

O PAPEL DO MÉDICO DENTISTA No Diagnóstico e Sinalização do Abuso de Crianças

Manuela CRESPO, David ANDRADE, Ana La-Saete ALVES, Teresa MAGALHÃES

RESUMO

O abuso de crianças constitui um problema frequente em todo o mundo que ultrapassa etnias, religiões, culturas, classes económicas e sociais. Nos Estados Unidos da América os serviços de protecção infantis contabilizam, por ano, mais de um milhão de casos de abuso ou negligência. Em Portugal, não se conhece a real incidência do problema mas em cada ano são acompanhadas nas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, milhares de crianças abusadas. Este abuso atenta contra o desenvolvimento físico, emocional e intelectual da criança, bem como contra a sua dignidade, segurança, bem-estar e, até, contra a sua própria vida.

No caso do abuso físico, as regiões mais frequentemente atingidas são o crânio, a orofacial e o pescoço, admitindo-se que cerca de 50% das lesões abusivas sejam orofaciais. Assim, o médico dentista assume aqui uma posição privilegiada no que concerne à detecção, diagnóstico e sinalização/denúncia do abuso infantil. Por isso, estes profissionais devem intervir perante a suspeita ou detecção destes casos, estando preparados para os reconhecer, diagnosticar e sinalizar/denunciar junto das entidades competentes, as quais desempenham um papel fundamental na protecção da vítima e na investigação criminal.

O presente trabalho pretendeu salientar a importância do papel do médico dentista na suspeita, detecção, diagnóstico e sinalização do abuso de crianças, sistematizando os factores de risco e indicadores de abuso fundamentais na perspectiva da intervenção destes profissionais. A formação e aquisição de competências nesta problemática, cuja intervenção é multidisciplinar, torna-se, assim, uma obrigação do médico dentista.

SUMMARY

THE DENTIST'S ROLE IN THE CHILD ABUSE Diagnosis and Report

Child Abuse is a frequent problem worldwide that surpasses ethnicity, religion, culture, economic and social classes. In the United States of America child protective services account, per year, over one million cases of child abuse or neglect. In Portugal, the incidence of the problem is unknown but each year thousands of abused children are accompanied by the Commissions for the Protection of Children and Youth at Risk. This abuse threatens children's physical, emotional and intellectual development, as well as their dignity, security, well-being and even their own lives.

The body regions most frequently affected in physical abuse, are the cranium, neck and orofacial region, in fact, about 50% of the injuries arising from child abuse occur in the orofacial region. These data place the dentist in a privileged position to make the detection, diagnosis and report of child abuse. Therefore, these professionals must be prepared to recognize, diagnose and report their suspicions to the appropriate authorities, which play a key role in victims protection and criminal investigation.

This review intends to stress the important role of the dentist in the detection, diagnosis and report of child abuse, systematizing child abuse risk factors and indicators essential to the

M.C., D.A.: Departamento de Odontopediatria. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. Portugal

A.N.L-S.A.: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto. Portugal

T.M.: Delegação Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas "Abel Salazar" da Universidade do Porto, CENCIFOR - Centro de Ciências Forenses. Porto. Portugal

intervention of these professionals. This problem's approach is multidisciplinary, involving particularly dentists, who must obtain continuing education and training in this area.

Abuso de crianças

O abuso de crianças constitui um problema antropológico, transversal a todas as classes sociais, culturas e religiões.

Apesar da veemente condenação da violência contra crianças e jovens na actual sociedade, e das inúmeras campanhas de alerta e de prevenção, esta persiste como um problema global e frequente.

Segundo a *Child Abuse Prevention and Treatment Act* dos Estados Unidos da América (EUA), abuso infantil é qualquer acto ou ausência deste de que resulte a morte, lesão física ou psicológica grave, exploração, ou risco eminente de lesão grave de uma criança, o qual seja perpetrado pelos pais ou outros cuidadores por esta responsáveis (incluído o contexto familiar e institucional).¹

Entre outros, reconhecem-se quatro tipos principais de abuso infantil²⁻⁶: (1) o *abuso físico*, que se refere a qualquer acção, não acidental, que provoque

ou possa provocar dano físico com repercussões na saúde, sobrevivência, desenvolvimento e dignidade, podendo ser produzido, entre outros, por traumatismos com ou sem instrumento (empurrar, bater, pontapear, abanar, espancar, morder, queimar, etc.), intoxicações, ou asfixia; (2) o *abuso sexual*, que diz respeito a todo o envolvimento de uma criança em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual de adulto ou jovem mais velho, numa posição de poder ou de autoridade sobre aquela, a qual, em virtude da sua idade e/ou falta de experiência não consegue compreender, para as quais não está preparada pelo seu desenvolvimento, às quais é incapaz de dar o seu consentimento informado e que violam a lei; entre essas práticas destacam-se: levá-la a presenciar conversas ou leituras obscenas, espectáculos ou actos de carácter exibicionista, ou tomar conhecimento de objectos pornográficos; *utilizá-la* em fotografias, filmes ou gravações pornográficas, práticas sexuais de relevo (beijos na boca, carícias genitais e

Quadro 1 – Problemáticas das Crianças e Jovens.⁹

Problemáticas das Crianças e Jovens	%	n
Negligência	36,2	9168
Exposição a modelos de comportamento desviante	17,4	4397
Maus tratos psicológicos/abuso emocional	14	3554
Abandono escolar	14	3544
Maus tratos físicos	7	1777
Prática de facto qualificado como crime	3,5	883
Abandono	2,1	535
Abuso sexual	1,9	493
Uso de estupefacientes	1	264
Mendicidade	0,8	194
Ingestão de bebidas alcoólicas	0,7	179
Problemas de saúde	0,6	156
Exercício abusivo de autoridade	0,4	93
Exploração do trabalho infantil	0,1	34
Corrupção de menores	0,1	26
Pornografia infantil	0,1	26
Prostituição infantil	0,0	12
Total	100	25335

Quadro 2 – Entidades sinalizadoras de abuso de crianças⁹

Entidades sinalizadoras de abuso de crianças	%	n
Estabelecimento de Ensino	22,3	5949
Autoridades Policiais	18,8	5031
Pais	8,8	2343
Estabelecimento de Saúde	7,0	1878
Outra CPCJ	5,9	1581
Vizinhos e Particulares	5,8	1547
Ministério Público	5,3	1412
Familiares	5,0	1324
A própria CPCJ	4,3	1146
Outra entidade	3,4	909
Serviços de Segurança Social	3,2	857
Instituições de apoio à infância/Juventude	2,9	768
Tribunais	2,0	528
Projectos/Programas	1,7	446
CLA/NLI (RSI)	1,6	440
Autarquias	1,4	378
Próprios	0,4	120
Instituto de Reinserção Social	0,2	44
Total	100	26701

nas mães, obrigação de manipular os órgãos genitais do abusador, toque recíproco dos órgãos genitais); sujeitá-la à realização de coito (oral, anal ou vaginal); (3) o *abuso emocional*, que corresponde a um acto de natureza intencional caracterizado pela ausência ou pela falha, persistente ou significativa, activa ou passiva, de suporte afectivo e de reconhecimento das necessidades emocionais da criança, de que resultem efeitos adversos no seu desenvolvimento (físico, mental, emocional, moral ou social) e na estabilidade das suas competências emocionais e sociais, diminuindo a sua auto-estima; pode manifestar-se através de insultos verbais, humilhação, ridicularização, desvalorização, ameaças, hostilização, rejeição, indiferença, discriminação, abandonos temporários, culpabilização, críticas, exposição a situação de violência doméstica, entre outros. Apesar de poder constituir a única forma de abuso, está presente em todas as outras situações abusivas. Trata-se de uma das formas de abuso mais difícil de detectar e provar; e (4) a *negligência*, que constitui uma forma muito específica e a mais prevalente de abuso infantil; é um comportamento regular de omissão relativamente aos cuidados a ter com uma criança, não lhe proporcionando a satisfação das suas necessidades de cuidados básicos a nível físico (cuidados alimentares, de vestuário, de higiene e de habitação), emocional (necessidades de afecto, segurança,

apoio emocional), educacional (inscrição na escola na idade própria, promoção de regular frequência escolar) e médico (vacinação, acompanhamento médico regular, cuidados médicos urgentes), do qual resulta um dano na sua saúde e desenvolvimento (físico, mental, emocional, moral ou social); deve ser sempre considerada no contexto dos recursos disponíveis pela família ou cuidadores.

Nos EUA os serviços de protecção de crianças contabilizam, por ano, mais de um milhão de casos de abuso ou negligência⁷, estimando-se que nos países europeus desenvolvidos e nos EUA, a prevalência de abusos físicos varie entre 5-35%, sendo que, apenas 5% das ocorrências chegam a ser denunciadas às autoridades competentes.⁸ Em Portugal os dados estatísticos são escassos e pouco precisos, não permitindo avaliar a verdadeira dimensão do problema. Sabe-se, contudo, que em 2009 eram acompanhadas nas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJR)⁹, entre outras, 9168 crianças vítimas de negligência (sendo que nem em todos os casos esta constituirá uma situação abusiva), 3554 vítimas de abuso emocional e 1777 vítimas de abuso físico (quadro 1).

Em relação às entidades sinalizadoras da suspeita de abuso, de acordo com o Relatório da Avaliação das Actividades da Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens (CNPCJ)⁹, os estabelecimentos

de ensino constituem a principal entidade (22.3%), seguidos pelas autoridades policiais (18.8%) e pelos pais das próprias crianças (8.8%), encontrando-se os estabelecimentos de saúde em quarto lugar (7%) (quadro 2). Nos EUA, os médicos dentistas contribuem com apenas 1% do total das denúncias de abusos infantis¹⁰, não existindo em Portugal dados relativos a este aspecto os quais, quando muito, se encontrarão incluídos nos 7% relativos aos estabelecimentos de saúde atrás referidos.⁹

A dificuldade em identificar determinados tipos de abuso (como o sexual, o emocional e a negligência)⁴, relacionada com a tolerância social relativa a certas práticas (sobretudo no que se refere aos castigos físicos), a ocultação dos abusos por parte de vítimas e seus próximos, as dificuldades em estabelecer o diagnóstico diferencial destes casos com outras etiologias e a sua não sinalização às entidades competentes pelos técnicos que a tal estão obrigados por lei, leva a que seja impossível determinar a incidência do abuso de crianças e jovens, bem como a real extensão da morbilidade e mortalidade que lhe estão associadas.⁶

O abuso não mortal, para além das lesões físicas, condiciona ainda sequelas psicológicas graves. Assim, as crianças vítimas de abuso têm maior probabilidade de desenvolverem problemas funcionais e comportamentais, tais como perturbações da conduta, perturbações de oposição, comportamentos agressivos, perturbações de hiperactividade e défice de atenção, baixo desempenho académico, limitação do funcionamento cognitivo, ansiedade, depressão, perturbações da interacção social e emocional.^{11,12}

Embora o abuso mortal seja o menos frequente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) calcula que em todo o mundo, 13% das mortes por traumatismos infligidos em indivíduos com idade inferior a 15 anos se devam a maus-tratos ou negligência, sendo as crianças com menos de 12 meses as que mais frequentemente são vítimas de abuso mortal.⁸ Só nos EUA morrem anualmente cerca de 2500 crianças devido a traumatismos infligidos⁸, tendo mais de 40% menos de um ano.¹³

Aspectos legais

A maioria das crianças em Portugal é acompanhada pelo médico de família, pediatra e outros profissionais de saúde, nomeadamente pelo médico dentista. Cada um destes profissionais tem a obrigação legal de denunciar uma suspeita de abuso, passível de enquadrar um dos crimes de *Violência Doméstica* (art.º 152º do Código Penal - CP), *Maus tratos* (art.º 152º-A do CP) ou “Crimes contra a Autodeterminação Sexual” (art.º 171º a 176º, com excepção do 173º do CP). Segundo o artigo 48º do Código do Processo Penal (CPP) estes crimes assumem natureza pública, assim o procedimen-

to criminal não está dependente de queixa por parte da vítima, bastando uma denúncia ou o conhecimento do crime para que o Ministério Público exerça a acção penal. A obrigação de denúncia decorre da aplicação do artigo 242º do CPP, que refere que a denúncia é obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos, para as autoridades policiais e funcionários públicos ou equiparados, quanto a crimes que tomaram conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas. Tal obrigação é alargada a todos os cidadãos através da lei de Protecção de Crianças e Jovens (art.º 66º, Lei 147/99 de 1 de Setembro).

Apesar desta obrigação legal, muitos profissionais de saúde não denunciam as suspeitas de abuso³. O treino e formação insuficientes para reconhecer as manifestações clínicas de abuso¹⁴⁻¹⁸, a incerteza no seu diagnóstico¹⁹, o receio do confronto com os pais¹⁴⁻¹⁸, a ideia generalizada de que os serviços de protecção de crianças e jovens são ineficazes¹⁴⁻¹⁸, a ignorância sobre o que acontece depois da denúncia¹⁴⁻¹⁸, a falta de conhecimento dos protocolos de sinalização¹⁴⁻¹⁸, o medo de ter que testemunhar em tribunal²⁰, o medo de cometer erros e de acusar injustamente²⁰, o sigilo profissional e o receio do impacto económico negativo junto dos clientes¹⁹⁻²¹, são algumas das razões invocadas pelo pessoal de saúde, designadamente pelos médicos dentistas, para não sinalizarem as suas suspeitas.

Mas apesar de tal obrigatoriedade se verificar da mesma forma nos EUA, também aí muitos casos ficam por denunciar pelos prestadores de cuidados de saúde; num estudo com vítimas de abuso menores de 24 meses, Kellogg¹¹ verificou que 75% evidenciava sinais de traumatismos prévios ou história de ferimentos resultantes de maus-tratos anteriores, que não haviam sido detectados adequadamente e sinalizados às entidades competentes.¹¹ Num outro estudo observacional, também nos EUA, incluindo 1683 crianças examinadas nos cuidados de saúde primários por ferimentos, constatou-se que 76% de um total de 140 crianças com suspeita de abuso físico, e 27% de um total de 73 com probabilidade ou elevada probabilidade de abuso físico, não foram denunciados aos serviços de protecção de menores.²²

O papel do médico dentista face ao abuso

Atendendo às graves consequências do abuso e à privilegiada capacidade da sua detecção pelos profissionais de saúde, muito particularmente os médicos dentistas, sobretudo, em idade pré-escolar, importa, pois, sensibilizar e formar estes profissionais para esta tarefa tão relevante do ponto de vista da saúde e social. Detectar e sinalizar/denunciar são passos fundamentais dos quais dependerão a protecção e tratamento destas crianças.

Para detectar um abuso importa estar atento e crítico relativamente à informação verbal e não verbal transmitida ao profissional, assim como aos sinais (indicadores físicos e biológicos, entre outros), sintomas e factores de risco que lhe sejam dados a constatar. A suspeita, e sobretudo o diagnóstico, não deverá basear-se apenas numa evidência mas na conjugação de várias evidências, sendo importante ter sempre presente que a intervenção que irá ter lugar após a sinalização do caso é sempre multidisciplinar, pelo que a informação sobre cada evidência constatada deve ser partilhada com os restantes profissionais que vão intervir no processo.

Importará salientar que frequentemente o primeiro profissional de saúde a observar rotineiramente a criança é o médico dentista, especialmente a partir da difusão do *Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral* (PNPSO), vulgarmente designado “*Cheque Dentista*”.^{10,23} Além disso, muitas vezes os abusadores evitam levar as crianças às unidades de saúde ou ao pediatra para tratar as lesões com receio de serem descobertos, dirigindo-se mais facilmente ao médico dentista, na tentativa de resolver os ferimentos mais visíveis sem levantar suspeitas e alegando terem estes sido consequência de uma queda ou de outro tipo de acidente.^{10,23} Tudo isto proporciona ao médico dentista uma posição privilegiada para a detecção de situações de abuso e sua sinalização junto das autoridades competentes.

Factores de risco de abuso. Perspectiva do médico dentista

Qualquer situação que condicione uma probabilidade aumentada de ocorrência de abuso sobre uma criança, seja pelas características biológicas ou familiares da criança ou pelo próprio contexto sociocultural em que ela está inserida é considerado um factor de risco de abuso.

Estes consistem em factores de ordem individual (da vítima e do abusador), sociocultural e familiar, que aparecem frequentemente associados ao abuso da

criança e jovem e que devem, por isso, ser do conhecimento do médico dentista para que quando identificados funcionem como um alerta para a possibilidade de existência de uma situação de abuso, sendo também relevantes para a sua prevenção. Assim, características físicas e psíquicas da criança como vulnerabilidade em termos de idade e necessidades, *handicap* físico ou psíquico, problemas crónicos de saúde, dificuldades na linguagem e aprendizagem, perturbações da conduta ou da personalidade constituem factores de risco de abuso.^{24, 25}

Da mesma forma, situações como o acesso desigual à saúde, educação, cultura e lazer, o desemprego, a precariedade de emprego e das condições de habitação podem constituir factores deste tipo de risco.²⁴ Outros factores de risco são os familiares como; pais adolescentes, filhos não planeados, mãe com vários companheiros que não os pais biológicos da criança, família monoparental, família com muitos filhos ou com filhos de outras relações, escassa diferença etária entre irmãos, violência familiar, morte, separação ou outras rupturas na estrutura familiar.²⁴ Também situações de delinquência, prostituição, alcoolismo, toxicod dependência ou problemas psiquiátricos no seio da família constituem factores de risco.^{26,27}

Estas situações podem ser identificadas na consulta pelo médico dentista atento a esta problemática, e apesar de serem indicadores inespecíficos de abuso, servem de alerta para uma eventual prevenção e intervenção, pelo que devem, por isso, ser do seu conhecimento.

Indicadores de abuso. Perspectiva do médico dentista

Consideram-se indicadores de abuso os sinais (indicadores físicos e sexuais) e sintomas ou alterações de comportamento (indicadores psicológicos) que quando presentes façam suspeitar da existência de uma situação abusiva ou, pelo menos, da existência de um contexto de risco para a criança, implicando um estudo mais aprofundado do caso. Estes indicadores podem

Quadro 3 – Tipo de lesões orofaciais.

Localização das lesões	Tipo de lesões orofaciais
Lábios	Escoriações, equimoses, lacerações, queimaduras, lesões de IST
Mucosa gengival e jugal	Abrasões, lacerações, queimaduras, petéquias, lesões de IST
Língua	Mordedura, queimaduras, patologia infecciosa por agentes de IST
Freio labial e lingual	Lacerações, equimoses
Palato	Sufusões, lacerações, queimaduras
Dentes	Luxação, avulsão, fractura, intrusão, necrose
Ossos face e mandíbula	Fracturas

IST – infecções sexualmente transmitidas

Quadro 4 – Indicadores psicológicos de abuso.³⁶

Indicadores psicológicos de abuso	
Abuso físico	Comportamentos agressivos, dificuldades na auto-regulação emocional, dificuldades de integração no grupo de pares, actividades delinquentes, baixa auto-estima, percepção negativa de si mesmo, internalização dos problemas, etc.
Abuso sexual	Angústia, medo, raiva, instabilidade ou ambivalência afectiva, perturbação do humor, ansiedade, depressão, baixa auto-estima, crises de pânico, sentimentos de desânimo e impotência, sentimentos de desconfiança relativamente aos adultos, isolamento social, “sexualização traumática”, mentira compulsiva, redução do rendimento escolar, comportamentos regressivos, comportamentos auto-destrutivos ou suicidas, etc.
Abuso emocional	Tristeza persistente, baixa auto-estima, atraso generalizado do desenvolvimento, baixo rendimento escolar, comportamentos de oposição, internalização dos problemas, depressão, problemas alimentares, comportamentos auto-destrutivos, isolamento social e dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais, etc.

ser muito variados, mas em geral, correspondem às consequências a curto e a médio prazo dos diferentes tipos de abuso.

Os indicadores físicos de abuso têm localização muito diversa podendo identificar-se em regiões como a pele e os tecidos moles, os membros e a raquis, o tórax, o abdómen e as regiões crânio-encefálica e orofacial.²⁸ Mais de 50% das lesões abusivas ocorrem na cabeça e na face, sendo a cavidade oral sede de lesões múltiplas em virtude da sua fácil acessibilidade (designadamente para tentar silenciar a criança), pela sua conotação erótica e pelo seu simbolismo na alimentação e comunicação.²⁸ A localização orofacial assume, pois, particular relevância, cabendo assim ao médico dentista saber observá-las, reconhecê-las e diagnosticá-las correctamente.^{2,29-33}

As lesões orofaciais devem-se, fundamentalmente, a traumatismos perpetrados com as mãos ou com objectos (para punir, silenciar ou forçar a alimentação).^{28,31} A nível endobucal, resultam, geralmente, da introdução forçada de um objecto na cavidade oral para amordaçar ou silenciar a criança, para forçar a alimentação ou ainda em abusos sexuais.^{6,31,34} A nível dentário ocorrem essencialmente na região anterior dos maxilares, por traumatismo directo com a mão ou punho durante a agressão, ou indirecto, pela introdução forçada de instrumento na cavidade oral.^{31,34} No caso de lesões por queimadura, estas surgem tanto a nível intra como perioral e resultam da introdução de líquidos quentes ou substâncias cáusticas.³¹ A sistematização destas lesões apresenta-se no quadro 3.

Os abusos sobre a criança ou jovem implicam, na maioria das situações, um impacto psicológico e emocional negativo que se traduzem no desenvolvimento. Existem também indicadores psicológicos de abuso que permitem relacionar determinadas características psico-emocionais e comportamentais com uma forma específica de abuso de crianças ou jovens, sem que no entanto se possa estabelecer um nexo de causalidade

directo entre uma determinada vivência e uma dada sintomatologia psicológica.³⁵ No quadro 4 descrevem-se algumas das manifestações psicológicas que poderão estar associadas à vivência do abuso físico, sexual e emocional.

A intervenção do médico dentista.

1. Como identificar?

O diagnóstico de suspeita de abuso infantil é complexo e nunca deverá assentar apenas na observação de uma lesão, sequela ou qualquer outro tipo isolado de vestígio, já que a maior parte deles não são patognómicos de abuso, podendo apenas constituir indicadores mais ou menos consistentes da possibilidade de se estar perante um quadro deste tipo.²⁸

Assim, o diagnóstico terá sempre por base uma série de indicadores inseridos num determinado contexto: indicadores físicos, sempre valorizados no contexto da história e do resultado, no confronto entre aquilo que se observa e a história relatada pela vítima ou por terceiros, sobretudo quando se verifica inadequação da explicação, mudanças na explicação, ausência de explicação quanto ao mecanismo de produção da lesão, discrepância entre o aspecto das lesões e/ou sequelas e a história da sua produção.²⁸

Existem, no entanto, algumas lesões com elevado grau de especificidade no que toca ao abuso. Dever-se-á estar particularmente atento às situações em que se observam lesões figuradas, lesões em locais impróprios para acidentes, lesões em diferentes estádios de evolução ou atraso na procura dos cuidados de saúde, no caso de existirem lesões significativas.²⁸

Assim, lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de natureza acidental para a faixa etária da criança, como equimoses ou outros ferimentos orofaciais, especialmente à volta dos olhos, nas orelhas ou região retro-auricular, zonas laterais da face e boca, são altamente sugestivas de terem ocorrido no contexto de abuso.³⁶ É disso exemplo, a laceração de freios labial

e lingual, especialmente do labial, que pode ocorrer acidentalmente numa criança que está a aprender a andar e cai, no entanto, numa criança com menos de oito e mais de 18 meses é altamente sugestiva de abuso (particularmente de abuso sexual ou alimentação forçada). Também os ferimentos no palato são típicos de alimentação forçada e as petéquias palatinas são sugestivas de abuso sexual principalmente, se associadas a lacerações de freios e/ou a infecções orais por agentes de doenças sexualmente transmissíveis.^{28,31}

Marcas de mordedura sugestivas de terem sido perpetradas por adultos e lesões com localizações simétricas, múltiplas, com carácter repetitivo, em diferentes estadios de cicatrização, com bordos rectos/lineares ou moduladas são altamente suspeitas de abuso.^{28,31} Assim diagnosticar com certeza que as lesões encontradas são abusivas é difícil e, na maioria das vezes, é a ocorrência de outras lesões, a ausência ou inadequação da explicação quanto ao mecanismo ou data de produção do traumatismo e das respectivas lesões e sequelas ou o atraso na procura de cuidados de saúde, que levanta a suspeita de abuso.^{28,31}

Em termos de diagnósticos diferenciais há que ter sempre presente a possibilidade de se estar perante uma lesão associada a uma determinada malformação ou patologia (e.g. alterações da coagulação, osteogénese imperfeita, doenças convulsivas, situações patológicas que fragilizam os dentes como amelogénese ou dentinogénese imperfeita, sobremordida vertical superior a quatro milímetros, incompetência labial, mordida aberta), a um traumatismo acidental, a uma seqüela pós-operatória ou lesão iatrogénica, a certas condições morfológicas (e.g. nevo, mancha mongólica), ou até uma lesão auto-inflingida (e.g. mordedura após tratamento dentário sob o efeito da anestesia, depressão, oligofrenia, Síndrome de Cornélia Lange).^{28,37}

2. Como registar?

O processo clínico de um paciente constitui também, em certa medida, um documento médico-legal, sobretudo quando se está perante uma potencial vítima de crime. Assim, devem estar cuidadosamente documentados no processo clínico, os seguintes aspectos:¹¹

- a) Antecedentes pessoais e familiares:
 - traumatismos, hospitalizações, doenças congénitas, doenças crónicas, doenças genéticas, alergias, medicação, etc.;
 - história do desenvolvimento motor, linguístico e psicossocial da criança;
 - história da gravidez (desejada ou não; planeada ou não; cuidados pré-natais; parto com ou sem assistência médica; complicações durante a

- gravidez ou parto; depressão pós-parto);
- história de violência doméstica, de abuso de substâncias, de problemas sociais ou financeiros, de abuso de irmãos ou dos próprios pais;
- padrão de disciplina familiar.
- b) História da doença actual:
 - documentação detalhada das lesões apresentadas pela criança, nomeadamente, com fotografia e imagiologia;
 - descrição dos sintomas apresentados pela criança;
 - registo detalhado da história do evento relatada pelos cuidadores e pela criança;
 - descrição do estado emocional da criança e dos seus familiares ou acompanhantes na consulta;
 - descrição das actividades e do estado emocional da criança e dos cuidadores antes, durante e depois da produção das lesões (sempre que possível);
- c) Exames complementares de diagnóstico, procedimentos clínicos e tratamentos realizados;
- d) Diagnóstico de suspeita de abuso ou negligência infantil;
- e) Sequelas resultantes do abuso.

Seria importante a existência, em todos os serviços de saúde, de fichas clínicas estruturadas com todos os elementos a recolher na avaliação dos casos de suspeita de abuso de crianças, contribuindo desta forma para que todos os detalhes sejam registados sem esquecimentos e de uma forma padronizada.³⁸

As fotografias são extremamente úteis na documentação lesões para fins legais e também como parte do processo clínico do paciente. No entanto, a questão da autorização para a sua recolha coloca-se sempre, sendo que pode ser complexo, numa situação de suspeita de abuso, solicitar autorização para o efeito ao adulto que acompanha a criança, caso este seja o suspeito abusador. As fotografias realizadas devem ser de boa resolução e devem documentar de forma precisa as lesões exibidas³⁹; no entanto, só terão valor de prova pericial se feitas no âmbito de perícia realizada através do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. (INML), pelo que uma vez mais, a sinalização destes casos é fundamental também para efeitos da preservação da prova.

A serie fotográfica a realizar à criança, caso existam lesões suspeitas de serem abusivas, deve incluir uma fotografia da face para identificação.⁴⁰ Todas as fotografias devem ter data e hora, e devem ser registadas pelo menos três imagens de cada lesão, com diferentes aproximações, ou seja, longo alcance, médio alcance e plano aproximado e com destaque.⁴⁰ Devem efectuar-se estas fotografias com uma escala de cores (para documentar com fidelidade a representação da

cor nas fotografias), sem régua e com régua, sendo neste caso importante usar a escala número dois da *American Board of Forensic Odontology* (ABFO)⁴¹. Por fim, as imagens devem ser guardadas mantendo a ordem em que foram realizadas, e em cada uma deve constar o número identificativo do processo, data e hora da execução das fotografias, o local onde foram realizadas e o nome do fotógrafo/perito.⁴⁰

No caso das marcas de mordedura, a fotografia deve ser obtida de forma que o ângulo da objectiva fique directamente sobre a lesão e perpendicular ao plano da mordedura, para evitar distorção, e assim possibilitar medições como a distância intercanina, que permite distinguir se a mordedura é de adulto ou de criança.³²

Nas marcas de mordedura, além do registo fotográfico, devem ser realizadas zaragatoas para colheita de eventual saliva e secreções, devendo, ainda, realizar-se a sua impressão com silicone, seguindo as *Guidelines* da ABFO⁴¹. Todos estes procedimentos só terão valor em termos de prova se houver garantia da preservação da cadeia de custódia³² e devem ser realizados em articulação com o INML.

3. Como denunciar e sinalizar?

Cada país tem agências específicas para receber e investigar as denúncias de suspeita de abuso infantil. Em Portugal, no caso de suspeita de situações passíveis de configurar crimes públicos, como seja o abuso de crianças, a denúncia pode ser feita directamente ao Ministério Público, junto do tribunal da área de residência da vítima ou indirectamente através das entidades policiais ou dos serviços médico-legais (delegações ou gabinetes médico-legais do INML); dependendo das situações, a denúncia pode ser feita por fax, via telefónica ou pessoalmente.⁴²

Paralelamente, o caso deve ser também sinalizado à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens da área de residência da criança, tendo como objectivo promover a intervenção de promoção e protecção. As Comissões, em consonância com os organismos da Segurança Social, são responsáveis por propor e implementar nas famílias planos de ajuda, que visem a promoção e protecção dos direitos da criança em perigo, e que serão executados em meio natural de vida ou em regime de colocação.^{43,44}

Esta iniciativa de sinalizar ou denunciar o caso deverá promover a realização, no mais curto espaço de tempo possível, de um exame médico-legal, o qual é obrigatório por lei nestes casos, se existirem lesões ou história de agressão física ou sexual.⁴² A solicitação do exame médico-legal ao INML pode ser feita directamente pelo profissional ou serviços de saúde, ou através da polícia ou do Ministério Público. A realização

deste exame tem como objectivo preservar vestígios do abuso e produzir a prova científica do crime cometido. As lesões são registadas através de fotografias, exames imagiológicos e da sua descrição pormenorizada no relatório pericial; os vestígios como sangue, esperma ou outros, são colhidos para estudo laboratorial de DNA, toxicologia ou microbiologia. Se o exame médico-legal não for suficiente para fundamentar em definitivo um diagnóstico de abuso, poderá haver lugar à realização de outros exames complementares.

O exame de psicologia forense deve ser considerado como um exame obrigatório quer no que respeita à valoração dos danos psicológicos sofridos e do conteúdo do relato da criança (que não deve ser previamente contaminado por intervenções desadequadas de terceiros), quer no que respeita à credibilidade do mesmo. A este propósito importa assinalar a importância do papel do médico dentista na preservação da validade do relato da criança, não o contaminando através de abordagens desadequadas; para isso, deve limitar ao estritamente necessário a abordagem da criança relativamente aos hipotéticos factos abusivos, recolhendo sempre que possível toda a informação necessária junto de terceiros.⁴⁵

Considerações finais

Todos os profissionais de saúde devem estar envolvidos na prevenção do abuso de crianças, bem como na sua detecção, de forma a promover o seu mais rápido tratamento e protecção; tal passa por estarem dotados de competências em termos de diagnóstico e sinalização.

Porque uma das áreas mais atingidas no abuso físico é a orofacial e porque os médicos dentistas são muito procurados para tratamento e acompanhamento das crianças, desempenham os mesmos um papel fundamental na prevenção e detecção destes casos, devendo por isso estar sempre atentos aos sinais e sintomas sugestivos de abuso, bem como aos factores de risco, e saber reconhecer as lesões associadas a abuso, particularmente as lesões dentárias e orofaciais, estabelecendo os adequados diagnósticos diferenciais.

É, portanto, fundamental proporcionar aos médicos dentistas formação contínua na área do abuso de crianças, para que sejam observadores treinados na identificação de factores de risco e de indicadores de abuso, efectuando diagnósticos seguros, esclarecendo-os sobre os aspectos legais da sinalização e denúncia de suspeitas. Isso poderá passar por conferir um maior relevo a estas questões no currículo do curso de Medicina Dentária e delinear linhas de orientação claras sobre quais os procedimentos a adoptar nestes casos pelos profissionais de saúde oral.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, ADMINISTRATION FOR CHILDREN AND FAMILIES, ADMINISTRATION ON CHILDREN YOUTH AND FAMILIES, CHILDREN'S BUREAU, OFFICE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. (2003). Child Abuse Prevention and Treatment Act. Acedido em 20 de Abril de 2010 em: http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/laws_policies/cblaws/capta03/capta_manual.pdf
2. HIBBARD RA, SANDERS BJ: Child abuse and neglect. In: McDonald RE, Avery DR, Dean JA, eds. Dentistry for the Child and Adolescent. Missouri. Mosby 2004; 25-32
3. POZO PP, LÓPEZ LG: Lesiones por Malos Tratos. In: Boj JR, et al, eds. Odontopediatria. Barcelona. Masson 2004;423-36
4. KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JA, ZWY AB, LOZANO R, EDS. World report on violence and health. Geneva. World Health Organization 2002;57-81
5. Child abuse & Neglect. Acedido em 22 de Janeiro de 2010, no *Web site* da: American Academy of Pediatrics: <http://www.aap.org/healthtopics/childabuse.cfm>
6. DIAS I, SILVEIRA RIBEIRO C, MAGALHÃES T: A Construção Social do Abuso na Infância. In: Magalhães T, ed. Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao diagnóstico. Lisboa. Lidel Editora 2010;5-22
7. GAUDIOSI J et al (2005). Child maltreatment 2005. Acedido em 20 de Abril de 2010, no *Web site* da: Child Welfare Information Gateway: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm05/cm05.pdf>
8. GILBERT R, WIDOM CS, BROWNE K, FERGUSSON D, WEBB E, JANSON S: Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 373:68-81
9. ALVAREZ D, SANTOS L, COSTA M, BANDEIRA N, MACEDO P, CARVALHO R (2010). Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens de 2009. Acedido em 1 de Outubro 2010, no *Web site* da: Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco: <http://www.cnpjcr.pt/left.asp?02.04.12>
10. RAMOS-GOMEZ F, ROTHMAN D, BLAIN S: Knowledge and attitudes among California dental care providers regarding child abuse and neglect. *J. Am. Dent. Assoc* 1998;129:340-48
11. KELLOGG ND: Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* 2007;119:1232-41
12. STIRLING J, AMAYA-JACKSON L: Understanding the Behavioral and Emotional Consequences of Child Abuse. *Pediatrics* 2008;122:667-73
13. GAUDIOSI J et al (2003). Child maltreatment 2003. Acedido em 20 de Abril de 2010, no *Web site* da: Child Welfare Information Gateway: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm03/cm2003.pdf>
14. JONES R, FLAHERTY E, BINNS H et al: Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics* 2008;122:259-66
15. FENG J, LEVINE M: Factors associated with nurses' intention to report child abuse: a national survey of Taiwanese nurses. *Child Abuse Negl* 2005;29:783-95
16. ORAL R, CAN D, KAPLAN S et al: Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse Negl* 2001; 25:279-90
17. WILLIAMS C: United Kingdom General Medical Council fails child protection. *Pediatrics* 2007; 119:800-2.
18. GILBERT R, KEMP A, THOBURN J et al: Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet* 2009;373:167-80
19. MOUDEN LD: Family violence: dentistry's attitudes and responsibilities. *Quintessence Int.* 1998; 29: 452-55
20. DEMATTEI R, SHERRY J, ROGERS J, FREEMAN J: What Future Health Care Providers Will Need to Know About Child Abuse and Neglect. *Health Care Manag* 2009;28:320-27
21. WELBURY R, MURPHY J: The dental practitioner's role in protecting children from abuse. 3- Reporting and subsequent management of abuse. *Br Dent J* 1998;184:115-19
22. FLAHERTY E, SEGE R, GRIFFITH J et al: From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics* 2008;122:611-19
23. VON BRUG MM, HIBBARD RA: Child abuse education: do not overlook dental professionals. *ASDC J Dent Child* 1995;62:57-63
24. DIAS I: Factores de Risco de Abuso. In: Magalhães T, ed. Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao diagnóstico. Lisboa. Lidel Editora 2010;31-36
25. SPENCER N, DEVEREUX E, WALLACE A, et al: Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics* 2005;116:609-13
26. EGAMI Y, FORD DE, GREENFIELD SF, CRUM RM: Psychiatric profile and sociodemographic characteristics of adults who report physically abusing or neglecting children. *Am J Psychiatry* 1996;153:921-8
27. DRAKE B, PANDEY S: Understanding the relationship between neighborhood poverty and specific types of child maltreatment. *Child Abuse Negl* 1996;20:1003-18
28. MAGALHÃES T, JARDIM P, SANTOS L, PINTO N, DINIS R, CALDAS I: Indicadores Físicos de Abuso. In: Magalhães T, ed. Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao diagnóstico. Lisboa. Lidel Editora 2010;51-108
29. NAIDOO, S: A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child Abuse Negl* 2000;24:521-34
30. JESSEE, SA: Orofacial manifestations of child abuse and neglect. *Am Fam Physician* 1995; 52:1829-34
31. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY COUNCIL ON CLINICAL AFFAIRS: Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent* 2008-2009;30:86-9
32. KELLOGG N: Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics* 2005;116:1565-68
33. MCINTOSH N, MOK JY, MARGERISON A: Epidemiology of oronasal hemorrhage in the first 2 years of life: implications for child protection. *Pediatrics* 2007;120:1074-8
34. KAIRYS S., ALEXANDER R, BLOCK R et al: When Inflicted Skin Injuries Constitute Child Abuse. *Pediatrics* 2002;110:644-5
35. PEIXOTO C, RIBEIRO C: Indicadores Psicológicos de Abuso. In: Magalhães T, ed. Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao diagnóstico. Lisboa. Lidel Editora 2010;37-50
36. CARPENTER RF: The prevalence and distribution of bruising in babies. *Arch Dis Child* 1999;80:363-6
37. STEWART GM, ROSENBERG NM: Conditions mistaken for child abuse: part II. *Pediatr Emerg Care* 1996;12:217-21
38. BAR-ON ME, ZANGA JR: Child abuse: a model for the use of structured clinical forms. *Pediatrics* 1996; 98:429-33
39. DAVID TJ: Avoidable pitfalls when writing medical reports for court proceedings in cases of suspected child abuse. *Arch Dis Child* 2004;89:799-804
40. RICCI LR: Photographing the physically abused child. Principles

and practice. Am J Dis Child 1991; 145:275-81

41. Diplomates Reference Manual 2010. Acedido em 26 de Novembro de 2010, no *Web site* da: American Board of Forensic Odontology: http://www.abfo.org/abfo_manual.htm

42. MAGALHÃES T: Violência e Abuso. Respostas simples para questões complexas. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra 2010;127-36

43. GOLDMAN J, SALUS MK, WOLCOTT D, KENNEDY KY (2003). A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: The

Foundation for Practice. Acedido em 20 de Abril de 2010, no *Web site* da: Child Welfare Information Gateway: <http://www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/foundation/>

44. Sistema de Protecção Português. Acedido em 1 de Outubro de 2010, no *Web site* da: Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco: <http://www.cnpcjr.pt/left.asp?07.01>

45. MAGALHÃES T, RIBEIRO C, JARDIM P, E COL: Da investigação inicial ao diagnóstico. In: Magalhães T, ed. Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao diagnóstico. Lisboa. Lidel Editora 2010; 147-188