

# **INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

### **VIOLÊNCIA IDENTIFICADA PELO MÉDICO DENTISTA**

Trabalho submetido por  
**Adriana Conceição dos Santos**  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

**junho de 2023**



# INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

## MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

### VIOLÊNCIA IDENTIFICADA PELO MÉDICO DENTISTA

Trabalho submetido por  
**Adriana Conceição dos Santos**  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por  
**Prof. Doutor Eduardo Orlando Barros Fernandes**

e coorientado por  
**Prof.<sup>a</sup> Doutora Nathalie Antunes Ferreira**

**junho de 2023**



## **Dedicatória**

"Dedico esta tese aos meus amados pais, Fernando Cordeiro dos Santos e Lauriete Conceição dos Santos. Vocês foram fontes inesgotáveis de amor, apoio e inspiração em minha jornada acadêmica e na vida como um todo. Minha mãe, com sua doçura e carinho, sempre esteve ao meu lado, incentivando-me a seguir meus sonhos. Tenho certeza de que ela estaria orgulhosa dos meus esforços e realizações. Meu pai, com sua sabedoria e perseverança, foi um exemplo constante de dedicação e trabalho árduo.

Embora vocês não estejam mais fisicamente presentes, sinto sua presença em cada passo que dou. Agradeço por todo amor, suporte e sacrifícios que fizeram por mim. Sei que vocês estão sorrindo, orgulhosos de minha jornada e das metas que alcancei.

Vocês foram meus maiores incentivadores, e essa tese é um testemunho do amor e ensinamentos que recebi de vocês. Que suas memórias continuem a iluminar meu caminho e a inspirar-me a buscar a excelência na medicina dentária, assim como vocês sempre me ensinaram a fazer.

Amo vocês eternamente."



## **AGRADECIMENTOS**

"Agradeço imensamente à instituição de ensino EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH & SCIENCE por fornecer o ambiente acadêmico propício para o desenvolvimento desta pesquisa. Sua dedicação ao ensino e à excelência acadêmica foram fundamentais para minha formação.

Ao meu orientador, Prof. Doutor Eduardo Orlando Barros Fernandes, regente das disciplinas Morfologia Oral e Medicina Dentária Forense, sou grata por sua orientação valiosa, experiência e apoio ao longo deste processo. Suas contribuições foram cruciais para o sucesso deste trabalho. Também gostaria de agradecer à minha co-orientadora, Professora Doutora Nathalie Antunes Ferreira, por sua orientação adicional e valiosos insights ao longo desta jornada.

Expresso minha gratidão especial ao querido Professor Paulo Mascarenhas. Sua dedicação em compartilhar conhecimento, sua paixão pela área e seu apoio incansável foram inestimáveis para minha formação acadêmica.

Agradeço também às minhas irmãs e sobrinhos pelo apoio incondicional. Sua presença e amor foram um suporte constante durante esta jornada. Sou grato por ter vocês como minha família.

E, por último, mas não menos importante, quero expressar minha profunda gratidão ao meu companheiro Paulo Soares Ribeiro, que esteve ao meu lado em cada etapa deste percurso. Sua presença, apoio e encorajamento contínuos foram vitais para minha motivação e sucesso. Sou grata por sua compreensão, paciência e amor incondicional.

A todos vocês, meu mais sincero agradecimento. Essa tese é o resultado de um trabalho em equipe e do apoio mútuo que recebi. Cada um de vocês desempenhou um papel fundamental em minha jornada e sou eternamente grata."



## RESUMO

A violência doméstica é um problema grave que afeta mulheres, crianças e idosos em todo o mundo. A pandemia de COVID-19 piorou essa situação, uma vez que as vítimas foram obrigadas a ficar confinadas em casa, aumentando o risco de abusos.

As Nações Unidas recomendaram aumentar os investimentos em organizações sociais para lidar com a violência doméstica durante a pandemia. A conscientização da sociedade em relação a esse problema também é essencial para que cada pessoa se sinta responsável por denunciar e reduzir a violência, independentemente de sua forma.

Os médicos dentistas desempenham um papel crucial na identificação e denúncia de casos de violência interpessoal. Eles podem detectar sinais de abuso, pois muitas vezes as lesões ocorrem na cabeça, face e pescoço. A medicina dentária forense é importante para identificar e analisar as marcas de violência, contribuindo para a resolução desses crimes.

No entanto, é necessário investir mais na formação dos médicos dentistas nessa área e garantir que a legislação favoreça sua intervenção nos casos de violência doméstica.

A violência doméstica é uma questão preocupante e urgente, que exige uma abordagem abrangente e colaborativa. O papel dos médicos dentistas como observadores e denunciadores pode contribuir significativamente para a identificação precoce e o combate a essa forma de violência. Investimentos em treinamento, suporte institucional e legislação adequada são fundamentais para fortalecer o envolvimento desses profissionais na luta contra a violência interpessoal e na proteção das vítimas.

A DGS disponibiliza orientações para esse tipo de atendimento, mantendo diretrizes atualizadas e de fácil compreensão em seus arquivos online. Isso permite que os dentistas se mantenham informados e colaborem com outros profissionais de saúde, fornecendo o suporte necessário às vítimas.

**Palavras-chave:** Medicina Dentária Forense, Identificação de Violência, Procedimento em Caso de Violência.



## **ABSTRACT**

Domestic violence is a serious issue that affects women, children, and the elderly worldwide. The COVID-19 pandemic has worsened this situation as victims have been forced to remain confined at home, increasing the risk of abuse.

The United Nations has recommended increasing investments in social organisations to address domestic violence during the pandemic. Raising awareness within society about this problem is also essential so that each individual feels responsible for reporting and reducing violence, regardless of its form.

Dentists play a crucial role in identifying and reporting cases of interpersonal violence. They can detect signs of abuse as injuries often occur on the head, face, and neck. Forensic dentistry is important in identifying and analysing marks of violence, contributing to the resolution of these crimes.

However, there is a need for more investment in the training of dentists in this field and ensuring that legislation supports their intervention in cases of domestic violence.

Domestic violence is a concerning and urgent issue that requires a comprehensive and collaborative approach. The role of dentists as observers and reporters can significantly contribute to early identification and combating of this form of violence. Investments in training, institutional support, and appropriate legislation are essential to strengthen the involvement of these professionals in the fight against interpersonal violence and the protection of victims' safety and well-being.

The DGS provides guidance for this type of assistance, maintaining updated and easily understandable guidelines in its online archives. This enables dentists to stay informed and collaborate with other healthcare professionals, providing necessary support to victims.

Keywords: Forensic Dentistry, Violence Identification, Procedures in Cases of Violence.



## ÍNDICE GERAL

<b>I. Introdução</b> .....	13
<b>II. Desenvolvimento</b> .....	17
1. Conceito de Violência.....	17
1.1. Conceito de Violência Doméstica .....	17
1.2. Conceito de Abuso Sexual .....	21
1.3. Conceito de Maus-Tratos a Menores .....	29
1.4. Conceito de Violência Contra o Idoso .....	30
2. Prevalência de casos de Violência em Portugal.....	32
3. Prevalência da Violência contra os Idosos.....	37
4. Aumento de Casos de violência no Contexto da Pandemia Mundial .....	38
5. Conceito de Medicina Dentária Forense.....	39
5.1. História da Medicina Dentária Forense .....	44
5.1.1. O Profissional Especializado em Medicina Dentária Forense.....	45
5.1.2. Métodos de Identificação Dentária .....	46
5.1.3. Sinais e Sintomas de Violência Doméstica e Abuso na Consulta do Médico Dentista.....	47
5.1.4. Diretrizes do Médico Dentista Perante a Violência .....	49
<b>III. Conclusão</b> .....	57
<b>VI. Bibliografia</b> .....	59
<b>VII. ANEXOS</b> .....	67



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Equimose palatina decorrente de felação. Adaptado de Vaz L. C. de M. (2022).....	24
<b>Figura 2</b> – Freio labial rasgado sem explicação suficiente, é suspeito de abuso sexual infantil para bebês e crianças. Adaptado de Vaz L. C. de M. (2022).....	24
<b>Figura 3</b> – O bebê de um ano e quatro meses, hospitalizado com marcas de mordida no corpo e violência sexual. Adaptado de Vaz L. C. de M. (2022).....	25
<b>Figura 4</b> – Mordida de cachorro. Adaptado de Vaz L. C. de M. (2022).....	25
<b>Figura 5</b> – Condiloma acuminado e lesão no palato Adaptado de Vaz L. C. de M. (2022).....	26
<b>Figura 6</b> – Menino de seis anos com HPV em lábio. Adaptado de Vaz L. C. de M. (2022).....	26
<b>Figura 7</b> – Mucocele pós trauma de mordida. Adaptado de Vaz L. C. de M. (2022).....	27
<b>Figura 8</b> – Média de Vítimas. Adaptado do Relatório Anual APAV.....	33
<b>Figura 9</b> – Funções Mínimas para atuação dos profissionais de saúde em situações de detecção de violência. Adaptado de DGS, Violência Interpessoal (Perdigão et al., 2016).....	51



## ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

<b>Tabela 1</b> – Sinais e sintomas que devem levantar suspeitas de abuso sexual infantil.....	23
<b>Tabela 2</b> – Diretrizes de Luxemburgo adaptada de INTERPOL Crimes/Crimes-against-children/Appropriate-terminology.....	28
<b>Tabela 3</b> – Perfis de vítimas atendidas pela APAV. Adaptado de APAV, relatório anual 2022.....	33
<b>Tabela 4</b> – Tabela de nomenclatura em medicina dentária. Adaptado do regulamento nº 501/2011.....	41
<b>Gráfico 1:</b> Atendimento de vítimas de violência entre o ano de 2020 e 2022.....	32
<b>Gráfico 2</b> – Número de vítimas identificadas em crimes de violência conjugal registados pela GNR e PSP, por sexo (2010-2020) adaptado de: INE (2021a).....	34
<b>Gráfico 3</b> – Número de denunciadas/os em crimes de violência conjugal registados pela GNR e PSP, por sexo (2010-2020) adaptado de INE (2021b).....	35



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS**

**AAPD** – American Academy of Pediatric Dentistry

**ADA** – American Dental Association

**APA** – American Academy of Pediatrics

**APAV** – Associação de Apoio à Vítima

**ATM** – Articulação Temporomandibular

**CIG** – Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género

**COVID-19** – Coronavirus Disease 2019

**EPVA** – Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos

**EUA** – Estados Unidos da América

**HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana

**HPV** – Vírus do Papiloma Humano

**INTERPOL** – International Criminal Police Organization

**MD** – Médico Dentista

**MDF** – Medicina Dentária Forense

**NACJR** – Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

**NHACJR** – Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde

**VD** – Violência Doméstica

**VRI** – Violência nas Relações Íntimas



## **I. INTRODUÇÃO**

Um sério desafio de saúde pública em escala global, é a violência interpessoal, caracterizada por ações ou comportamentos ameaçadores entre pessoas que compartilham o mesmo ambiente familiar. Essa forma de agressão pode manifestar-se de forma psicológica, física ou emocional, ocorrendo tanto entre adultos íntimos como entre membros da família, e também afetando pessoas de gênero dependente que refere-se a grupos de pessoas que são mais suscetíveis a serem vítimas de violência doméstica, especialmente devido a desequilíbrios de poder e discriminação de gênero. Esses grupos podem incluir mulheres, crianças, idosos, homens, pessoas LGBTQ+ e outras pessoas que são historicamente marginalizadas ou enfrentam maior vulnerabilidade devido a fatores sociais, culturais ou econômicos, como exemplificado pelo termo "feminicídio" (Lund et al., 2020; Organização Mundial da Saúde, 2021).

O termo "feminicídio" foi cunhado pela escritora e ativista feminista Diana Russel em 1979 e significa "o assassinato de mulheres simplesmente por serem mulheres". Ele tem ganhado cada vez mais reconhecimento como um protesto contra a violência direcionada ao sexo feminino (Meneghel & Portella, 2017; Lund et al., 2020).

É estimado que uma parcela significativa da população feminina global já tenha vivenciado algum tipo de violência, no entanto, esses números continuam a crescer diariamente. É importante ressaltar que a violência afeta não apenas as mulheres, mas também afeta crianças, idosos, e ainda homens, em proporções alarmantes (Lund et al., 2020).

No cenário da crise de saúde global causada pela disseminação do COVID-19, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2020, medidas de isolamento social foram exigidas, submetendo os cidadãos a períodos de quarentena. Para muitas mulheres, crianças e idosos nessas circunstâncias, o stress associado à vivência de uma pandemia global juntou-se ao stress relacionado ao risco de sofrer ataques violentos ou abusos, uma vez que, em muitos casos, a ameaça ocorre onde deveriam se sentir mais seguros, em seus próprios lares (Cucinotta & Vanelli, 2020; Lund et al., 2020).

O isolamento prolongado expôs crianças e adolescentes a um maior período de convivência familiar, o que pode resultar numa falha na supervisão por parte de terceiros, como professores ou educadores (Lund et al., 2020).

Além disso, durante o período de quarentena, foi evidenciado um incremento nos incidentes de violência direcionado a população idosa (Organização Mundial da Saúde, 2021).

Nesse sentido, para combater a violência doméstica, a violência baseada no gênero, o abuso sexual, a negligência infantil e a violência contra idosos durante a pandemia global, as Nações Unidas recomendaram um aumento nos investimentos em organizações sociais (Coulthard et al., 2020; Lund et al., 2020).

É essencial estruturar vias de assistência às vítimas de violência interpessoal, a fim de implementar medidas eficazes que visem reduzir os números de agressões contra mulheres, crianças e idosos, conscientizando a sociedade de que é um dever de cada indivíduo minimizar e/ou denunciar a violência, independentemente de seu tipo (Lund et al., 2020).

Além de ser um dever social de cada cidadão identificar e relatar casos de violência doméstica, abuso ou negligência, os médicos dentistas também desempenham um papel importante nessa questão. Segundo a Dra. Manjula O'Connor, na sua palestra intitulada "The Where the Mind Meets the Mouth" em 2015, na Austrália, os médicos dentistas podem ser os primeiros a identificar situações de violência doméstica, uma vez que aproximadamente 75% das lesões decorrentes desse tipo de crime ocorrem na região da cabeça, face e pescoço. Por meio da cavidade oral, podem ser identificadas marcas de abuso ou fraturas relacionadas a atos de violência. A medicina dentária forense, que se dedica a identificar e analisar marcas de violência e abuso, desempenha um papel fundamental na resolução desses crimes (Stark, 2015; Garbin et al., 2012).

Embora a formação dos médicos dentistas seja limitada nesse sentido, sendo necessário uma especialização na área forense para uma formação mais abrangente, há uma crescente necessidade de que todos os médicos dentistas recebam treino nesse

campo, e que a legislação favoreça a sua intervenção, a fim de evitar riscos associados à comunicação desses crimes (Coulthard et al., 2020).

Este trabalho teve como objetivo abordar temas como: violência doméstica contra homens e mulheres, a agressão sexual, os atos de violência relacionadas a crianças e jovens além da violência contra idosos, devido à sua maior prevalência. Procurou-se responder à questão de como o médico dentista pode intervir no seu dia a dia de prática clínica para identificar essas situações e desempenhar um papel fundamental na denúncia desses crimes às autoridades competentes.



## **II. DESENVOLVIMENTO**

### **1. Conceito de Violência**

Com o passar do tempo e da evolução das sociedades, a concepção de "violência" tem se transformado e gerado interpretações variadas, sendo analisada e categorizada de diferentes maneiras por distintos campos de estudo e entidades (Direção-Geral de Saúde, 2014).

A respeito do conceito de violência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sustenta que ela envolve o uso intencional da força física ou do poder, tanto de forma real quanto por meio de ameaça, direcionado a outra pessoa, grupo, comunidade ou a si mesmo. Essa violência pode resultar em danos físicos inclusive fatais, consequências psicológicas, impactos no crescimento ou privação de oportunidades.

A definição de violência não é uma tarefa simples, pois trata-se de um conceito abrangente, complexo e ambíguo. No entanto, de forma geral, pode-se compreender a violência, de acordo com Minayo e Souza (1998), como a ocorrência de ações praticadas por indivíduos, grupos, classes ou nações, resultando em danos físicos e/ou psicológicos a outras pessoas.

#### **1.1. Conceito de Violência Doméstica**

A antiga concepção de que o criminoso era um desconhecido que se escondia numa rua escura está desatualizada, e à luz percebem-se características bastante familiares e conhecidas. Atualmente, está mais evidente que estamos a lidar com diversas formas de conflitos. Os indivíduos que participam das batalhas nas ruas são mais frequentemente vítimas de assassinato, ocorrendo entre pessoas desconhecidas, afetando principalmente os jovens. Na faixa etária entre os 20 e os 29 anos, a proporção de óbitos provocados por armas de fogo é 15 vezes maior para os homens que nas mulheres do mesmo grupo. Neste estudo, será abordado o tipo de violência que afeta predominantemente mulheres, crianças e adolescentes, assim como idosos e pessoas com deficiência física e mental. Trata-se de

atos violentos que ocorrem dentro dos domicílios, onde a taxa de homicídios é menor, porém o impacto individual, familiar e social é extremamente grave (Day et al., 2003).

Entende-se por violência intrafamiliar: “toda a ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue”. O termo doméstico incluiria pessoas que convivem no ambiente familiar, como empregados, agregados e visitantes esporádicos (Day et al., 2003).

De acordo com a definição da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2004, a violência no contexto familiar ocorre dentro do ambiente residencial, comumente entre pessoas que possuem laços de parentesco ou proximidade. Essa forma de violência abrange diversos tipos, como violência física, violência psicológica e violência sexual.

Em conformidade com o conceito de violência doméstica apresentada por Day et al. (2003), essa forma de violência compreende qualquer ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica, liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Essa violência pode ocorrer tanto dentro quanto fora do ambiente doméstico, cometida por qualquer pessoa que esteja em uma posição de poder em relação à pessoa agredida, inclusive aqueles que desempenham o papel de pai ou mãe, mesmo sem laços de parentesco.

O Código Penal de Portugal estabelece disposições relacionadas ao crime de violência doméstica, conforme descrito nos artigos 152º, 152º-A e 152º-B. Essa forma de violência abrange a violência física, psicológica e sexual, cometida contra cônjuges/ex-cônjuges, incluindo relacionamentos análogos entre pessoas do mesmo gênero, assim como a violência contra crianças, adolescentes e idosos. É importante ressaltar que a violência exercida contra mulheres continua sendo uma manifestação significativa nesse contexto. Em resumo, o conceito de violência doméstica em Portugal abrange os diversos tipos de violência que podem ocorrer no âmbito familiar. Essas informações são baseadas na legislação consolidada, designadamente no Decreto-Lei nº 48/95, artigo 152º.

É importante ressaltar que a VD abrange diversas manifestações que afetam as mulheres. Além disso, elas frequentemente enfrentam situações de assédio e abuso sexual, bem como enfrentam desafios no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. Existe também a perpetuação de desigualdades estruturais que relegam as mulheres a um papel subordinado, restringindo suas oportunidades e direitos em todas as esferas da sociedade. (Silva, 2003).

O Conselho da Europa também apresenta uma definição mais ampla da violência contra a mulher, que vai além dos aspectos físicos e psicológicos, considerando também as dimensões relacionadas à identidade das mulheres. (Ferreira, 2005, p. 15:).

“A violência contra as mulheres é qualquer ato, ou omissão, ou conduta, que serve para infligir sofrimentos físicos, sexuais, ou mentais direta ou indiretamente por meio de vingança, ameaças, coação, ou qualquer outro meio a qualquer mulher e tendo por objetivo e como efeito intimidá-la, puni-la ou humilha-la ou mantê-la nos papéis estereotipados ligados ao seu sexo, ou recusar-lhe a dignidade humana, a autonomia sexual, a integridade física, mental e moral, ou abalar a sua segurança pessoal, o seu amor-próprio ou a sua personalidade, ou diminuir as suas capacidades físicas ou intelectuais”.

A violência doméstica engloba uma variedade de atos empregados no contexto de um vínculo afetivo, com o intuito primordial de exercer controle sobre a outra pessoa. Indivíduos envolvidos nesses casos podem estar unidos por laços matrimoniais ou não, pertencer ao mesmo sexo ou não, coabitar, viver separados ou estarem em um relacionamento de namoro. As vítimas dessa forma de violência podem ser de diversas condições socioeconômicas, independentemente da idade, sexo, religião, cultura, etnia, orientação sexual, nível de educação ou estado civil. (APAV, 2019).

“De acordo com o artigo 152º do Código Penal, estabelecido pela Lei nº 2/2023, de 16/01, o crime de violência doméstica deve abranger todos os atos que sejam considerados crimes e que sejam praticados no contexto doméstico. A pessoa que, de forma repetida ou não, causar maus tratos físicos ou psicológicos, incluindo castigos corporais, privação da liberdade, ofensas sexuais ou impedimento do acesso ou uso dos

recursos econômicos e patrimoniais próprios ou compartilhados, incorre no crime de violência doméstica.

Os acórdãos dos tribunais possuem uma ampla interpretação sobre o assunto, mencionamos um exemplo: Ac. TRP de 11-06-2014: I. Na revisão do Código Penal operada pela Lei n.º 59/2007, de 4 de setembro, o legislador não se limitou a autonomizar o crime de violência doméstica, mas também alargou o âmbito das condutas tipicamente relevantes, passou a punir mais severamente algumas dessas condutas (com relevo para os casos em que o facto é praticado contra menor ou na presença de menor) e aumentou o número de sanções acessórias. II. A reiteração de atos de agressão física e psíquica que desprezam a vontade da ofendida querendo forçá-la a reatar uma relação através do uso de ameaças graves que violam a sua liberdade de determinação, tranquilidade e segurança atinge, intoleravelmente, o núcleo essencial do bem jurídico protegido pelo crime de Violência doméstica. (Processo n.º 286/12.8 PBMTS.P1 Recurso penal Relator: Neto de Moura. (TRIBUNAL DA RELAÇÃO DO PORTO, 11 de junho de 2014, processo n.º 286/12.8 PBMTS.P1, Relator: Neto de Moura).

A violência doméstica consiste num conjunto de comportamentos agressivos e opressores tendo como foco principal o controlo e provocação de medo no outro, seja este companheiro ou familiar. Existem várias formas de violência doméstica, sendo estas descritas abaixo: (APAV, 2012):

(1) Emocional, que consiste na sensação de medo ou inutilidade, sendo a vítima sujeita a ameaças, humilhações, insultos, afetação dos seus animais de estimação ou dano em objetos pessoais. (APAV, 2012).

(2) Social que passa pelo controlo da vida em sociedade, limitando o contacto com a família e/ou amigos. (APAV, 2012).

(3) Física, que se traduz por qualquer contacto físico agressivo que inflija o parceiro, ou impedimento de ter acesso a cuidados médicos ou medicamentos. (APAV, 2012).

(4) Sexual que resulta na imposição de contacto sexual indesejado, recusa na utilização de preservativo ou na proibição de utilização de dispositivos de contraceção. (APAV, 2012).

(5) Financeira, ou seja, a monitorização dos gastos do companheiro ou extorsão. (APAV, 2012).

(6) Por último, perseguição, isto é, intimidação e/ou controle da mobilidade do companheiro, quer este se encontre na habitação ou não (APAV, 2012; WHO, 2021).

Maioritariamente a VD normalmente é caracterizado por um ciclo silencioso de atos de violência física, emocional e verbal, que leva a vítima a sentir-se desamparada e cingida à sua realidade, com constrangimento em pedir ajuda e/ou relatar a sua situação a terceiros (APAV, 2012; WHO, 2021).

Em Portugal, a partir dos anos 80, a questão da violência familiar passou a ser considerada como um desafio societário, tornando-se claramente uma prioridade na agenda política do país. (Dias, 2000).

Neste país, a violência intrafamiliar constitui uma das categorias criminais mais frequentemente registradas, ocupando o terceiro lugar em 2011 de acordo com Quaresma (2012). Essa terceira posição mais uma vez destaca a violência doméstica como a categoria criminal mais denunciada entre todos os crimes contra as pessoas, conforme definido no Código Penal Português. Embora haja um alto volume anual de ocorrências reportadas às autoridades de segurança nessa área, o conhecimento sistemático e científico sobre o desdobramento desses casos ainda é limitado. (Quaresma, 2012).

## **1.2. Conceito de Abuso Sexual**

Antes de definir abuso sexual cabe esclarecer a violência sexual, já que o conceito está inserido nesse contexto.

A OMS estabelece a definição de violência sexual, como “todo ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual ou insinuações sexuais indesejadas, ou ações para

comercializar ou usar de qualquer outro modo a sexualidade de uma pessoa por meio da coerção por outra pessoa, independentemente da relação desta com a vítima, em qualquer âmbito, incluindo o lar e o local de trabalho” (OPAS e OMS).

A coerção pode manifestar-se de várias maneiras, utilizando diferentes níveis de força, intimidação psicológica, extorsão e ameaças. Além disso, a violência sexual pode ocorrer quando uma pessoa não está em condições de dar consentimento, como quando está sob o efeito de álcool ou outras drogas, dormindo ou incapacitada mentalmente, entre outras situações.. (OPAS e OMS).

As crianças representam os indivíduos mais frágeis e dependentes de terceiros, e acabam sujeitas para além do abuso sexual mencionado anteriormente, à violência física, negligência e abandono (Mallett & Schall, 2019).

O abuso sexual de crianças normalmente tem início entre os 2 e 5 anos e, na maioria dos casos, é marcado pela evolução dos atos, que vão desde toques até relações sexuais à medida que as crianças crescem e, em geral, as vítimas não dão consentimento, tentam evitar ou demonstram falta de compreensão sobre o que aconteceu. (Arantes Milena et al, 2016).

Uma considerável parte das lesões corporais localiza-se na área da cabeça e do pescoço, abrangendo cerca de 40% a 60%, sendo que metade das crianças que são vítimas de abuso sexual podem manifestar lesões na cavidade oral, mesmo que não tenham lesões nos órgãos genitais. Isso ressalta a relevância dos médicos dentistas estarem vigilantes durante suas avaliações para identificar essas lesões. (Alves et al., 2016).

Em muitas situações os miúdos sofrem maus-tratos de seus educadores, os quais possuem a responsabilidade de cuidar e zelar pelo bem-estar do menor, o que consequentemente também leva a que estas situações de violência, muitas vezes não sejam notificadas às autoridades, ocorrendo então um registo deficitário das mesmas (Levandowski et al., 2021).

As provas dos abusos físicos e sexuais podem manifestar-se nos lábios, na boca, nos dentes, na maxila ou na mandíbula, e é comum que o médico dentista seja o primeiro

profissional de saúde a deparar-se com os indícios de abuso infantil na região orofacial. (Guimarães Lira et al., 2022).

Entre os sinais evidentes que podem ser encontrados e que devem levantar suspeitas, destacam-se principalmente os relacionados a doenças sexualmente transmissíveis, laceração dos freios labiais e linguais - especialmente em crianças com idades entre 1,5 e 8 anos - e marcas de mordidas, juntamente com equimoses de sucção no pescoço. Todos esses sinais estão relacionados na tabela a seguir:

**Tabela 1** – Sinais e sintomas que devem levantar suspeitas de abuso sexual infantil.

Sinais Físicos	Sinais Psicológicos
Gonorreia Petéquias palatinas Sífilis Tricomoníase Herpes tipo II Lacerações de freios labiais e linguais Marcas de mordidas Equimoses de sucção no pescoço	Problemas relacionados à sexualidade Medo Raiva Ansiedade e angústia Depressão Baixa autoestima Isolamento Mentiras compulsivas Redução do rendimento escolar

Fonte: adaptado de Alves et al. (2016).

**Figura 1** –Equimose palatina decorrente de felação



Fonte: adaptado de: Vaz (2022).

**Figura 2** – Um freio labial rasgado sem uma explicação suficiente é suspeito de abuso infantil para bebês e crianças.



Fonte: adaptado de: Vaz (2022).

**Figura 3** – O bebê de um ano e quatro meses, hospitalizado com marcas de mordida no corpo e violência sexual



Fonte: adaptado de: Vaz (2022).

**Figura 4** – Mordida por cão.



Fonte: adaptado de: Vaz (2022).

**Figura 5** – Condiloma acuminado e lesão no palato.



Fonte: adaptado de: Vaz (2022).

**Figura 6** – Menino de seis anos com HPV em lábio



Fonte: adaptado de: Vaz (2022).

**Figura 7** – Mucoccele por trauma de mordida.



Fonte: adaptado de: Vaz (2022).

O médico dentista tem a responsabilidade de conduzir uma anamnese detalhada e realizar exames físicos/clínicos minuciosos ao identificar qualquer tipo de lesão suspeita, descrevendo-as em detalhes, ao obter relatos junto à vítima e seus pais, cotejando as declarações a fim de verificar eventuais discrepâncias. (Crespo et al., 2011).

No que diz respeito aos maus-tratos físicos, as lesões metafóricas parecem ser as mais características, seguidas por mordidas e lesões traumáticas em vários estágios de cicatrização, o que indica algum conhecimento sobre o assunto. Diagnosticar abusos é complicado, pois não existem sinais característicos, apenas sinais muito óbvios. Lesões com alto nível de especificidade incluem lesões metafóricas, ou seja, lesões que causam danos emocionais, psicológicos ou sociais que a pessoa possa sofrer sem envolver ferimentos, lesões em áreas de difícil acesso (periocular, orelha, lesões pós-auriculares, lesões faciais laterais) e lesões em vários estágios de cicatrização, incluindo doença e atraso no tratamento. São necessários cuidados de saúde nas lesões graves (Crespo et al., 2011).

Um estudo realizado com enfermeiros, médicos de clínica geral e médicos dentistas demonstrou que os últimos enfrentavam mais dificuldades em reconhecer os sinais de abuso infantil e também em determinar o procedimento a ser adotado em caso de diagnóstico (Lazenbatt & Freeman, 2006).

A INTERPOL (Organização Internacional de Polícia Criminal) mantém na sua base de dados as orientações terminológicas para a proteção de crianças contra exploração sexual e abuso sexual, também conhecidas como Diretrizes de Luxemburgo, que oferecem orientações claras sobre como lidar com os termos frequentemente utilizados ao abordar o tema. Essas diretrizes foram desenvolvidas por um grupo de 18 parceiros internacionais, incluindo a INTERPOL, e são consideradas as melhores práticas recomendadas para as autoridades em todo o mundo (INTERPOL, s.d.).

A tabela a seguir fornece alguns exemplos importantes de termos que devem ser evitados ao se referir ao abuso sexual infantil:

**Tabela 2:** Diretrizes de Luxemburgo.

<b>TERMOS A SEREM USADOS COM CAUTELA OU COMPLETAMENTE EVITADOS</b>	<b>RECOMENDADO</b>
Pornografia infantil	Abuso sexual infantil
Turismo sexual infantil	Exploração sexual de crianças no contexto de viagens e turismo
Turista sexual infantil	Perpetradores itinerantes de crimes sexuais contra crianças
Prostituição infantil	Exploração de crianças na/para a prostituição
Prostituta infantil, trabalhadora do sexo infantil	Vítima de exploração sexual
Cliente, cliente, John	Abusador, agressor sexual infantil
Turismo sexual infantil na webcam / abuso sexual infantil na webcam	Abuso sexual infantil online ao vivo

Adaptada de Interpol (s.d.) Appropriate terminology [Tabela]. Recuperado de <https://www.interpol.int/Crimes/Crimes-against-children/Appropriate-terminology>

### **1.3. Conceito de Maus-Tratos a Menores**

Quanto ao conceito de abuso, é importante ressaltar as dificuldades existentes desde a concordância sobre a incidência do fenômeno até os diversos campos teóricos (direito, medicina, psicologia, etc.) tentando defini-lo, bem como as diferenças culturais envolvidas (Oliveira & Pais, 2014).

Da mesma forma que ocorre com praticamente todos os fenômenos sociais, o abuso de crianças é uma realidade complexa, cuja análise revela a sua intrincada natureza. A complexidade desse fenômeno é bem conhecida por aqueles que investigam casos de abuso infantil para determinar sua incidência, que precisam decidir se houve ou não abuso e que lidam com questões legais relacionadas a ele, além daqueles que tentam prevenir comportamentos abusivos ou trabalham para remediar suas consequências (Palacios et al., 1995).

A Child Abuse Prevention and Treatment Act dos Estados Unidos da América (EUA) é lei, que determina que o abuso infantil é caracterizado como qualquer ação ou omissão que cause a morte, lesões físicas ou psicológicas graves, exploração ou coloque a criança em risco iminente de sofrer lesões graves. Essas ações podem ser perpetradas pelos pais ou por outros cuidadores responsáveis pela criança, tanto no âmbito familiar quanto institucional. A definição abrange diferentes formas de abuso, ressaltando a importância de proteger as crianças contra tais situações. A Child Abuse Prevention and Treatment Act dos Estados Unidos da América (EUA), abuso infantil é definido como qualquer ato ou omissão que resulte em morte, lesão física ou psicológica grave, exploração ou risco iminente de lesão grave a uma criança, perpetrado pelos pais ou outros cuidadores responsáveis por ela, incluindo-se o contexto familiar e institucional (Conselho Económico e Social das Nações Unidas, 2002, p. 8).

Os maus-tratos infantis geralmente ocorrem no ambiente doméstico e não estão vinculados à classe socioeconômica, nível educacional, estrutura familiar, religião ou cultura, tornando-se difícil identificar traços específicos de personalidade ou experiências de vida do adulto associadas ao abuso infantil. O stress familiar, como problemas

financeiros, divórcio, doença, uso de drogas ou desemprego, pode contribuir para ocorrência de maus-tratos (Lima Targino Massoni et al., 2010).

Existem alguns perfis psicossociais observados em agressores denunciados que podem indicar possíveis fatores de risco. Esses incluem histórico de abuso ou negligência durante a infância, falta de suporte social ou isolamento, expectativas frustradas em relação à criança, ser pai ou mãe muito jovem, problemas mentais ou depressão, e inversão do papel entre pai e filho no relacionamento com a criança. Quanto ao parentesco ou vínculo com a criança, a maioria dos agressores são pais ou mães, seguidos por companheiros(as) das mães, avôs e tios (Lima Targino Massoni et al., 2010).

Algumas crianças apresentam um maior risco estatístico de sofrerem maus-tratos, sendo principalmente aquelas com até três ou quatro anos de idade, em que o choro e o comportamento incontrolável podem se tornar fatores predisponentes. Além disso, essas crianças têm mais dificuldade em estabelecer contatos sociais independentes que poderiam protegê-las. Alguns estudos também associaram uma maior incidência de agressão a crianças do sexo masculino relativamente ao feminino (Lima Targino Massoni et al., 2010).

#### **1.4. Conceito de Violência Contra o Idoso**

Situações de vulnerabilidade física ou mental podem potencialmente levar à violência. As limitações podem gerar frustração e sobrecarga dentro do ambiente familiar, resultando em atos de negligência e abuso (Day, V. P., et al., 2003).

Tanto idosos quanto pessoas com deficiência também sofrem violência física, psicológica, sexual e negligência, cada uma com suas peculiaridades específicas. Um dos exemplos mais comuns é a violência financeira, que ocorre quando a família utiliza os recursos financeiros da aposentadoria do idoso e negligencia suas necessidades, chegando até mesmo ao abandono. Além disso, existem diversas outras formas de maus-tratos, como agressões físicas, estupro, falta de cuidados de higiene, má alimentação, vestuário inadequado, feridas de pressão e impactação fecal (Day, V. P., et al., 2003).

No aspeto psiquiátrico, podem surgir comportamentos peculiares, como embalar-se ou chupar o dedo, assim como outros sintomas neuróticos e de comportamento. Estudos recentes sugerem que mulheres idosas em condições de comprometimento cognitivo, físico e mental são as principais vítimas (Day, V. P., et al., 2003).

Muitas vezes, os idosos submetem-se a essas situações por não terem meios de se proteger e podem sentir-se como um "fardo" para seus familiares. Infelizmente, é relativamente comum que pessoas com deficiência sejam restringidas com cordas, isoladas em quartos sem ventilação e privadas de estímulos. Além disso, podem ser submetidas a uma administração excessiva de medicamentos. Essas pessoas também são privadas de direitos civis, como convívio social, privacidade, informação e visitas. As meninas são especialmente vulneráveis a abusos e frequentemente são submetidas à exploração sexual (Day, V. P., et al., 2003).

No contexto do abuso de idosos, reconhece-se que eles são vítimas de maus-tratos tanto no ambiente familiar quanto institucional. Esse reconhecimento como um grave problema social ocorreu tardiamente, no final dos anos 70 e início dos anos 80 (Dias I, 2014).

Embora haja poucos estudos sobre a prevalência do abuso de pessoas de idade avançada, alguns estudos conduzidos em países como Austrália, Canadá, Inglaterra e Irlanda do Norte indicaram que a percentagem de idosos que são mau tratados varia de 3% a 10%. No Canadá, 55% das situações reportadas são de desamparo, 15% de maus-tratos físicos e 12% de aproveitamento económico. Nos Estados Unidos, o National Center on Elder Abuse registou a elevação de 150% nas situações de maus-tratos de idosos relatados pelos serviços estaduais de proteção aos idosos entre 1986 e 1996. Os agressores incluem descendentes maiores (37%), companheiros (13%) e demais familiares (11%). Num estudo realizado em ambiente institucional, 36% dos profissionais de enfermagem reportaram ter praticado maus-tratos físicos, 81% observaram situações de abuso psicológico e 40% assumiram agressão verbal contra idosos residentes (ACL.gov, s.d.).

## 2. Prevalência de casos de Violência em Portugal

Em Portugal, a APAV registou a elevação de 25,5% no número de atendimentos efetuados pelos setores de proximidade da APAV entre 2020 e 2022, o que evidencia uma preocupante tendência ao aumento dos casos. (APAV, 2022).

**Gráfico 1:** Atendimento de vítimas de violência entre o ano de 2020 e 2022.

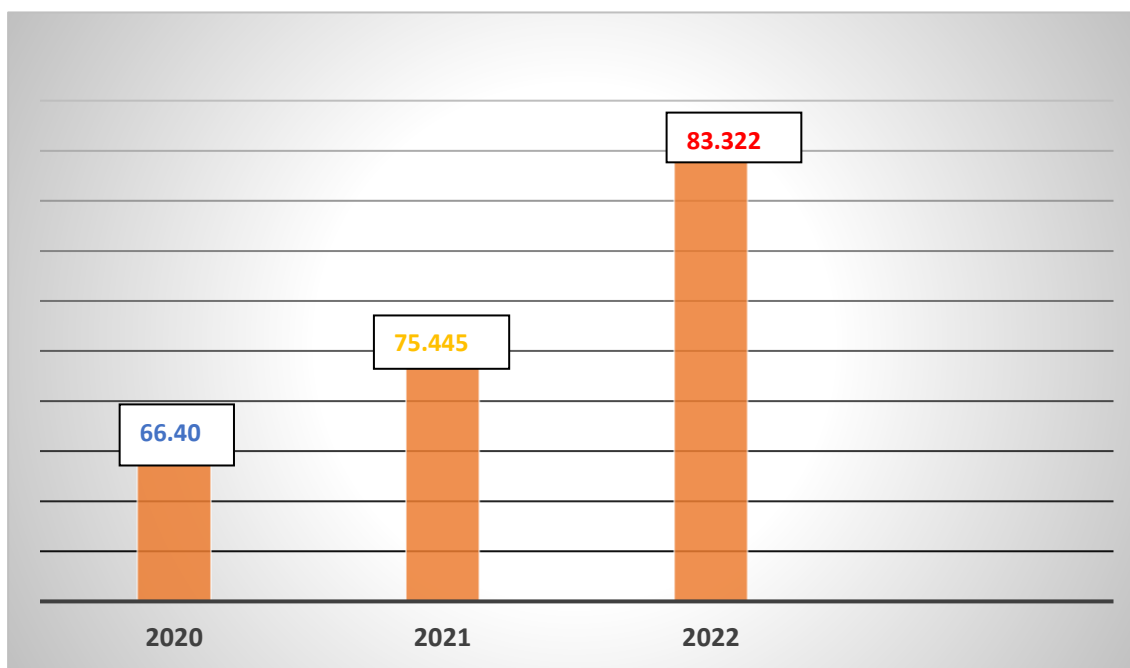


Gráfico 1: adaptada do Relatório Anual de Estatísticas APAV de 2022.

O relatório de 2022 da APAV apresenta informações sobre o ponto médio de vítimas de crimes em Portugal. Para abordar este tópico, é importante lembrar que o ponto médio é o valor central de um conjunto de dados quando estes estão organizados em ordem crescente ou decrescente. Isso significa que, ao ordenar os dados, o ponto médio corresponde ao valor que está exatamente no meio da distribuição, dividindo-a em duas partes iguais. É uma medida útil para entender a tendência central dos dados e fornecer uma referência representativa da distribuição como um todo.

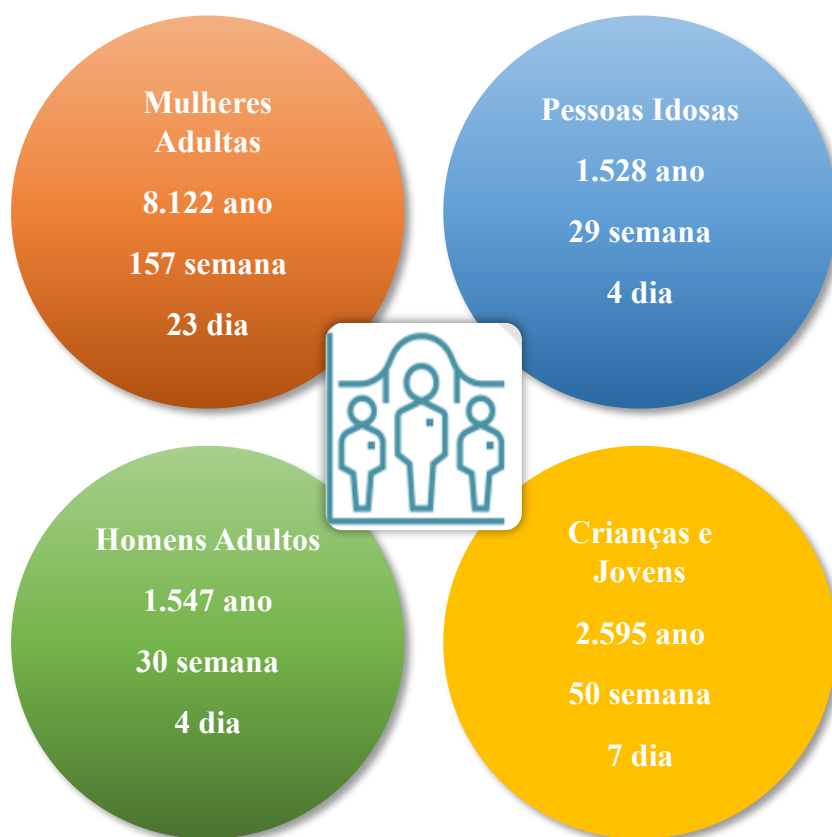
**Figura 8:** Média de Vítimas, adaptado do Relatório anual 2020 APAV.

Figura adaptada do Relatório Anual de Estatísticas APAV de 2022: APAV. (2022). Relatório Anual de Estatísticas APAV [Adaptado]. [PDF]. Recuperado de [https://apav.pt/apav\\_v3/images/press/Estatisticas-APAV\\_Relatorio-anual-2022.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/press/Estatisticas-APAV_Relatorio-anual-2022.pdf)

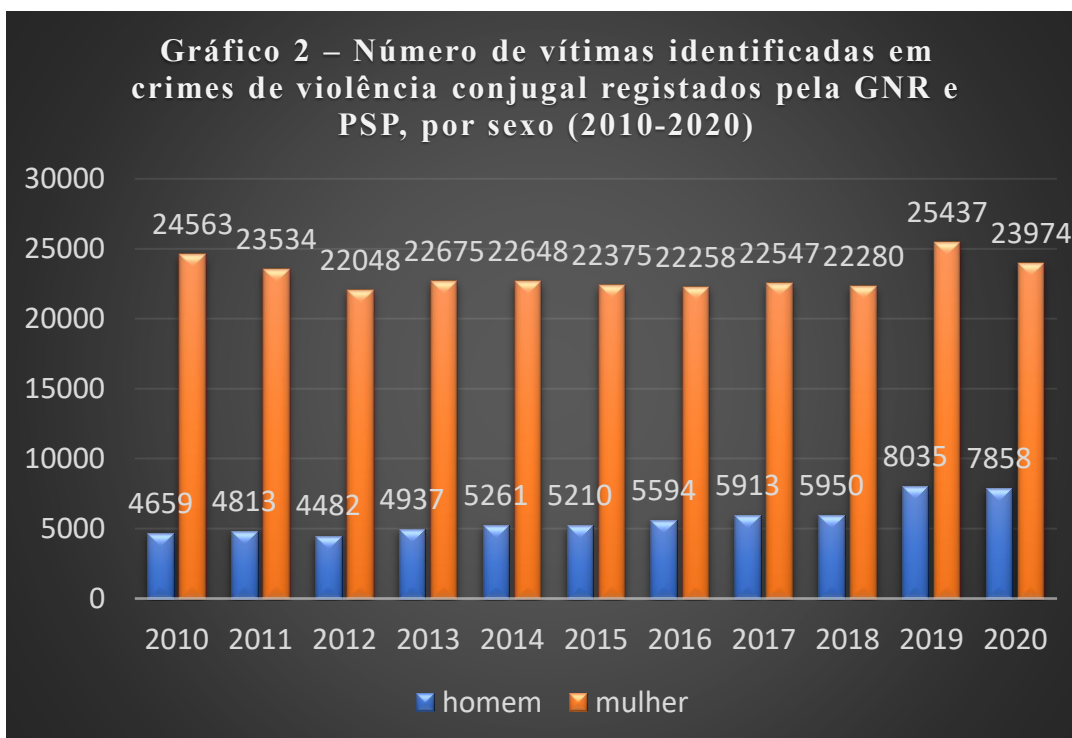
Tabela 3- Perfis de vítimas atendidas pela APAV relatório de 2022:

Perfis das Vítimas	Sexo	Média de Idades	Grau de Ensino	Relação com o Autor/a do Crime	% Número de Vítimas
Mulheres	Feminino (77,7%)	40 anos	Ensino Superior (7,3%)	Conjuge	(14,5%) 14.688
Idosas	Feminino (76,1%)	76 anos	1º Ciclo (6,5%)	Pai/Mãe	(28,7%) 1.528
Homens	Masculino (51,4%)	28 anos	1º Ciclo (7%)	Filho/a	(16%) 3.013
Crianças e jovens	Feminino (60,1%)	10 anos	1º Ciclo (14,1%)	Filho/a	(31,6%) 2.595

TABELA ADAPTADA: APAV. (2022). Relatório Anual de Estatísticas APAV [Adaptado]. [PDF]. Recuperado de [https://apav.pt/apav\\_v3/images/press/Estatisticas-APAV\\_Relatorio-anual-2022.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/press/Estatisticas-APAV_Relatorio-anual-2022.pdf)

Embora a violência contra os homens exista, é uma realidade menos expressiva, sendo que 2019 e 2020 foram os anos onde se registaram valores mais elevados, com 24.0% e 24.7%, respetivamente, de vítimas masculinas. A APAV (2020) refere que a violência contra os homens nas relações de intimidade não é um fenómeno novo, no entanto: Os homens revelam muitas dificuldades em reconhecer-se e identificar-se como vítimas e, tipicamente, adotam reações mais cobertas para lidar com a VRI (ex.: conversar com a parceira, para chegar a um entendimento; tentar acalmar a parceira). Estratégias ativas, como chamar a polícia ou pedir ajuda profissional (ex.: de um/a psicólogo/a, de um/a advogado/a), são pouco utilizadas pelos homens. Como nota-se no gráfico abaixo, há uma grande diferença de vítimas homens e mulheres nos registos oficiais da GNR e PSP, evidenciando a discrepância em relação aos dados femininos.

**Gráfico 2** - Número de vítimas identificadas em crimes de violência conjugal registados pela GNR e PSP, por sexo (2010-2020) adaptado de: INE (2021a).

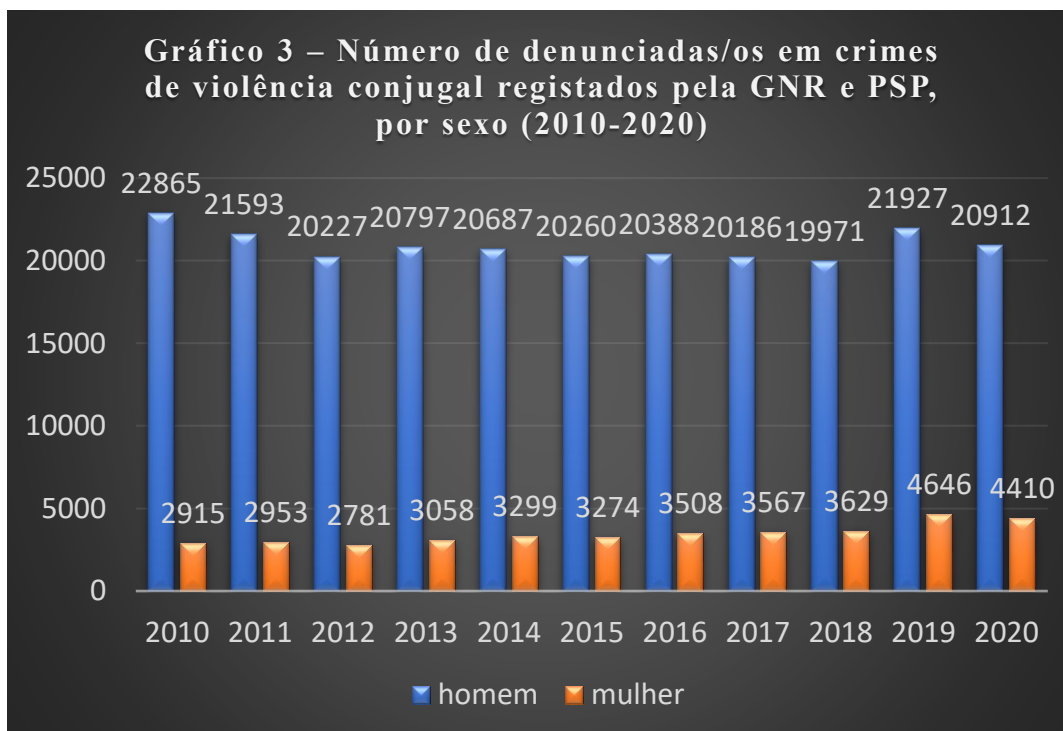


**Fonte:** adaptado de INE (2021a).

No que respeita aos/às denunciado/as em crimes de violência conjugal registados pela GNR e PSP, por sexo (Figura 4), verificou-se que, na última década, em média 85.8% eram homens (20892) e 14.2% mulheres (3458). Os últimos dois anos do período em

análise foram aqueles em que as denunciadas mulheres tiveram os valores mais elevados (17.5% em 2019 e 17.4% em 2020), sendo que os denunciados homens, até 2018, não apresentaram valores abaixo dos 84.6%.

**Gráfico 3** – Número de denunciadas/os em crimes de violência conjugal registados pela GNR e PSP, por sexo (2010-2020).



Fonte: Número de denunciadas/os em crimes de violência conjugal registados pela GNR e PSP, por sexo (2010-2020) adaptado de INE (2021b).

A ferramenta de inteligência e investigação do Banco de Dados Internacional de Exploração Sexual Infantil (ICSE) da INTERPOL é uma valiosa fonte de informações que permite que investigadores especializados compartilhem dados sobre casos de abuso sexual infantil.

Através do uso de um software avançado de comparação de imagens e vídeos, os investigadores podem realizar ligações imediatas entre vítimas, agressores e locais relacionados. Essa base de dados é essencial para evitar a duplicação de esforços e economizar um tempo precioso, informando aos investigadores se uma série de imagens já foi descoberta ou identificada em outro país, ou se apresenta características semelhantes a outras imagens.

Além disso, essa plataforma possibilita que especialistas de mais de 68 países troquem informações e compartilhem dados com seus colegas em todo o mundo, fortalecendo a colaboração internacional no combate à exploração sexual infantil.

Por meio da análise minuciosa de conteúdo digital, visual e de áudio presente em fotografias e vídeos, os especialistas em identificação de vítimas podem obter pistas importantes, identificar sobreposições de casos e unir esforços para localizar e resgatar crianças vítimas de abuso sexual (INTERPOL).

“O estudo identificou uma série de tendências alarmantes:

- Quanto mais jovem a vítima, mais grave o abuso.
- 84% das imagens continham atividade sexual explícita.
- Mais de 60% das vítimas não identificadas eram pré-adolescentes, incluindo bebês e crianças pequenas.
- 65% das vítimas não identificadas eram meninas.
- As imagens de abuso grave provavelmente apresentavam meninos.
- 92% dos ofensores visíveis eram do sexo masculino.”

#### Etnicidade

- A etnia da vítima pôde ser determinada em 93,9 por cento das séries analisadas. 76.6 por cento das séries analisadas apresentavam crianças brancas, 10.1 por cento eram crianças hispânicas ou latinas, 9.9 por cento crianças asiáticas 2.1 por cento retratavam vítimas negras.

Uma pequena proporção das séries categorizadas (1.3 por cento) retratava crianças de múltiplas etnias.

• Qual a importância? Em alguns casos, a origem étnica das vítimas pode ser um indicador indireto da localização do abuso ou exploração. No entanto, a origem étnica das vítimas no banco de dados não reflete necessariamente com precisão a origem étnica das vítimas a nível global, uma vez que muitos países ainda não contribuem com imagens e vídeos para o Banco de Dados ICSE. Isso evidencia a necessidade de envolver mais países e regiões no banco de dados, a fim de obter uma compreensão mais detalhada dos perfis

étnicos das vítimas. (INTERPOL - Resumo: Rumo a um indicador global sobre vítimas não identificadas em material de exploração sexual infantil - fevereiro de 2018).

### **3. Prevalência de Violência contra os Idosos**

Em Portugal, existe um fator que pode aumentar a vulnerabilidade da população idosa em relação à violência. Isso ocorre devido ao alto índice de pessoas com 75 anos ou mais, que não estão institucionalizadas e vivem com outras pessoas que não são seus cônjuges, como familiares diretos, por afinidade ou até mesmo pessoas sem laços familiares, como cuidadores remunerados ou hóspedes (Gaymu et al., 2010). A coabitação, possivelmente relacionada à baixa pensão de aposentadoria, ao envelhecimento feminino e ao isolamento social, contribui como fator de risco para a violência. Segundo Gaymu e colaboradores (2010), a forma como as pessoas vivem na velhice pode determinar o seu bem-estar, autonomia e influenciar a ocorrência de violência.

Um estudo revelou que quase uma parte significativa da União Europeia pondera a violência, os maus-tratos e a negligência contra os idosos como uma questão recorrente nos seus países (47%) (CE, 2008: 5), sendo ligeiramente menos representativo em Portugal (43%). Essa percentagem aumenta quando os idosos apresentam limitações funcionais graves (56%), necessitam de cuidados de longa duração (54%) ou quando os entrevistados possuem experiência no cuidado de familiares (54%) ou têm familiares residindo em lares de idosos (54%) (Walker, Alan, 1993).

Em Portugal, a prevalência de violência sexual é maior para mulheres com 60 anos ou mais (3.6%) (Luoma et al., 2011) em comparação com pessoas idosas de 60 anos ou mais na cidade do Porto (1.3%) (Soares et al., 2010). É importante ressaltar que, após Atenas, a cidade do Porto foi o município (entre sete países europeus) com maior incidência de violência sexual, enquanto Portugal, após a Finlândia, foi o país (entre cinco países europeus) com o maior número de mulheres a reportarem terem sido vítimas dessa forma de violência.

#### **4. Aumento de Casos de violência no Contexto de Pandemia Mundial**

Em 2020, a disseminação do vírus COVID-19 levou a OMS e a situação pandêmica global (Cucinotta & Vanelli, 2020). Medidas de contenção, como quarentena e isolamento social, resultaram em famílias em redor do mundo confinadas em suas casas (Jurblum et al., 2020).

Com o aumento do tempo gasto em casa pelas famílias, há uma maior suscetibilidade ao stress e atritos no ambiente doméstico. A incerteza, o medo e a instabilidade financeira contribuem para a irritabilidade, falta de tolerância e impaciência na vida das pessoas. Quando submetidas a altos níveis de tensão, as pessoas tendem a reagir de forma exagerada, podendo adotar atitudes agressivas e impulsivas (Jurblum et al., 2020; Baron et al., 2020).

É sabido que atos criminosos de violência são uma constante na sociedade, incluindo violência doméstica, abuso sexual, maus-tratos infantis e violência contra idosos. Com o confinamento obrigatório, as entidades de apoio às vítimas observaram um aumento nos pedidos de ajuda e, conseqüentemente, um aumento no número desses crimes (Lund et al., 2020).

A violência de gênero contra mulheres aumentou globalmente, sendo influenciada por vários fatores, como aumento do tempo de contato, possíveis aumentos no consumo de álcool por parte do parceiro, instabilidade financeira do casal e o stress relacionado à pandemia (Lund et al., 2020; OMS, 2020).

No contexto dos maus-tratos infantis, a falta de supervisão por terceiros e o "burnout" - um estado de exaustão física e psicológica causado pelo stress vivenciado pelos pais nessa situação - podem levar a situações de violência física e psicológica por parte dos cuidadores. O isolamento social também pode levar os pais que precisam trabalhar a deixar os filhos aos cuidados de outros familiares, o que pode resultar em cenários de violência e abuso sexual infantil (Cohen & Bosk, 2020; Griffith, 2020).

No caso da violência contra idosos, eles podem estar institucionalizados, sob os cuidados de um cuidador ou de familiares. Como é comum nesses casos os idosos estarem isolados devido à perda de amigos e familiares próximos, bem como às limitações físicas ou psicológicas, eles ficam mais vulneráveis a situações de violência e abuso. Durante a pandemia, devido ao alto risco dessa população, foi altamente recomendado que permanecessem em suas casas, tornando-os dependentes de terceiros para suas atividades diárias e colocando-os em uma posição de fragilidade (Perdigão et al., 2016; OMS, 2021a).

Apesar dos numerosos pedidos de ajuda, os serviços médicos, entidades psicológicas e de segurança foram sobrecarregados devido à pandemia COVID-19, o que tornou mais difícil atender a essas denúncias e pedidos de apoio, num volume maior do que o esperado em períodos pré-pandemia (Lund et al., 2020).

Portanto, pode-se considerar que o COVID-19 é um causador indireto do aumento dos casos de violência, uma vez que os fatores de stress relacionados ao vírus são fortes impulsionadores dos crimes mencionados anteriormente. Portanto, é urgente que as entidades governamentais adotem medidas para controlar essas situações e oferecer maior apoio às vítimas (Lund et al., 2020).

## **5. Conceito de Medicina Dentária Forense**

A medicina dentária forense é uma área que se dedica à análise de fatos relacionados à cavidade oral, fornecendo interpretações para esclarecer ocorrências em contexto judicial. As suas principais áreas de atuação envolvem a identificação humana, tanto em vida como após a morte, com o objetivo de identificar um indivíduo ou as suas características biológicas, e a avaliação de danos físicos, psicológicos ou na cavidade oral e face (Devi & Rajpurohit, 2020; Senn & Stimson, 2010). Tem três áreas principais de atuação, nomeadamente:

1. Exames de diagnóstico e terapêuticos e avaliação de lesões na maxila, mandíbula, dentes e tecidos moles orais.

2. Identidades pessoais descobertas durante investigações criminais e/ou desastres em massa.

3. Reconhecimento, exame e avaliação de mordidas frequentemente vistas em situações de agressão sexual, abuso infantil e autodefesa.

No entanto, o seu foco é muito mais amplo. Por definição, a medicina dentária forense seria uma disciplina que fornece ao juiz conhecimentos sobre medicina dentária e suas diversas especialidades. Nos Institutos de Medicina Legal e Ciências Forenses, o campo de atuação é o mesmo da Medicina Legal, limitando-se à região da cabeça e pescoço, incluindo laudos de vivos, mortos, esqueletos (ossos), fragmentos, objetos encontrados, dentes isolados fragmentos e/ou vestígios de feridas. Demonstrou-se que, além dos institutos forenses, nos quais os médicos dentistas forenses costumam praticar atividades de identificação de origem criminosas, os médicos dentistas também podem auxiliar o judiciário perante as varas cíveis e do trabalho.

Segundo Gupta et al. (2014), a Medicina Dentária Forense abrange as seguintes atividades:

- a) Gerenciamento adequado das fichas clínicas na prática diária, seguindo as diretrizes em vigor e utilizando notações comuns e generalizadas na área odontológica. Isso possibilita a identificação dentária e reduz a litigância relacionada à má prática clínica.
- b) Identificação de indivíduos por meio de vestígios humanos, comparando dados antemortem com informações post mortem. Essa atividade é especialmente útil em casos que exigem a rápida identificação de múltiplas vítimas fatais.
- c) Coleta e análise de marcas de mordida causadas por humanos ou animais em pessoas ou objetos, relacionando-as a uma dentição específica.
- d) Identificação de sinais e sintomas de manifestações orofaciais de abuso, abrangendo casos de violência doméstica e em grupos vulneráveis, como crianças e idosos.

- e) Apresentação de evidências dentárias como perito em identificação humana, marcas de mordida, abuso, má prática, fraude e danos.
- f) Determinação da idade por meio da boca, dentes e estruturas adjacentes.
- g) Determinação do sexo.
- h) Avaliação de danos nas áreas de responsabilidade do Médico Dentista Forense em casos de acidentes e agressões.

Além disso, Bowers (2011) menciona que a Medicina Dentária Forense também pode ser envolvida na avaliação da qualidade de tratamentos odontológicos em casos de negligência médica.

Em Portugal, a Ordem dos Médicos Dentistas reconhece a prática da Medicina Dentária Forense. Na tabela de Nomenclatura em Medicina Dentária, aprovada pelo Regulamento n.º 501/2011 de 23 de agosto, é estabelecida a nomenclatura científica atribuída a cada área da Medicina Dentária, incluindo uma categoria específica para a área forense:

**Tabela 4** - Tabela da nomenclatura em Medicina Dentária

13 PERÍCIAS	
A13.01.01.D	Exames e perícias no âmbito da Medicina Dentária Forense
A13.01.01.01	Perícia de mordedura
A13.01.01.02	Perícia de queiloscopia
A13.01.01.03	Perícia de rugoscopia palatina
A13.02.CC.D	Exames e perícias no âmbito da Genética e Biologia Forense
A13.02.01.D	Investigação biológica de filiação e identificação genética de desconhecidos através da comparação com amostras provenientes dos progenitores

A13.02.01.0 1	Investigação biológica de filiação e identificação genética de desconhecidos através da comparação com amostras de saliva provenientes dos progenitores
A13.02.01.0 2	Investigação biológica de filiação e identificação genética de desconhecidos através da comparação com amostras de dentes provenientes dos progenitores
A13.02.02.D D	Investigação biológica de filiação e identificação genética de desconhecidos através da comparação com amostras provenientes de outros familiares
A13.02.02.0 1	Investigação biológica de filiação e identificação genética de desconhecidos através da comparação com amostras de saliva provenientes de outros familiares
A13.02.02.0 2	Investigação biológica de filiação e identificação genética de desconhecidos através da comparação com amostras de dentes provenientes de outros familiares
A13.02.03.0 1	Outro tipo de exames periciais de identificação genética
A13.02.04.0 1	Investigação biológica de vestígios criminais
A13.02.05.0 1	Colheitas de material biológico
A13.02.06.0 1	Pesquisa de saliva
A13.03.01.D D	Exames e perícias no âmbito da Antropologia Forense
A13.03.01.0 1	Perícia para a determinação da espécie, afinidade populacional, idade, sexo e altura
A13.03.01.0 2	Perícia para determinação de patologia dentária com carácter identificador
A13.04.CC .DD	Exames e perícias no âmbito da clínica de Medicina Dentária Forense
A13.04.01.D D	Exames e perícias no âmbito da clínica de Medicina Dentária Forense em Direito Penal
A13.04.01.0 1	Avaliação do dano corporal com elaboração de relatório único e concluído
A13.04.01.0 2	Avaliação do dano corporal com elaboração de relatório preliminar
A13.04.01.0 3	Avaliação do dano corporal com elaboração de relatório intercalar

A13.04.01.04	Avaliação do dano corporal com elaboração de relatório final
A13.04.01.05	Avaliação do dano corporal com aditamento a relatório ou prestação de Esclarecimentos
A13.04.02.DD	Exames e perícias no âmbito da clínica de Medicina Dentária Forense em Direito Civil
A13.04.02.01	Avaliação do dano corporal com elaboração de relatório único e concluído
A13.04.02.02	Avaliação do dano corporal com elaboração de relatório preliminar
A13.04.02.03	Avaliação do dano corporal com elaboração de relatório intercalar
A13.04.02.04	Avaliação do dano corporal com elaboração de relatório final
A13.04.02.05	Avaliação do dano corporal com aditamento a relatório ou prestação de Esclarecimentos
A13.04.03.DD	Exames e perícias no âmbito da clínica de Medicina Dentária Forense em Direito do Trabalho
A13.04.03.01	Avaliação do dano corporal com elaboração de relatório único e concluído
A13.04.03.02	Avaliação do dano corporal com elaboração de relatório preliminar
A13.04.03.03	Avaliação do dano corporal com elaboração de relatório intercalar
A13.04.03.04	Avaliação do dano corporal com elaboração de relatório final
A13.04.03.05	Avaliação do dano corporal com aditamento a relatório ou prestação de Esclarecimentos
A13.04.04.01	Outras perícias de clínica de Medicina Dentária Forense, incluindo observação clínica, elaboração de relatório e resposta a quesitos
A13.05.01.DD	Outros exames ou intervenções periciais e colaboração em exames e perícias de Medicina Dentária Forense
A13.05.01.01	Relatório pericial
A13.05.01.02	Diligências em tribunal

	A13.05.01.0 3	Junta médica
	A13.05.01.0 4	Parecer médico-legal

Adaptada de tabela da nomenclatura em Medicina Dentária aprovada pelo Regulamento n.º 501/2011 de 23 de agosto.

De acordo com a tabela anterior, uma parte significativa da atividade da Medicina Dentária Forense, nos âmbitos penal, civil e do trabalho, envolve a avaliação do dano corporal na boca, dentes e estruturas anexas, resultando sempre na elaboração de um relatório para cada avaliação. As consequências permanentes decorrentes desse dano podem ser observadas em diferentes planos: no plano orgânico, referente às alterações físicas causadas pelo dano; no plano funcional, pois a seqüela limita a capacidade do indivíduo de realizar suas tarefas de forma original; no plano situacional, uma vez que a limitação funcional afeta a maneira como a pessoa conduz sua vida; e, por fim, no plano subjetivo, pois a autopercepção e a confiança do indivíduo também sofrem alterações em sua envolvente psicossocial (Caldas, 2013).

### 5.1. História da Medicina Dentária Forense

A história da medicina dentária forense remonta à antiguidade, com relatos de uso de dentes para identificação “post mortem”. No entanto, o primeiro registo oficial de uma identificação médico-legal de um corpo usando registos dentários pertence ao Dr. Joseph Warren, em New England, no ano de 1775. O seu corpo foi exumado 10 meses após o enterro e foi identificado por Paul Revere, um dentista amador que havia tratado o Dr. Warren dois anos antes de sua morte, com base numa prótese de marfim e ganchos de prata (Bruce-Chwatt, 2010; Senn & Stimson, 2010).

A identificação em massa por meio de registos dentários foi utilizada pela primeira vez em Paris, após um incêndio que resultou na morte de aproximadamente 1.200 pessoas. Foram identificados cerca de 30 corpos graças aos detalhados registos dentários, que continham informações sobre restaurações de amálgama, ouro, coroas e extrações realizadas nas vítimas. Em 1948, na Inglaterra, também ocorreu a primeira utilização de marcas de mordida na identificação de um assassino. O Dr. Keith Simpson comparou a

marca deixada na vítima com a dentição do marido dela e concluiu que ele era o culpado (Bruce-Chwatt, 2010).

Ao longo dos anos, A medicina dentária legal tem desenvolvido um papel crucial. na identificação de culpados e na resolução de casos de homicídio. O avanço das técnicas e métodos de identificação, juntamente com o advento de novas tecnologias, tem possibilitado um trabalho mais preciso e rigoroso. No entanto, a era tecnológica também trouxe novas formas de crime (Casey, 2019; Senn & Stimson, 2010).

### **5.1.1. O Profissional Especializado em Medicina Dentária Forense**

No sistema jurídico português, as perícias médico-legais e forenses são reguladas pela Lei n.º 25/2004 de 19 de agosto, que estabelece o seu enquadramento legal. De acordo com esta lei, as perícias devem ser realizadas nas delegações e nos gabinetes do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF, IP), ou por outras entidades contratadas ou designadas pelo instituto, quando os serviços do INMLCF, IP não forem possíveis ou quando se tratar de comarcas não abrangidas pela área de atuação das delegações ou gabinetes. Em casos em que seja necessária a intervenção de especialidades médicas não disponíveis no referido instituto, as perícias podem ser realizadas por indicação do instituto, em serviços universitários, de saúde público ou privado.

Para desempenhar esta função, é recomendado contar com a experiência de um médico dentista forense, pois este poderá ter que justificar os seus pareceres em tribunal. A maioria dos médicos dentistas forenses trabalha em clínicas privadas, sendo a medicina dentária forense uma prática secundária, o que dificulta o desenvolvimento de um alto nível de especialização e prática nesta área (Cardoza, 2011).

Além disso, o médico dentista forense deve possuir qualificações na área forense e estar familiarizado com a produção de relatórios periciais, embora estas qualificações não sejam especificadas, mas devem incluir conhecimentos técnicos e científicos especiais, conforme o artigo 151º do Código de Processo Penal. Também está estabelecida a existência de uma comissão pericial da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD),

regulamentada pelo Regulamento n.º 96/2015 de 06 de março, que atua nos casos de discordância sobre a qualidade, correção ou adequação das ações praticadas ou omissões verificadas, tanto no âmbito da atividade disciplinar da OMD, como no âmbito judicial ou seguradoras, conforme o seu artigo 9.º

O perito tem a obrigação de desempenhar a função para a qual foi nomeado, sendo necessário possuir características de idoneidade, independência e diligência, devendo apresentar o seu relatório de forma tempestiva. O perito deve ainda possuir reconhecidos conhecimentos técnicos, científicos ou artísticos, nos termos do artigo 153 do Código de Processo Penal.

O Conselho de Dentistas e Médicos Dentistas (CDOMD) preconiza que a atuação do médico dentista perito deve pautar-se por princípios de independência, visando cumprir aquilo que lhe foi designado, conforme o número 1 do artigo 37º. Decorrente do princípio de independência, de acordo com o número 2 do mesmo artigo, o perito também está sujeito ao regime de impedimentos, recusas e escusas, nos termos do artigo 47º do Código de Processo Penal, por sua própria iniciativa.

Segundo Nuzzolese e Di Vella (2007), a atividade de medicina dentária forense deve ser exercida por médicos dentistas com formação específica, uma vez que requer experiência, conhecimento dos programas informáticos utilizados, compreensão dos aspetos legais e éticos, bem como familiaridade com as diretrizes e procedimentos internos e internacionais. O voluntarismo de profissionais não treinados não deve comprometer a qualidade durante a resolução dos incidentes.

### **5.1.2. Métodos de Identificação Dentária**

Os métodos de identificação dentária são de extrema importância na obtenção de provas em casos criminais. Além das impressões digitais, que são únicas em cada indivíduo, existem outras características individuais de identificação (Caldas et al., 2015; Senn & Stimson, 2010).

Através de elementos da cavidade oral, é possível realizar perícias e identificar características específicas de um indivíduo. As marcas de mordida, rugas palatinas, sulcos

e estrias dos lábios, tamanho e volume dos lábios, dorso da língua e detalhes minuciosos das estruturas dentárias são peças fundamentais para a atuação da medicina dentária forense (Darwin et al., 2021).

Na consulta odontológica, os médicos dentistas podem contar com a ajuda de biomarcadores, que são sinais biológicos que indicam a ocorrência de funções orgânicas, como indicadores de normalidade, patologia ou resposta a um fármaco. Os biomarcadores orais auxiliam na identificação de potenciais situações de violência doméstica, como lascas ou fraturas nas peças dentárias ou na cavidade oral, que são inconsistentes com os antecedentes pessoais e indicam suspeita de atos de violência (Strimbu & Tavel 2010; Timothy et al., 2019).

### **5.1.3. Sinais e Sintomas de Violência Doméstica e Abuso na Consulta do Médico Dentista**

O sistema estomatognático é composto pela dentição, maxila, mandíbula, tecidos moles da cavidade oral e articulação temporomandibular (ATM) (Behr & Fanghänel, 2019). Sinais óbvios de agressão incluem fraturas na mandíbula, dentes, osso nasal, bem como trauma do nervo dentário, descoloração dentária, raízes reabsorvidas ou necrose pulpar. Essas lesões podem ser consequência de múltiplas agressões (Tan et al., 2018).

Uma breve palpação e exame da cabeça e pescoço podem ser suficientes para identificar sinais de agressão. Lesões comuns no crânio provenientes de acidentes envolvem ossos como o parietal, occipital, frontal, nasal e a região anterior da mandíbula (queixo), além das palmas das mãos, cotovelos, joelhos e tíbias, ou seja, proeminências ósseas. É importante considerar se as fraturas existentes estão de acordo com a história clínica do paciente, idade, atividades e profissão (Timothy et al., 2019).

Existem condições médicas que podem facilitar a ocorrência de trauma dentário ou maxilofacial, como a doença periodontal ou a osteoporose. Caso a paciente não apresente nenhuma patologia que justifique a lesão apresentada, deve-se considerar a possibilidade de violência (Tan et al., 2018).

Lesões incomuns nas orelhas, olhos, tecidos moles intraorais, face, lábios, retina e perda de cabelo podem indicar agressão. As vítimas podem ser forçadas a ingerir líquidos, objetos quentes ou corrosivos, resultando em queimaduras, úlceras ou cicatrizes na parte posterior do palato duro ou mucosa jugal. Em casos de alimentação forçada em crianças, podem ser observadas lacerações nos freios, lábios e marcas nas mãos e dedos (Perdigão et al., 2016; Timothy et al., 2019).

No caso da população idosa, sinais de negligência, como falta de higiene pessoal, uso de roupas inadequadas à estação do ano ou danificadas, falta de óculos, próteses dentárias, entre outros, juntamente com uma postura de indiferença por parte do cuidador, podem ser fortes indicadores (Perdigão et al., 2016).

Em casos de abuso sexual, podem ser detetados na cavidade oral eritema e petéquias no palato duro, palato mole e pavimento da cavidade oral, que podem ser sinais de felação forçada, além de manifestações de doenças sexualmente transmissíveis, como Vírus do Papiloma Humano (HPV), sífilis, gonorreia e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (Timothy et al., 2019). De acordo com a Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) e a Academia Americana de Pediatria (APA), a presença de gonorreia ou sífilis na cavidade oral é um indicador característico de abuso sexual e sugere a ocorrência de violência física (Fisher-Owens et al., 2017; Rover et al., 2020).

Em relação a lesões dentárias, especialmente na região dos incisivos, essas são causadas principalmente por agressão com punho (Tan et al., 2018).

Num caso de violência doméstica descrito por Tan et al. (2018), as histórias de uma mulher de 58 anos e de seu genro divergiam. A mulher afirmava ter fraturado os seus dentes devido à agressão do genro, enquanto o genro defendia que a fratura nos dentes da sogra ocorrera porque ela o havia mordido. As autoridades responsáveis pelo caso solicitaram uma intervenção forense para examinar o ocorrido. Os técnicos forenses, por meio de tomografia computadorizada e tecnologia de reconstrução de imagem, puderam detetar fraturas alveolares e perda óssea localizada. Dessa forma, foi possível determinar que os dentes da vítima foram perdidos devido à agressão infligida pelo genro e não por ela mesma, estabelecendo assim a culpa do culpado. Em muitos casos de violência, as forças de autoridade recorrem aos serviços das ciências forenses para determinar se a

situação é um acidente ou um crime, embora seja desafiador muitas vezes devido à falta de clareza nos detalhes dos eventos. No âmbito médico-dentário, existem cinco tipos comuns de traumatismo dentário:

1) Concussão: ocorre lesão nos tecidos de suporte, embora o dente não apresente mobilidade nem tenha sido deslocado do alvéolo. No entanto, ao realizar o teste de percussão, pode apresentar sensibilidade.

2) Subluxação: afeta os tecidos de suporte e já apresenta alguma mobilidade, mas o dente não foi deslocado.

3) Luxação extrusiva: ocorre o deslocamento do dente no sentido incisal/axial.

4) Luxação intrusiva: o dente é deslocado no sentido apical, em direção à raiz.

5) Luxação lateral: o dente é deslocado no sentido mesial ou distal, podendo haver compressão ou até mesmo fratura da parede alveolar ou do osso cortical (Bourguignon et al., 2020).

Esta classificação engloba lesões nos tecidos duros do dente, como o esmalte, e nos tecidos moles, incluindo polpa e dentina. Além disso, também abrange lesões nos tecidos periodontais de suporte, como a gengiva e a mucosa oral. O tipo de lesão está relacionado à força e direção do impacto, e pode ser visualizado radiograficamente pela posição da raiz dentária. Para auxiliar nessa avaliação, é possível recorrer a exames complementares de diagnóstico (Jones, 2020; Tan et al., 2018).

#### **5.1.4. Diretrizes do Médico Dentista Perante a Violência**

Na maioria dos países, há uma percepção de que questões como violência doméstica, abuso sexual, maus-tratos infantis e violência contra idosos são preocupações legais e jurídicas. No entanto, é essencial modificar esse pensamento, educando a população sobre a responsabilidade de todos em denunciar casos de violência e abuso. Profissionais de saúde, em particular, devido à sua relação próxima com os pacientes,

estão numa posição privilegiada para detetar situações de risco. Os médicos dentistas, como mencionado anteriormente, desempenham um papel de extrema importância na deteção dessas situações (Hegarty et al., 2020; Timothy et al., 2019).

Detetar casos de violência e abuso não é simples, pois envolve várias questões que podem dificultar a confirmação do fato. No entanto, os profissionais de saúde devem aproveitar sua proximidade com os pacientes, pois muitas vezes as consultas médicas são a única oportunidade que as vítimas têm para fazer denúncias (da Silva, 2019; Perdigão et al., 2016).

No caso de vítimas em acompanhamento, é crucial detetar mudanças no comportamento para determinar se estão num período de tranquilidade ou de abuso, a fim de fornecer apoio e encaminhamento adequados. Muitas vezes, as vítimas procuram serviços de saúde usando desculpas dissimuladas, que por si só não revelam nem permitem a confirmação de uma situação de abuso ou violência (da Silva, 2019; Perdigão et al., 2016).

Portanto, no dia-a-dia da prática clínica, os profissionais de saúde devem estar atentos a essas situações, pois, mesmo que a vítima não se sinta confortável para compartilhar ou denunciar a situação nas primeiras consultas, ela pode adquirir a confiança necessária para estabelecer um diálogo posteriormente, criando assim a oportunidade de receber ajuda e encaminhamento adequados (Perdigão et al., 2016).

Os profissionais de saúde não devem rejeitar ou ignorar as tentativas de busca de ajuda por parte das vítimas por medo de se envolverem ou agravarem a situação. Em vez disso, devem seguir os passos recomendados e buscar apoio e informações junto às instituições competentes, como a EPVA e os NACJR/NHACJR que além de contribuírem para a educação e conscientização dos especialistas da saúde sobre igualdade de género e prevenção da violência, também fornecem informações técnicas sobre normas e questões legais relacionadas à violência. Eles também oferecem treinamento para os profissionais de saúde, bem como apoio para sinalizar, acompanhar e encaminhar as vítimas (Perdigão et al., 2016).

A falta de denúncia dessas situações pode ter graves consequências, como permitir a continuidade dos atos de violência, o aumento de sua frequência e gravidade, bem como a possibilidade de morte da vítima (da Silva, 2019).

A intervenção pode fazer a diferença na vida da vítima, tanto na resolução do problema quanto na ajuda a mudar a sua perspectiva sobre a situação, que muitas vezes vem acompanhada de concepções erradas sobre a violência doméstica e o abuso sexual. Às vezes, apenas estar presente, ouvir e demonstrar preocupação pode ajudar a vítima (Giger et al., 2017; Hegarty et al., 2020).

Nesse sentido, a OMS produziu um fluxograma (Figura 6) que representa as "funções mínimas" que os profissionais de saúde devem seguir. Logo, é fundamental que os especialistas de saúde estejam atentos a sinais e sintomas de maus-tratos e, caso detetem algum sinal que levante suspeitas, além de fornecer o tratamento necessário, devem fazer anotações na história clínica do paciente sobre as suas observações (Perdigão et al., 2016; Timothy et al., 2019).

**Figura 9:** Funções Mínimas para atuação dos profissionais de saúde em situações de detecção de violência

Fonte: Funções Mínimas para atuação dos profissionais de saúde em situações de detecção de violência. Adaptado de DGS, Violência Interpessoal (Perdigão et al., 2016).

É responsabilidade do profissional de saúde garantir e esclarecer à vítima que a privacidade e a confidencialidade das informações serão mantidas. Devem evitar atitudes que demonstrem falta de empatia pela situação ou transmitam culpa à vítima, pois tais comportamentos podem levar ao isolamento, diminuição da autoconfiança e, conseqüentemente, diminuição da possibilidade de buscar apoio (Hegarty et al., 2020).

Para situações graves de abuso sexual e violência, existem diretrizes fornecidas pela Direção-Geral de Saúde (DGS) que servem como um guia de atuação. Essas orientações da DGS podem ser seguidas em qualquer tipo de situação de violência, além das mencionadas anteriormente (Perdigão et al., 2016).

De acordo com o manual prático da DGS, o fluxograma em situações de os profissionais da saúde lidarem com as vítimas de violência, portanto a sequência objetiva no atendimento deve ser:

1. Garanta a segurança da vítima: Se a vítima estiver em perigo imediato ou se a situação ainda não estiver segura, priorize a segurança. Se necessário, acione as autoridades competentes para intervir.

2. Mantenha a calma e demonstre empatia: Ao interagir com a vítima, é importante demonstrar empatia, ouvir atentamente e proporcionar um ambiente seguro e de apoio.

3. Avalie e estabilize a condição médica: Realize uma avaliação inicial da vítima para identificar lesões e avaliar sua condição médica. Caso a vítima apresente ferimentos graves ou esteja em risco de vida, procure ajuda médica de emergência imediatamente.

4. Registre informações: Documente detalhadamente todas as informações relevantes, incluindo os relatos da vítima, descrições de lesões, datas e horários dos incidentes e quaisquer outras informações relevantes para o caso. Esses registros podem ser importantes como evidências futuras.

5. Encaminhamento apropriado: Encaminhe a vítima para outros profissionais de saúde, serviços sociais ou órgãos responsáveis, de acordo com as diretrizes locais e o

protocolo estabelecido. Isso pode incluir encaminhamento para serviços de apoio a vítimas de violência, como centros de atendimento a vítimas, psicólogos especializados, assistentes sociais, entre outros. Observando que para encaminhar para os serviços médicos legais, será sempre necessário o consentimento da vítima.

6. Tratamento e acompanhamento: Se a vítima necessitar de cuidados dentários, forneça o tratamento apropriado com base nas lesões e necessidades identificadas. Considere a possibilidade de encaminhar a vítima para um profissional especializado em odontologia forense, se necessário.

7. Siga as obrigações legais e éticas: Cumpra as obrigações legais e éticas pertinentes em relação à confidencialidade das informações e à notificação de casos de violência, conforme exigido pelas leis e regulamentos locais.

Essas são orientações gerais e é importante lembrar que cada caso é único. A colaboração com outros profissionais de saúde e serviços especializados é fundamental para garantir uma abordagem adequada e abrangente ao atender vítimas de violência.

No caso de atendimento de uma criança que sofre violência ou maus tratos infantis, um médico dentista em Portugal deve seguir as diretrizes e orientações estabelecidas pela DGS. É importante ressaltar que essas diretrizes podem estar sujeitas a alterações ao longo do tempo, portanto, é fundamental consultar as diretrizes de tempos em tempos para se manter atualizado. Abaixo estão algumas atitudes gerais que um médico dentista pode tomar de acordo com as diretrizes da DGS em Portugal:

1. Reconhecer sinais e sintomas: Esteja atento a sinais físicos, como lesões orais inexplicáveis, traumas faciais, fraturas dentárias, queimaduras na boca, lábios ou língua, entre outros. Além disso, esteja atento a comportamentos inadequados, como medo excessivo, retraimento, agressividade ou evitação de contato visual.

2. Registrar e documentar: Registre detalhadamente todas as observações, incluindo a descrição das lesões, datas e horários dos incidentes, informações relatadas pela criança (se for possível), além de quaisquer outras informações

relevantes. Esses registros podem ser fundamentais como evidências em casos de maus tratos.

3. Reportar suspeitas: Em caso de suspeita de maus tratos infantis, o médico dentista deve cumprir a sua obrigação legal de comunicar o caso. Na legislação portuguesa, é estabelecido o dever de segredo profissional relativamente a factos de que tome conhecimento no exercício das suas funções, mas a obrigação de reportar maus tratos infantis prevalece sobre o dever de segredo. O médico dentista deve reportar a suspeita à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) da área de residência da criança ou a outras autoridades competentes.

4. Colaboração interdisciplinar: O médico dentista deve colaborar com outros profissionais de saúde, como pediatras, assistentes sociais, psicólogos e membros das CPCJ, a fim de garantir uma avaliação adequada da situação da criança e encaminhamento para os serviços apropriados.

5. Acompanhamento e tratamento: Se a criança necessitar de cuidados dentários, o médico dentista deve fornecer o tratamento apropriado para as lesões orais identificadas. É importante oferecer um ambiente seguro e acolhedor para a criança, demonstrando empatia e cuidado durante todo o processo de tratamento.

Lembrando que essas são diretrizes gerais e é fundamental estar atualizado sobre as diretrizes específicas da DGS em Portugal para garantir que todas as práticas e procedimentos estejam de acordo com as orientações mais recentes.

Quando um médico dentista se depara com um paciente vítima de abuso sexual em Portugal, existem procedimentos específicos a serem seguidos de acordo com as diretrizes da Direção-Geral da Saúde (DGS). É importante ressaltar que essas diretrizes podem ser atualizadas ao longo do tempo, portanto, é essencial que o médico dentista mantenha-se sempre atualizado. Aqui estão os passos gerais a serem seguidos:

1. Garanta a segurança e o bem-estar do paciente: Em primeiro lugar, assegure-se de que o ambiente seja seguro e confortável para o paciente. Demonstre empatia, compreensão e apoio durante todo o processo.

2. Escuta ativa e acolhimento: Ouça atentamente o relato do paciente, mostrando empatia e respeito. Ofereça um espaço onde ele possa se sentir seguro para compartilhar suas experiências.

3. Registro e documentação: Documente detalhadamente todas as informações fornecidas pelo paciente, incluindo datas, horários, descrição das lesões, relato dos eventos, entre outros. Esses registros são fundamentais como evidências em casos de abuso sexual.

4. Proteção da criança ou do paciente vulnerável: Caso o paciente seja menor de idade ou vulnerável, o médico dentista deve cumprir a obrigação legal de proteger a criança ou paciente, relatando a situação às autoridades competentes. Em Portugal, isso inclui comunicar a suspeita à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) da área de residência da criança.

5. Encaminhamento adequado: Encaminhe o paciente para um serviço especializado em saúde mental ou para um profissional de saúde com experiência em lidar com vítimas de abuso sexual. É essencial trabalhar em conjunto com outros profissionais de saúde, assistentes sociais e autoridades competentes para garantir a segurança e o acompanhamento adequado do paciente.

6. Cumprimento das obrigações legais e éticas: Respeite as obrigações legais e éticas relacionadas à confidencialidade das informações, cooperando com as autoridades conforme necessário.

É importante lembrar que cada caso é único e pode exigir abordagens específicas. O médico dentista deve sempre consultar as diretrizes da DGS em vigor e colaborar com outros profissionais de saúde para fornecer o suporte adequado ao paciente vítima de abuso sexual.



### III. CONCLUSÃO

A violência doméstica, incluindo o abuso sexual, o mau-trato em menores e a agressão contra idosos, é uma realidade preocupante que afeta a sociedade como um todo. Através de uma análise dos conceitos e da prevalência desses tipos de violência, fica evidente a urgência de abordar e combater esse problema de forma eficaz.

Estudos têm demonstrado a gravidade e a extensão da violência doméstica em diversos contextos. Além disso, a pandemia de COVID-19 intensificou essa realidade, aumentando das situações de VD em geral.

Nesse contexto, a medicina dentária forense tem um papel relevante na identificação e no combate à violência doméstica. Através de métodos de identificação dentária, os médicos dentistas podem detetar sinais e sintomas de violência durante as consultas, como marcas de abuso ou fraturas relacionadas a atos violentos. Essa abordagem é particularmente significativa, uma vez que aproximadamente 75% das lesões decorrentes da violência doméstica ocorrem na região da cabeça, face e pescoço.

No entanto, é fundamental que os médicos dentistas recebam treino adequado para lidar com essas situações e que haja uma legislação favorável que os autorize a comunicar os casos de violência às autoridades competentes. Dessa forma, a atuação dos médicos dentistas pode ser maximizada no combate à violência doméstica, contribuindo para a proteção e o bem-estar das vítimas.

Que sejam pró ativos no que diz respeito a legislação vigente, já que existem varias formas de comunicação para as autoridades, respeitando os limites de relação médico/paciente, com consentimento informado, bem como todos outros documentos que resguardam o profissional e as vitimas, de acordo com a DGS.

Para desenvolver de forma mais equilibrada a Medicina Dentária, é essencial examinar e discutir os regulamentos estabelecidos pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) e observar as práticas adotadas em outros países europeus em relação ao treinamento, regulação e legislação para os médicos dentistas.

Os regulamentos da OMD desempenham um papel fundamental no estabelecimento de padrões de prática profissional, ética e de segurança para os médicos dentistas em Portugal. Ao compreender e seguir essas diretrizes, os profissionais podem garantir um cuidado odontológico de qualidade e proteger a saúde e o bem-estar dos pacientes.

Além disso, ao examinar o que está acontecendo em outros países da Europa, é possível obter insights valiosos sobre as melhores práticas e abordagens inovadoras na Medicina Dentária. Cada país pode ter regulamentos e legislações específicas, mas a troca de informações e o aprendizado com outras nações podem levar a avanços significativos na área.

Ao analisar as políticas de treinamento, regulação e legislação em outros países, é possível identificar lacunas e áreas de melhoria no sistema de saúde bucal. Isso pode fornecer subsídios para aprimorar a formação e o desenvolvimento profissional dos médicos dentistas, bem como atualizar as regulamentações existentes.

Em última análise, o desenvolvimento equilibrado da Medicina Dentária requer uma abordagem holística que leve em consideração as diretrizes da OMD, a análise comparativa com outros países europeus e a busca contínua por inovação e aprimoramento. Ao promover a colaboração, o intercâmbio de conhecimento e a revisão constante das práticas, podemos fortalecer a qualidade e a eficácia do cuidado odontológico, garantindo a saúde bucal de qualidade para todos.

Em conclusão, a violência doméstica é uma questão séria que afeta diferentes grupos vulneráveis da sociedade. Através da medicina dentária forense e da conscientização dos profissionais da odontologia, é possível identificar sinais de violência durante as consultas, contribuindo para a denúncia e prevenção desses crimes. No entanto, é necessário investir em treino e apoio institucional, bem como na implementação de políticas que fortaleçam o papel dos médicos dentistas nesse contexto.

#### IV. BIBLIOGRAFIA

Acórdão: TRIBUNAL DA RELAÇÃO DO PORTO. (11 de junho de 2014). Acórdão do processo n.º 286/12.8 PBMTS.P1. Relator: Neto de Moura.

Alves, M. A., da Fonseca, B. A., Soares, T. R. C., et al. (Data desconhecida). Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de abuso sexual infantil – revisão de literatura [Importance of the dentist in the diagnosis of child sexual abuse - a review]. *Revista Brasileira de Odontologia Legal*, 3(2).  
<https://doi.org/10.21117/rbol.v3i2.9>

APAV. (2022). Violência Doméstica. Recuperado de  
<https://apav.pt/vd/index.php/features2>

Baron, E. J., Goldstein, E. G., & Wallace, C. T. (2020). Suffering in silence: How COVID-19 school closures inhibit the reporting of child maltreatment. *Journal of Public Economics*, 190, 104258. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104258>

Behr, M. & Fanghänel, J. (2019). The impact of the stomatognathic system on the development of human beings. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift International*, 1(5), 171–174. <https://doi.org/10.3238/dzz-int.2019.0171-0174>

Bourguignon, C., Cohenca, N., Lauridsen, E., Therese Flores, M., O’Connell, A., Day, P., ... Levin, L. (2020). International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations. *Dental Traumatology*. <https://doi.org/10.1111/edt.12578>

Bruce-Chwatt, R. M. (2010). A brief history of Forensic odontology since 1775. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 17(3), 127–130.  
<https://doi.org/10.1016/j.jflm.2009.12.007>

Caldas, Ines & Teixeira, Alexandra & Perez, Daniel & Afonso, Américo & Magalhães, Teresa. (2015). Identificação por queiloscopia e palatoscopia.  
[https://doi.org/10.14195/978-989-26-0963-8\\_6](https://doi.org/10.14195/978-989-26-0963-8_6)

- Caldas, I. (2013). A Medicina Dentária na Identificação Humana. In M. F. Pinheiro (Ed.), *Ciências forenses ao serviço da justiça* (pp. 223–246). Lisboa: Pactor.
- Casey, E. (2019). The chequered past and risky future of digital forensics. *Australian Journal of Forensic Sciences*, 1–16.  
<https://doi.org/10.1080/00450618.2018.1554090>
- Ciaccio, F. A. (2011). Managing a mass fatality incident. Em C. M. Bowers (Ed.), *Forensic Dental Evidence: An Investigator's handbook* (2a , pp. 234–261). Elsevier. Código do Processo Penal, Pub. L. No. DL o 78/87, de 17 de Fevereiro com as alterações até à Lei 30/17 de 30 de maio (87AD)
- Crespo, M., Andrade, D., Alves, A. L., & Magalhães, T. (2011). O papel do médico dentista no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças. *Acta Medica Portuguesa*, 24, 939-948.
- Coulthard, P., Hutchison, I., Bell, J., et al. (2020). COVID-19, domestic violence and abuse, and urgent dental and oral and maxillofacial surgery care. *British Dental Journal*, 228, 923–926. <https://doi.org/10.1038/s41415-020-1709-1>
- Cucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Biomedica*, 91(1), 157-160. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>
- Daatland, S. O. (2010). Review of "Future Elderly Living Conditions in Europe" by J. Gaymu, P. Festy, M. Poulain, and G. Beets. *European Journal of Population*, 26(1), 121-123. <https://doi.org/10.1007/s10680-009-9184-7>
- Darwin, D., Sakthivel, S., Castelino, R. L., Babu, G. S., Asan, M. F., & Sarkar, A. S. (2021). Oral Cavity: A Forensic Kaleidoscope. *Journal of Health and Allied Sciences NU*, 12(01), 7–12. CLOCKSS. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1731117>

- da Silva, E. D. M. (2019). A odontologia e a violência doméstica contra mulheres: diagnóstico e conduta. *Scire Salutis*, 9(3), 22-32.  
<https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2019.003.0004>
- Day, V. P., Telles, L. E. B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R. F., Machado, D. A., Silveira, M. B., Debiaggi, M., Reis, M. G., Cardoso, R. G., & Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25, 9–21. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400003>
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos [Aging and violence against the elderly]. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 25, 249-273.
- DGS. Ministério da Saúde de Portugal. (2022, fevereiro). DGS publica orientação de atuação em situações de violência [Comunicado à imprensa]. Recuperado de [<https://www.cig.gov.pt/2022/02/dgs-publica-orientacao-de-atuacao-em-situacoes-de-violencia/>]
- Ellis, T. W., Brownstein, S., Beitchman, K., & Lifshitz, J. (2019). Restoring More than Smiles in Broken Homes: Dental and Oral Biomarkers of Brain Injury in Domestic Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1–10.  
<https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1595803>
- Ferreira, I. D. (2005). Seminário "Prevenção da violência doméstica: políticas locais e intervenção de proximidade": comunicações [Seminar "Prevention of domestic violence: local policies and proximity intervention": communications]. Lisboa, Estrutura de Missão contra a Violência Doméstica, 15.
- Fisher-Owens, S. A., Lukefahr, J. L., & Tate, A. R. (2017). Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*, 140(2), e20171487.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2017-1487>
- Giger, J.-C., Gonçalves, G., & Almeida, A. S. (2016). Adaptation of the Domestic Violence Myth Acceptance Scale to Portuguese and Tests of Its Convergent,

Divergent, and Predictive Validities. *Violence Against Women*, 23(14), 1790–1810. <https://doi.org/10.1177/1077801216666724>

Guimarães Lira, A., Pinheiro Sousa, I., & de Barros Antunes, R. (2022). Abuso infantil: principais manifestações orofaciais e como intervir - revisão da literatura. *Revista Cathedral*, 4(1), 63-70. Recuperado de <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/419>

Gupta, S., Agnihotri, A., Chandra, A., & Gupta, O. (2014). Contemporary practice in forensic odontology. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, 18(2), 244. <https://doi.org/10.4103/0973-029X.140767>

Griffith, A. K. (2020). Parental Burnout and Child Maltreatment During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Family Violence*. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00172-2>

Hegarty, K., McKibbin, G., Hameed, M., Koziol-McLain, J., Feder, G., Tarzia, L., & Hooker, L. (2020). Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis. *PLOS ONE*, 15(6), e0234067. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234067>

INTERPOL. Banco de Dados Internacional de Exploração Sexual Infantil (ICSE). Disponível em: [<https://www.interpol.int/Crimes/Crimes-against-children/International-Child-Sexual-Exploitation-database>]. Acesso em: [30/05/2023].

INTERPOL. (2018). Rumo a um indicador global sobre vítimas não identificadas em material de exploração sexual infantil - fevereiro de 2018.

Lembre-se de que é recomendável fornecer um URL acessível publicamente para que outras pessoas possam acessar o documento referenciado.

- Jones, L. C. (2020). Dental Trauma. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2020.07.009>
- Jurblum, M., Ng, C. H., & Castle, D. J. (2020). Psychological consequences of social isolation and quarantine: Issues related to COVID-19 restrictions. *Australian Journal of General Practice*, 49(12), 778–783. <https://doi.org/10.31128/AJGP-06-20-5481>
- Lazenbatt, A., & Freeman, R. (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 227-236. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04030.x>
- Lima Targino Massoni, A. C., Ferreira, Â. M. B., Aragão, A. K. R., de Menezes, V. A., & Colares, V. (2010). Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica [Orofacial aspects of childhood abuse and dental negligence]. *Ciência & Saúde Coletiva [Science & Collective Health]*, 15(2), nº de páginas. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200016>
- Lund, R. G., Mânica, S., & Mânica, G. (2020). Collateral issues in times of COVID-19: child abuse, domestic violence and femicide. *Revista Brasileira de Odontologia Legal*, 7(2), 54-69. <https://doi.org/10.21117/rbol-v7n22020-318>
- Nuzzolese, E., & Di Vella, G. (2007). Future project concerning mass disaster management: a forensic odontology prospectus. *International dental journal*. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2007.tb00130.x>
- Meneghel, S. N., & Portella, A. P. (2017). Femicídios: conceitos, tipos e cenários. *Ciência & saúde coletiva*, 22(9), 3077-3086. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.11412017>
- Minayo, M. C. S. (1994). A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública [Social Violence from a Public Health Perspective]. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(suppl. 1), 07-18.

- Mutum Sangeeta Devi1, Manju J2, Rahul Rajpurohit1. (2020). Importância da Odontologia Legal. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 14(3), 454–458. <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v14i3.10402>
- Oliveira, R. V., & Pais, L. G. (2014). The origin of maltreatment: Revision on the historic evolution of the concepts of child and maltreatment. *Psychology, Community & Health*, 3(1), 36-49. <https://doi.org/10.5964/pch.v3i1.63>
- Palacios, J., Moreno, M. C., & Jiménez, J. (1995). El maltrato infantil: concepto, tipos, etiología [Child abuse: concept, types, etiology]. *Infancia y Aprendizaje*, 18(71), 7-21. <https://doi.org/10.1174/02103709560575442>
- Perdigão, A., Menezes, B., Almeida, C., Machado, D., Chaves da Silva, M., & Prazeres, V. (2016). Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. 268. <https://nocs.pt/wp-content/uploads/2020/11/violenciainterpessoal.pdf>
- Rover, A. de L. P., Oliveira, G. C. de, Nagata, M. E., Ferreira, R., Molina, A. F. C., & Parreiras, S. O. (2020). Violência contra a criança: indicadores clínicos na odontologia/Violence against children: clinical indicators in dentistry. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 43738–43750. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7>
- Senn, D.R., & Stimson, P.G. (Eds.). (2010). *Forensic Dentistry* (2nd ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.4324/9780429292767>
- Silva, I. V. (2003). Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil [Violence against women: the experience of users of an emergency service in Salvador, Bahia, Brazil]. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 263-272. [Online]. Disponível em [Consultado em 29/11/2014]
- Stark, B. J. (2015, November 27). Domestic violence: Dentists play vital 'first responder' role for victims. *The Sydney Morning Herald*.

- Soares, J. F., Barros, H., Torres-Gonzales, F., Ioannidi-Kapolou, E., Lamura, G., Lindert, J., Luna, J. D., Macassa, G., Melchiorre, M. G., & Stank, M. (2010). Abuse and Health among Elderly in Europe. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press. (Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/296700588\\_Enter\\_83\\_Soares\\_J\\_J\\_Barro\\_s\\_H\\_Torres-Gonzales\\_F\\_Ioannidi-Kapolou\\_E\\_Lamura\\_G\\_Lindert\\_J\\_Macassa\\_G\\_et\\_al\\_Abuse\\_and\\_Health\\_Among\\_Elderly\\_in\\_Europe\\_Kaunas\\_Lithuanian\\_University\\_of\\_Health\\_Sciences\\_Press\\_2010](https://www.researchgate.net/publication/296700588_Enter_83_Soares_J_J_Barro_s_H_Torres-Gonzales_F_Ioannidi-Kapolou_E_Lamura_G_Lindert_J_Macassa_G_et_al_Abuse_and_Health_Among_Elderly_in_Europe_Kaunas_Lithuanian_University_of_Health_Sciences_Press_2010))
- Silliman Cohen, R. I., & Adlin Bosk, E. (2020). Vulnerable Youth and the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*, e20201306. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1306>
- Strimbu, K., & Tavel, J. A. (2010). What are biomarkers? *Current Opinion in HIV and AIDS*, 5(6), 463–466. <https://doi.org/10.1097/coh.0b013e32833ed177>
- Tan, S., Peng, S., Wan, L., Chen, J., & Xia, W. (2018). Analysis of dental injuries with clinical implications: A forensic case report. *Medicine, Science and the Law*, 58(1), 58–61. <https://doi.org/10.1177/0025802417750807>
- Walker, A., & Gemeinschaften, G. B. E. (1993). *Age and attitudes: main results from a Eurobarometer survey*. Commission of the European Communities.
- World Health Organization. (2021, March 9). Violence against women. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- World Health Organization. (2021, June 15). Elder Abuse. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Vaz, L. C. de M. (2022). Manifestações orofaciais em crianças violentadas sexualmente: o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico: Orofacial manifestations in violent children sexually: the role of the dentist surgeon in the diagnosis. *Brazilian*

*Journal of Development*, 8(8), 57095–57111. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n8-149>

# **ANEXOS**

## AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGENS:



Dra. Adriana Santos <adrccsantos@gmail.com>

---

### Autorização de imagem do artigo

2 mensagens

---

Dra. Adriana Santos <adrccsantos@gmail.com>

6 de junho de 2023 às 10:19

Para: "larissa\_cristinavaz@hotmail.com" <larissa\_cristinavaz@hotmail.com>

Olá Larissa, meu nome é Adriana Conceição dos Santos, estou fazendo minha tese de mestrado na Universidade Egas Moniz.

Vi sua publicação do artigo: manifestações orofaciais em crianças violentadas sexualmente: o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico, gostaria da sua autorização para utilizar as imagens na minha tese.

Desde já agradeço pela atenção.  
Adriana Conceição dos Santos  
+351 912305956

---

Larissa Vaz <larissa\_cristinavaz@hotmail.com>

13 de junho de 2023 às 18:00

Para: "Dra. Adriana Santos" <adrccsantos@gmail.com>

Boa Tarde, eu autorizo.

Enviado do meu iPhone

> Em 6 de jun. de 2023, à(s) 06:20, Dra. Adriana Santos <adrccsantos@gmail.com> escreveu:

>

>

[Texto das mensagens anteriores oculto]

---

## ANEXO I

### FACTORES DE RISCO E FACTORES DE PROTECÇÃO PARA OS MAUS TRATOS

Os factores de risco e de protecção enumerados não constituem, por si só, determinantes das situações de maus tratos. Para além destes, é de sublinhar a existência um conjunto vasto de elementos que, conforme as circunstâncias e a forma equilibrada ou desequilibrada como se desenvolvem, contribuem positiva ou negativamente para incrementar ou evitar o risco. Assim, na avaliação das situações é fundamental atender-se ao facto de que os factores de risco e de protecção constituem um campo de forças, interagindo entre si, devendo imperar uma ponderação criteriosa e o bom senso dos profissionais ou equipa.

---

#### Características da criança/jovem que podem potenciar contextos de risco

Crianças/jovens portadores de necessidades de saúde especiais (deficiência física ou mental)

Prematuridade, em particular quando implica estar separado dos cuidadores no período neonatal

Crianças não desejadas pelos pais

Temperamento "difícil"

Crianças com dificuldades de aprendizagem ou "sobredotadas"

---

#### Características da criança/jovem que podem ser factores protectores

Crianças saudáveis e atractivas

Ter desejo de autonomia e comportamentos exploratórios

Ter capacidade de pedir ajuda quando necessário

Crianças com competências adaptativas

---

#### Expectativas/percepções dos cuidadores sobre a criança/jovem que podem potenciar contextos de risco

Percepção de que a criança é má, manipuladora ou difícil de educar

Criança com características físicas e/ou comportamentais semelhantes a alguém cujos pais/cuidadores não gostam

Pais/cuidadores que competem com a criança pela atenção e afecto que lhes é dedicado

Expectativas não realistas em relação à criança (académicas, desportivas, etc.)

Quando o sexo da criança não corresponde às expectativas dos pais/cuidadores

---

#### Características do sistema familiar que podem potenciar contextos de risco

Situações de adopção ou famílias reconstituídas com filhos diversos

Contextos de violência doméstica

Pais abusados ou negligenciados em criança

Problemas de saúde mental

Alcoólismo e/ou toxicodependência

Pais/cuidadores envolvidos em processos legais ou a cumprir pena

Crianças institucionalizadas

Ausência de redes familiares e sociais de apoio

Contextos de crise (por exemplo, morte, separação, desemprego, etc.)

Pais adolescentes

Padrões educacionais agressivos ou violentos

"Desenraizamento" cultural e social (migrantes)

Pais com vida social e/ou profissional intensa

Más condições habitacionais (sobrelotação/promiscuidade)

---

---

*Características da dinâmica familiar/relacional e do contexto social que podem ser factores protectores*

---

Vinculação segura com pelo menos um dos cuidadores

Relação afectiva securizante com um adulto significativo

Rede familiar e social de apoio

Comunidade com recursos de educação, saúde, ocupação de tempos livres, etc.

---

---

## ANEXO II

### SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS AOS MAUS TRATOS EM GERAL

Os sinais, sintomas e história adiante descritos não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de maus tratos, em particular quando coexistem vários destes aspectos.

---

#### História

Passado de abuso ou violência familiar  
Exposição à violência familiar, pornografia, abuso de álcool e drogas  
Pais abusados em criança  
Isolamento e ausência de rede social de suporte  
Oprimir, humilhar e/ou atemorizar  
Doença mental (ex. depressão pós-parto)  
Disciplina inconsistente ou desadequada  
Factores de stress social graves  
Demora no recurso aos cuidados  
Justificação inconsistente com as lesões  
Promover dependência excessiva na criança  
Recusa activa na procura de cuidados médicos  
Expectativas não realistas em relação à criança (escolares, desportivas, etc.)  
Procura frequente de cuidados em locais diferentes (sintomas dificilmente explicáveis e pedido de exames complementares)

---

#### Sinais físicos

Perturbações do desenvolvimento psicomotor com atraso de crescimento (Failure to thrive – FTT)  
Deficiente higiene  
Desidratação ou má nutrição  
Envenenamento (especialmente se recorrente)  
Fracturas com padrões específicos, especialmente em crianças, ou calos ósseos correspondentes a fracturas anteriores  
Fracturas das metáfises dos ossos longos (corner fracture)  
Fracturas das costelas – posterior ou lateral  
Lesões do sistema nervoso central em crianças (hematoma, edema cerebral, principalmente em crianças com menos de 1 ano de idade)  
Múltiplas lesões, especialmente de diferentes estádios de evolução: equimoses, vergões na pele, cortes, abrasões, etc.  
Quemaduras, em particular as com distribuição anormal (padrão “luva e meia” ou formato de objecto identificável)  
Lesões genitais  
Infecções de transmissão sexual  
Gravidez

---

#### Sinais comportamentais e de desenvolvimento

Atraso de desenvolvimento (a nível motor, emocional, social, cognitivo, linguagem, visual e auditivo)  
Agressividade  
Ansiedade e comportamentos regressivos (mudanças súbitas no padrão de comportamento, alteração do rendimento escolar)  
Obsessões  
Tristeza e medo  
Comportamentos de desafio  
Ideação suicida  
Desvinculação da família  
Abuso de substâncias  
Comportamentos de auto-mutilação  
Comportamentos sexualizados  
Comportamento excessivamente responsável

---

## ANEXO III

### SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS À NEGLIGÊNCIA

Os sinais e sintomas adiante descritos não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de negligência, em particular quando coexistem vários destes aspectos.

---

#### Sinais

Carecência de higiene (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar):

- sujidade das unhas, picadas múltiplas de insectos
- eritema perineal prolongado ou recorrente

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

Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consecutivas a exposições climáticas adversas

Infeções recorrentes ou persistentes sem causa determinada

Intoxicações acidentais repetidas

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

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

Atraso ou incumprimento do Programa de Saúde Infantil e Juvenil ou do Programa de Vacinação

Sinais físicos de negligência prolongada (quando a investigação médica exclui qualquer razão patológica para os):

- progressão ponderal deficiente
- cabelo fino
- abdómen proeminente
- amolecimento persistente
- mãos e pés avermelhados
- atraso no desenvolvimento sexual

---

#### Sintomas

Atraso no desenvolvimento e nas aquisições sociais:

- linguagem
- motricidade
- socialização

Perturbações do sono, sonolência, apatia, depressão, agressividade

Perturbações do comportamento alimentar e comportamentos bizarros (por exemplo, roubar alimentos ou comer obsessivamente)

Dificuldades na aprendizagem e absentismo escolar sem justificação

---

## ANEXO IV

### SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS AO MAU TRATO FÍSICO

Os sinais e indicadores adiante descritos não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de mau trato físico, em particular quando coexistem vários destes aspectos.

---

#### Sinais

---

Lesões com diferentes estádios de evolução (por exemplo, equimoses e hematomas com diferentes colorações)  
Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fracturas)  
Fractura de costelas e corpos vertebrais, fractura de metáfise (corner fracture)  
Traumatismo craniano em criança menor de 1 ano de idade  
Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental (equimoses ou outros ferimentos na face, à volta dos olhos, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas)  
Lesões em diferentes localizações, não sendo localização própria de lesão acidental  
Lesões desenhando marcas de objectos (por exemplo, marcas de fivela, corda ou régua)  
Queimaduras múltiplas e/ou simulando acto voluntário, actualis ou cicatrizadas (por exemplo, queimadura de cigarro na palma da mão, na planta do pé, genitais e nádegas ou padrão "luva e meia" correspondente a inanição forçada) e com fácil identificação do objecto causador (por exemplo, fimo de engomar)  
Alopécia traumática  
Outras lesões de diagnóstico mais complexo (neurológicas, oftalmológicas e viscerais), mas que devem ser pesquisadas se existe suspeita de maus tratos

---

#### Indicadores

---

História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão  
Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação  
Demora na procura de cuidados médicos  
História de lesões repetidas  
Faltas frequentes à escola (enquanto aguardam a cura das lesões)

---

## ANEXO V

### SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS AO ABUSO SEXUAL

Os sinais e sintomas acima descritos não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de abuso sexual, em particular quando coexistem vários destes aspectos.

---

#### Sinais

Lesões externas dos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção) – as lesões genitais têm uma ocorrência muito rápida e completa

Leucorréia vaginal persistente ou recorrente

Laceração do hímen

Hemorragia vaginal ou anal

Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais

Infecção sexualmente transmissível

A presença de verrugas ou condilomas perineais e anais deve conduzir a uma investigação cuidadosa para confirmação ou exclusão do abuso

Sexo feminino: vulva (principalmente náde posterior)

Sexo masculino: pele e sulco balano-prepucial, glândulas (podem coexistir balanite e parafimose)

Equimoses e ou petéquias na mucosa oral e/ou lacerações do freio dos lábios

Infecções urinárias de repetição

Presença de esperma no corpo ou roupa da criança/jovem

Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou na roupa da criança/jovem

Gravidez

---

#### Sintomas gerais

Dor na região vaginal ou anal

Prurido vulvar

Dorria

Obstipação e encopresis

Erupção secundária

---

#### Sintomas nas crianças

Condutas sexualizadas:

- interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais (uso de linguagem desapropriada para a idade)
- masturbação compulsiva
- desenhos ou brincadeiras sexuais específicas

Perturbações funcionais:

- apetite: anorexia, bulimia
- terrors nocturnos
- regulação dos esfíncteres: enuresis e/ou encopresis
- dores abdominais recorrentes e inexplicáveis

Obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar

Dificuldade no relacionamento com outras crianças

Comportamentos agressivos

---

#### Sintomas nos jovens

Comportamentos aparentemente bizarros:

- dormir vestido com roupa de dia
- urinar de propósito a cama esperando que as lençóis molhados evitem que o abusador sinta toque
- destruir e ocultar características pessoais que possam ser atractivas
- recusa em tomar banho ou despir nos vestíbulos
- recusa em ir à escola ou em voltar para casa

Perturbações do foro sexual:

- comportamentos eróticos desadequados (por exemplo, masturbação em frente dos outros, interacções sexuais com os companheiros, abuso sexual de crianças mais pequenas, condutas sedutoras com adultos)
  - repulsa em relação à sexualidade
-

## ANEXO VII

### PROCEDIMENTOS: ENTREVISTA

Para o diagnóstico de situações de maus tratos, é essencial uma correcta colheita de dados anamnésicos. O profissional de saúde tem por dever o tratamento da criança e da família/cuidadores e, sempre que necessário, a referenciação do caso a quem de direito; cabe-lhe, ainda, proporcionar um ambiente seguro até um completo esclarecimento e orientação.

**Em situação de entrevista, o profissional de saúde deve:**

- Assegurar a privacidade e confidencialidade
- Não culpabilizar a família
- Não envergonhar a família
- Dar suporte e não criar dependência
- Aplicar escuta activa
- Promover, no decurso da intervenção, as capacidades e competências da família
- Tratar dignamente a família mesmo nos casos mais complexos
- Facilitar a colaboração e envolvimento da família na intervenção

---

#### **Negligência**

A negligência é uma forma muito insidiosa de abuso e de diagnóstico difícil. Inclui o dano físico (accidente) e a ausência de cuidados ou de afecto; implica a falta dos pais ou de quem os substitui no cumprimento dos direitos da criança, nomeadamente, em relação aos cuidados de saúde, segurança, bem-estar físico e afectivo. As situações de negligência são mais comuns em crianças com idade inferior a 5 anos, mas podem estender-se até à adolescência. Nos casos de negligência, a criança encontra-se privada da satisfação das suas necessidades emocionais, físicas e sociais, fundamentais ao seu desenvolvimento. Sendo a infância um período muito vulnerável da vida, a privação destes direitos pode ter consequências muito graves de morbilidade e mortalidade.

A negligência surge muitas vezes associada a circunstâncias sociais adversas, podendo estar presentes alguns dos seguintes aspectos do contexto familiar:

- Pais negligenciados
- Desemprego ou precariedade profissional mas também pais com vida social e/ou profissional muito intensa
- Ausência de projectos de vida definidos para os próprios e para os filhos
- Condições precárias e pouco seguras de habitabilidade
- Relutância em aceitar ajuda
- Depressão, isolamento social, ausência de rede familiar e social de apoio

A negligência pode, ainda, ocorrer por "incompetência secundária", isto é, resulta de circunstâncias adversas como doença psiquiátrica, alcoolismo, etc. Os padrões de negligência podem ser avaliados através de exame físico e da avaliação do desenvolvimento da criança e da observação das interacções com os acompanhantes.

---

#### **Maus tratos físicos**

Em situações de mau trato físico, o perigo está directamente associado com a idade da criança. Uma pequena equimose não valorizada num lactente pode ser um factor de risco para abusos posteriores que podem ser graves ou mesmo fatais. Ainda que, regra geral, os pais não pretendam causar lesões graves, a situação deve ser avaliada tendo em atenção a vulnerabilidade da criança (a maioria das crianças maltratadas tem entre 0 e 4 anos; 70% das lesões da cabeça graves ou fatais ocorre em crianças com idade inferior a 1 ano, como, por exemplo, a síndrome da criança abanada).

A maioria das situações de mau trato físico ocorre quando os pais perdem o controlo, mas outras correspondem a comportamentos sádicos e premeditados (por exemplo, queimaduras com pontas de cigarro).

Indicadores sugestivos de mau trato:

- História incongruente
- Demora na procura de cuidados médicos (especialmente em casos de fracturas ou queimaduras)
- Negação dos sintomas (ou dor) por parte dos adultos
- Alar de existência de múltiplos internamentos e acidentes
- Família em situação de crise

É importante ter em atenção que a negação do abuso físico pode, também, constituir um mecanismo de defesa psicológico para reduzir o sentimento de culpa do agressor/parente o diagnóstico.

---

### **Abuso sexual**

---

Para a avaliação das situações de abuso sexual é essencial a recolha de informação junto dos acompanhantes e, num outro momento, junto da criança. É desejável que a entrevista decorra em ambiente calmo, empático e seguro. A linguagem deve ser adequada à idade e desenvolvimento da criança. É essencial conhecer as etapas do desenvolvimento infantil e saber avaliar a capacidade verbal e de comunicação da criança (note-se que esta competência poderá ser afectada pela situação de mau trato).

É fundamental conhecer as barreiras impostas à criança (o segredo, a sensação do erro, as ameaças causadoras de sintomatologia psicológica e psicossomática). É, por isso, muito importante estar atento à linguagem gestual da criança e saber lidar com o medo e o embaraço; não recriminar e não fazer interpretações imediatas. Frequentemente a criança retrai-se e não se mostra disponível para falar sobre o abuso; a situação poderá ser ainda mais complicada se o abuso surge num contexto afectivo relevante para a criança ou quando o contacto sexual lhe dá efectivamente prazer.

É importante que o profissional de saúde saiba que não é na primeira entrevista que a criança começa o processo psicoterapêutico necessário; para tal, deverá ser encaminhada para um técnico da especialidade.

Deve saber o nome que a criança dá às diversas partes do corpo e usar essa informação na condução da entrevista. As crianças têm pouca noção do tempo, por isso pode-lhes ser difícil delimitar temporalmente as situações. Recomenda-se que se utilize marcos que permitam à criança localizar-se mais facilmente (por exemplo, foi antes ou depois do Natal?). Ser-lhe-á também mais fácil recordar factos recentes e aspectos centrais em oposição a detalhes e memórias antigas (é normal que a criança recorde a última vez em que ocorreu o abuso mas não consiga descrever quando ou como tudo começou).

Na sociedade actual, as crianças estão quotidianamente expostas a mensagens com conteúdo erótico, mais ou menos explícito. Contudo, as mais novas, nunca tendo sido colocadas em situações que consubstanciem abuso sexual, não fantasiam sobre actos desse tipo, pelo que, quando tal é suprido, há que investigar o que se passa.

---

## ANEXO X

### NORMAS DE BOAS PRÁTICAS NA IDENTIFICAÇÃO

Recomenda-se avaliação cuidadosa das situações em que há suspeita de maus tratos, por aferição da presença de sinais e sintomas ou por estarem reunidos múltiplos factores que caracterizam contextos de risco.

---

#### Comunicar com a criança/jovem

É fundamental abordar e falar com a criança/jovem ao nível apropriado para a sua idade e desenvolvimento. Para tal é necessário garantir as condições de privacidade necessárias.

Como é que são as coisas em casa?

O que é que acontece em tua casa quando as pessoas não concordam umas com as outras?

O que é que acontece em tua casa quando as coisas correm mal?

O que é que acontece quando os teus pais/cuidadores se zangam contigo?

Quem faz as regras e o que é que acontece quando quebras as regras?

---

#### Comunicar com os pais/família ou quem tem a guarda de facto da criança/jovem

Na comunicação com os pais ou cuidadores é fundamental criar um ambiente securizante, utilizar perguntas abertas e não julgar.

Costuma recear pela segurança do seu filho?

Quem toma conta do seu filho quando não está em casa?

Que métodos de disciplina utiliza com o seu filho?

O que faz quando o seu filho se porta mal?

Já magoou o seu filho?

Sabe onde procurar ajuda?

---

## ANEXO XII

### LISTAGEM LINHAS DE APOIO

<b>APSI</b> (Associação para a Promoção da Segurança Infantil) 218 870 101
<b>APAV</b> (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima) 707 200 077
<b>CIAM</b> (Centro de Informação Antiviolência, INEM) 800 250 143
<b>CNASTI</b> (Confederação Nacional de Acção sobre o Trabalho Infantil) 800 202 076
<b>CNPCJR</b> (Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco) 213 114 900
<b>Linha de Informação às Vítimas de Violência Doméstica</b> (Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres) 800 202 148
<b>Linha Nacional de Emergência Social</b> (Instituto da Segurança Social) 144
<b>Linha Recados de Criança</b> (Provedora de Justiça) 800 208 656
<b>Linha SIDA</b> (Coordenação Nacional de Infecção VIH/SIDA – Alto Comissariado da Saúde) 800 208 666
<b>Linha Vida SOS Droga</b> (Instituto da Droga e de Alcoólic dependência) 1414
<b>PAPAC</b> (Projecto de Apoio à Família e à Criança) – Linha de Emergência “Criança Maltratada” 213 433 333 (Lisboa) 230 702 233 (Coimbra) 223 321 010 (Porto) 266 744 188 (Évora) 289 801 010 (Faro) 295 620 882 (Agores)
<b>PEETI</b> (Plano para a Eliminação da Exploração do Trabalho Infantil) 218 437 980
<b>Saúde 24</b> (Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde) 800 24 24 24
<b>Sexualidade em Linha</b> (Instituto Português da Juventude e Associação para o Planeamento da Família) 800 232 003
<b>Sol</b> (Associação de Apoio a Crianças Infectadas pelo Vírus da SIDA e suas Famílias) 213 972 632
<b>SOS – Criança</b> (Instituto de Apoio à Criança) 800 20 26 51 217 831 617
<b>SOS – Grávida</b> (Ajuda de Mãe) 800 20 11 39