltreatment: A Review. *Current Epidemiology Reports*, 7(4), 334-342. <https://doi.org/10.1007/s40471-020-00252-3>
- Avdibegović, E., & Brkić, M. (2020). Child Neglect—Causes and Consequences. *Psychiatria Danubina*, 32(Suppl 3), 337-342.
- Avon, S. L. (2004). Forensic odontology : The roles and responsibilities of the dentist. *Journal (Canadian Dental Association)*, 70(7), 453-458.
- Avorn, J., & Solomon, D. H. (2000). Cultural and economic factors that (mis)shape antibiotic use : The nonpharmacologic basis of therapeutics. *Annals of Internal Medicine*, 133(2), 128-135. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-133-2-200007180-00012>
- Baptista, A. S., Laranjo, E., Norton, A. A., Andrade, D. C. D., Areias, C., & Macedo, A. P. (2017). Dental Neglect, one type of child abuse – Narrative review. *Medical Express*, 4(3). <https://doi.org/10.5935/MedicalExpress.2017.03.01>
- Barbi, W., Sonawane, R., Singh, P., Kumar, S., Kumar, B., & Arora, A. (2021). Evaluation of the orofacial features in the victims of abuse and neglect of 5–16-year-old age children. *Journal of Pharmacy And Bioallied Sciences*, 13(6), 1705. https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_230_21
- Barthélémy, I., Brix, M., Ben Slama, L., Vayssière, A., & Setti, J.-L. (2017). *Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie* (4e éd). Elsevier Masson.
- Blumenthal, I. (2002). Shaken baby syndrome. *Postgraduate Medical Journal*, 78(926), 732-735. <https://doi.org/10.1136/pmj.78.926.732>

- Bontemps, S., Matthews-Gaulon, A., Dubos, F., & Martinot, A. (2016). Reconnaître et prendre en charge la maltraitance chez l'enfant. *Réanimation*, 25(S2), 107-114. <https://doi.org/10.1007/s13546-016-1179-2>
- Cairns, A., Murphy, M., & Welbury, R. (2004). An overview and pilot study of the dental practitioner's role in child protection. *Child Abuse Review*, 13(1), 65-72. <https://doi.org/10.1002/car.833>
- Chang, C.-C., Hsieh, M.-H., Chiou, J.-Y., Huang, H.-H., Ju, P.-C., & Wang, J.-Y. (2021). Multiple Factors Associated With Child Abuse Perpetration : A Nationwide Population-Based Retrospective Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11-12), 5360-5382. <https://doi.org/10.1177/0886260518805100>
- Combating Child Abuse : The Role of a Dentist. (2013). *Oral Health and Preventive Dentistry*, 11(3), 243-250. <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a29357>
- Contreras, T. S. H., Moyeda, A. L. G., Ibarra, K. I. J., Reyes, A. L., Ortiz, E. O., Cepeda, M. A. A. N., Ramirez, M. S. T., & Soto, J. M. S. (2022). Pediatric dentist alert : Child maltreatment. *International Journal of Applied Dental Sciences*, 8(1), 11-14. <https://doi.org/10.22271/oral.2022.v8.i1a.1395>
- Costacurta, M. (2015). Oral and dental signs of child abuse and neglect. *Oral & Implantology*. <https://doi.org/10.11138/orl/2015.8.2.068>
- Crespo, M., Andrade, D., Alves, A. L.-S., & Magalhães, T. (2011). O PAPEL DO MÉDICO DENTISTA. *Acta Med Port*.
- Crespo, M., Andrade, D., Alves, A. L.-S., & Magalhães, T. (2011). [The dentist's role in the child abuse : Diagnosis and report]. *Acta Medica Portuguesa*, 24 Suppl 4, 939-948.
- Dubowitz, H., & Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *Lancet (London, England)*, 369(9576), 1891-1899. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60856-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60856-3)

- De sousa loureiro, i. f. (2013). Maus tratos em crianças – O contributo da odontopediatria para o diagnóstico e atuação legal. Universidade Católica portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
- Fisher-Owens, S. A., Lukefahr, J. L., & Tate, A. R. (2017). Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. 140(2).
- Garrocho-Rangel, A., Marquez-Preciado, R., Olguin-Vivar, A., Ruiz-Rodriguez, S., & Pozos-Guillen, A. (2015). Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. Journal of Clinical and Experimental Dentistry, e428-e434. <https://doi.org/10.4317/jced.52301>
- Goel, A. (2023). Forensic Odontology in Pediatric Dentistry (Independently published).
- González-Ruiz, L., Sánchez-Caminero, M. P., Franco-Muñoz, M., & Ramos-Rodriguez, C. (2020). Oral Lesions as the Only Manifestation of Secondary Syphilis. Actas Dermo-Sifiliograficas, 111(10), 876. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.10.035>
- Harris, J. C., Baker, S. R., & Elcock, C. (2022). Paediatric dentists' role in child protection practice: Progress over time? International Journal of Paediatric Dentistry, 32(5), 714-723. <https://doi.org/10.1111/ipd.12950>
- Haute Autorité de Santé. (2017). Fiche Mémo Maltraitance chez l'enfant: Repérage et conduite à tenir Octobre 2014 Mise à jour Juillet 2017.
- Johnson, M. B., Baker, C., Prempeh, B., & Lewis, S. R. (2020). Shaken Baby Syndrome/Abusive Head Trauma: Wrongful Conviction Risks, Mis-information Effects, and Psychological Consultation. Journal of Forensic Psychology Research and Practice, 20(3), 290-304. <https://doi.org/10.1080/24732850.2020.1726165>
- Kairys, S. (2020). Child Abuse and Neglect. Pediatric Clinics of North America, 67(2), 325-339. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.11.001>

- Kellogg, N. D., Farst, K. J., & Adams, J. A. (2023). Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse : An update for 2023. *Child Abuse & Neglect*, 145, 106283. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106283>
- Kemp, A. M. (2021). Kemp, A. M., Mott, A. M., & Sibert, J. R. (2021). Patterns of burns in children : A study of 111 children. *Child Abuse & Neglect*, 53, 88-94. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.10.014>.
- Khalid, G., Metzner, F., & Pawils, S. (2022). Prevalence of dental neglect and associated risk factors in children and adolescents—A systematic review. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 32(3), 436-446. <https://doi.org/10.1111/ipd.12923>
- Kiatipi M, Davidopoulou S, Arapostathis K. (2021). Dental Neglect in Children : A Comprehensive Review of the Literature. *J Contemp Dent Pract* 2021;22(2):199–204.
- Kirk-Provencher, K. T., & Jeglic, E. L. (2023). Child Maltreatment : Child Sexual Abuse. In T. K. Shackelford (Éd.), *Encyclopedia of Domestic Violence* (p. 1-7). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-85493-5_1871-1
- Kos, L., & Shwayder, T. (2006). Cutaneous Manifestations of Child Abuse. *Pediatric Dermatology*, 23(4), 311-320. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2006.00266.x>
- Krug. (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation mondiale de la santé.
- Kumaraswamy, K. L., & Vidhya, M. (2011). Human papilloma virus and oral infections : An update. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 7(2), 120-127. <https://doi.org/10.4103/0973-1482.82915>
- Lasek-Duriez, A., & Léauté-Labrèze, C. (2009). Signes cutanés des sévices à enfants (à l'exclusion des sévices sexuels). *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, 136(11), 838-844. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2008.10.048>

- Lim, Y. Y., Wahab, S., Kumar, J., Ibrahim, F., & Kamaluddin, M. R. (2021). Typologies and Psychological Profiles of Child Sexual Abusers : An Extensive Review. *Children* (Basel, Switzerland), 8(5), 333. <https://doi.org/10.3390/children8050333>
- Lips, U., Wopmann, M., Jud, A., & Falta, R. (2020). *Maltraitance des enfants – Protection de l'enfance*.
- Magalhães, T. (2010). *Violência e abuso : Respostas simples para questões complexas*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-0502-9>
- Maguire, S., Hunter, B., Hunter, L., Sibert, J. R., Mann, M., Kemp, A. M., & for the Welsh Child Protection Systematic Review Group. (2007). Diagnosing abuse : A systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Archives of Disease in Childhood*, 92(12), 1113-1117. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.113001>
- Mathews, B., Pacella, R., Dunne, M. P., Simunovic, M., & Marston, C. (2020). Improving measurement of child abuse and neglect : A systematic review and analysis of national prevalence studies. *PLOS ONE*, 15(1), e0227884. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227884>
- Marine, M. B., & Forbes-Amrhein, M. M. (2021). Fractures of child abuse. *Pediatric Radiology*, 51(6), 1003-1013. <https://doi.org/10.1007/s00247-020-04945-1>
- Massoni, A. C. D. L. T., Ferreira, Â. M. B., Aragão, A. K. R., Menezes, V. A. D., & Colares, V. (2010). Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 403-410. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200016>
- Massullo, C., De Rossi, E., Carbone, G. A., Imperatori, C., Ardito, R. B., Adenzato, M., & Farina, B. (2023). Child Maltreatment, Abuse, and Neglect : An Umbrella Review of Their Prevalence and Definitions. *Clinical Neuropsychiatry*, 20(2), 72-99. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20230201>

- McNeill, E., & Barrett, K. (2018). Non-accidental injury of the head and neck. *Surgery (Oxford)*, 36(10), 578-581. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2018.08.006>
- Mele, F., Introna, F., & Santoro, V. (2023). Child abuse and neglect : Oral and dental signs and the role of the dentist. *The Journal of Forensic Odonto-Stomatology*, 41(2), 21-29.
- Mereu, M. (2021). La maltraitance des enfants et des adolescents, rôle du chirurgien-dentiste.
- Michelle, G. W., Amy, O., Anne, N., C Louise, M., & Société canadienne de pédiatrie. (2013). L'évaluation médicale des ecchymoses dans les cas de maltraitance présumée d'enfants : Une perspective clinique. *Paediatrics & Child Health*, 18(8), 438-442. <https://doi.org/10.1093/pch/18.8.438>
- Ministério da Saúde. (2008). Despacho n.º 31292/2008 *Diário da República*, 2.ª série—N.º 236—5 de Dezembro de 2008.
- Moolla, A., Ralephenya, T., Ngwenya, S., & Padayachee, S. (2022). Signs of Child Abuse and Neglect: A Practical Guide for Dental Professionals. In A. Moolla (Éd.), *Dentistry* (Vol. 7). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.101564>
- Nagelberg, R.H. (2015). Child abuse awareness in the dental profession. (s. d.).
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect : A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Nowak, A. J. (2007). Oral health policies and clinical guidelines. *Pediatric Dentistry*, 29(2), 138-139.
- Offen, E. (2021). Safeguarding : Doing the Difficult Thing. *Primary Dental Journal*, 10(1), 112-115. <https://doi.org/10.1177/2050168420980981>

- Percinoto, A. C. C., Danelon, M., Crivelini, M. M., Cunha, R. F., & Percinoto, C. (2014). Condyloma acuminata in the tongue and palate of a sexually abused child : A case report. *BMC Research Notes*, 7(1), 467. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-467>
- Pierce, M. C., Kaczor, K., Lorenz, D. J., Bertocci, G., Fingarson, A. K., Makoroff, K., Berger, R. P., Bennett, B., Magana, J., Staley, S., Ramaiah, V., Fortin, K., Currie, M., Herman, B. E., Herr, S., Hymel, K. P., Jenny, C., Sheehan, K., Zuckerbraun, N., ... Leventhal, J. M. (2021). Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics. *JAMA Network Open*, 4(4), e215832. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.5832>
- Qin, X., & Melvin, A. J. (2020). Laboratory Diagnosis of Sexually Transmitted Infections in Cases of Suspected Child Sexual Abuse. *Journal of Clinical Microbiology*, 58(2), e01433-19. <https://doi.org/10.1128/JCM.01433-19>
- Ramazani, N. (2014). Child dental neglect : A short review. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 3(4), e21861. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.21861>
- Regional Committee for Europe. (s. d.). Regional Committee for Europe, 64th session. (2014). Sixty-fourth Regional Committee for Europe : Copenhagen, 15–18 September 2014 : Investing in children : The European child and adolescent health strategy 2015–2020. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/337284>.
- Rey-Salmon, C., & Adamsbaum, C. (2013). Maltraitance chez l'enfant. *Médecine sciences publications*.
- Rokach, A., & Clayton, S. (2023). The Consequences of Child Abuse. *Healthcare*, 11(11), 1650. <https://doi.org/10.3390/healthcare11111650>

- Rodrigues, J. L. S. A., Lima, A. P. B., Nagata, J. Y., Rigo, L., Cericato, G. O., Franco, A., & Paranhos, L. R. (2016). Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry—A systematic review. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 43, 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2016.07.006>
- Sethi, D. & World Health Organization (Éds.). (2013). European report on preventing child maltreatment. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Sharratt, K., Mason, S. J., Kirkman, G., Willmott, D., McDermott, D., Timmins, S., & Wager, N. M. (2023). Childhood Abuse and Neglect, Exposure to Domestic Violence and Sibling Violence: Profiles and Associations With Sociodemographic Variables and Mental Health Indicators. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(1-2), 1141-1162. <https://doi.org/10.1177/08862605221090562>
- Simó Teufel, S., Martínez Fernández, M. J., & Mas Banacloig, E. (2006). El papel del ámbito sanitario en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil (1a. ed. rev). Generalitat Valenciana.
- Singh, V., & Lehl, G. (2020). Child abuse and the role of a dentist in its identification, prevention and protection : A literature review. *Dental Research Journal*, 17(3), 167-173.
- Slep, A. M. S., Glaser, D., & Manly, J. T. (2022). Psychological maltreatment: An operationalized definition and path toward application. *Child Abuse & Neglect*, 134, 105882. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105882>
- Somani. (s. d.). Somani R, Kushwaha V, Kumar D, Khaira J. Child abuse and its detection in the Dental Office. *J Indian Acad Forensic Med*. 2011;33(4):971–973.
- Sousa Filho, D. D., Kanomata, E. Y., Feldman, R. J., & Maluf Neto, A. (2017). Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: A narrative review. *Einstein (São Paulo)*, 15(4), 516-521. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082017md3746>

- Spiller, L. R. (2024). Orofacial manifestations of child maltreatment: A review. *Dental Traumatology*, 40(S2), 10-17. <https://doi.org/10.1111/edt.12852>
- Suniega, E. A., Krenek, L., & Stewart, G. (2022). Child Abuse : Approach and Management. *American Family Physician*, 105(5), 521-528.
- Taveira, F., Frazão, S., Dias, R., Matos, E., & Magalhães, T. (2009). [Intra and extra-familial sexual abuse]. *Acta Medica Portuguesa*, 22(6), 759-766.
- Taylor, J. Q., Hopkins, E., Yang, R., & Abramowicz, S. (2023). Epidemiology and Etiology of Facial Injuries in Children. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 35(4), 515-519. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2023.04.001>
- Vaz, L. C. D. M., Silva, L. A. H. D., Miasato, J. M., Silva, S. R. D., Teixeira, D. D. A., Chevitarese, L., Soares, C. D. S., & Silva, P. B. D. (2022). Orofacial manifestations in violent children sexually: The role of dentist surgeon in diagnosis: Manifestações orofaciais em crianças violentadas sexualmente: o papel do cirurgião dentista no diagnóstico. *Brazilian Journal of Development*, 8(9), 63402-63418. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n9-198>
- Vazquez, M.-P., Kadlub, N., Soupre, V., Galliani, E., Neiva-Vaz, C., Pavlov, I., & Picard, A. (2016). Plaies et traumatismes de la face de l'enfant. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 61(5), 543-559. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2016.07.022>
- Willumsen, T. (2004). The impact of childhood sexual abuse on dental fear. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32(1), 73-79. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00120.x>
- World Health Organisation (WHO) (2020). Global status report on preventing violence against children 2020. <https://www.unicef.org/sites/default/files/2020-06/Global-status-report-on-preventing-violence-against-children-2020.pdf>.

- World Health Organization. (2006a). Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : Intervenir et produire des données / Organisation mondiale de la Santé et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment : a guide to taking action and generating evidence. <https://iris.who.int/handle/10665/43686>
- World Health Organization. (2006b). Preventing child maltreatment : A guide to taking action and generating evidence / World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. <https://iris.who.int/handle/10665/43499>
- Younas, F., & Gutman, L. M. (2023). Parental Risk and Protective Factors in Child Maltreatment : A Systematic Review of the Evidence. *Trauma, Violence & Abuse*, 24(5), 3697-3714. <https://doi.org/10.1177/15248380221134634>
- Zeidan, N. A., Bukhamseen, F. M., Al-Qassab, A. T., Alsadah, F. Z., & Menezes, R. G. (2023). Cutaneous mimickers of physical child abuse : A brief overview. *Medico-Legal Journal*, 91(1), 26-29. <https://doi.org/10.1177/00258172211062295>