



**A RELEVÂNCIA E O PAPEL DOS MÉDICOS-DENTISTAS
NA DETEÇÃO E PREVENÇÃO
DOS
MAUS TRATOS A MENORES**

ANA CRISTINA ROCHA DE SOUSA

**Unidade Curricular Monografia de Investigação
Relatório de Atividade Clínica**

**PORTO
2012/2013**



Artigo de Revisão Bibliográfica

**Avaliação da Unidade Curricular Monografia de Investigação
Relatório de Atividade Clínica**

**Mestrado Integrado em Medicina Dentária
2012/2013**

**A RELEVÂNCIA E O PAPEL DOS MÉDICOS-DENTISTAS
NA DETEÇÃO E PREVENÇÃO
NOS
MAUS TRATOS A MENORES**

Ana Cristina Rocha de Sousa

Orientador(a): Sra. Prof. Dra. Maria José Carneiro de Sousa Pinto da Costa

**PORTO
2012/2013**

**A RELEVÂNCIA E O PAPEL DOS MÉDICOS-DENTISTAS
NA DETEÇÃO E PREVENÇÃO
NOS
MAUS TRATOS A MENORES**

Sousa, Ana C. R. de*
Pinto da Costa, Maria José C. de S.**

* Bacharel em Medicina Dentária pela UNIGRANRIO-Universidade do Grande Rio
Prof. José de Souza Herdy.
Equivalência a Licenciatura em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina
Dentária da Universidade do Porto

**Doutorada em Ciências Médicas pela Universidade do Porto;
Professora associada convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar-
Universidade do Porto

Endereço: Rua Júlio Lourenço Pinto, 162 4150-004 Porto – Portugal
Rua de Jorge Viterbo Ferreira, 228 4050-313 Porto – Portugal

Endereço de e-mail: anacristinarochasousa@gmail.com;
mjcpintodacosta@gmail.com

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e minha irmã, que sempre foram a minha referência e sempre acreditaram em mim, sempre me apoiaram nas horas mais complicadas e difíceis de minha vida, tanto na vida pessoal como profissional, que são a razão da minha existência;

À Sra. Prof^a Dra. Maria José Pinto da Costa, minha orientadora e que também considero uma grande amiga, pois sempre acreditou em mim e no meu trabalho, que esteve presente em muitos momentos, até nos mais difíceis da minha vida e que me disse uma frase que nunca mais esquecerei: “ *A vida é feita de opções...*” Prof. Dr. Pinto da Costa;

Aos pacientes e amigos, que me compreenderam e me apoiaram não só moralmente mas também na elaboração deste trabalho;

À todos Membros da Direção, Membros do Conselho Científico e Funcionários da Seção Académica da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, agradeço a compreensão, a oportunidade e a preciosa ajuda para entrega deste trabalho;

A Deus, por existir...

"Our children's future and the future of the world are one."

Dr. C. Henry Kempe

ÍNDICE:

1 - RESUMO.....	7
2 - ABSTRACT.....	8
3 - INTRODUÇÃO	9
4 - MATERIAL E MÉTODO	13
5- DESENVOLVIMENTO	
5.1 - ABORDAGEM HISTÓRICA.....	14
5.2 - MAUS TRATOS	18
5.2.1 - MAUS TRATOS FÍSICOS.....	19
5.2.2 - NEGLIGÊNCIA	21
5.2.3 - MAUS TRATOS PSICOLÓGICOS (ABUSO PSICOLÓGICO).....	21
5.2.4 - ABUSO SEXUAL	21
5.2.5 - SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO.....	22
5.3 - O PAPEL DA MEDICINA DENTÁRIA NOS MAUS TRATOS A MENORES..	23
6 - CONCLUSÃO.....	28
7 - BIBLIOGRAFIA	29
8 - ANEXOS	36

1 - RESUMO

As expressões “maus tratos” ou “abusos de menores” são cada vez mais recorrentes nos diversos meios de comunicação social no momento atual e espelham um grave problema social e de saúde pública, não só em Portugal, como também em todo o mundo.

A grande dimensão deste tema e, conseqüentemente, a sua crescente visibilidade, tem levado os diversos poderes políticos de todo o mundo, juntamente com as diversas organizações internacionais – ONU, OMS, UNICEF entre outras - a desenvolverem políticas de combate e prevenção nesse âmbito.

Os maus tratos ocorrem nas mais diversas faixas etárias, bem como nos diversos níveis sociais e níveis de escolaridade. No entanto, as crianças e os jovens ainda constituem as principais vítimas; muita dessas, infelizmente, vítimas mortais. Grande parte das vítimas faz parte de famílias carenciadas e com nível formação muito baixo, onde o álcool e os estupefacientes estão presentes.

Muitos dos casos de maus tratos podem, não poucas vezes, levar à morte das vítimas. No entanto, as mortes podem ser evitadas se as vítimas forem detetadas precocemente. Nesse sentido, os profissionais que lidam diretamente com as vítimas, entre os quais os profissionais de saúde, mais concretamente os médicos dentistas, têm um papel preponderante. No âmbito geral, ao estarem em contato direto com as vítimas, estão em contato com as suas lesões nos diversos foros, bem como perante outros sinais que podem indicar que os menores estão a ser vítimas de algum tipo de violência.

O objetivo deste trabalho é demonstrar a importância dos médicos dentistas na deteção dos maus tratos ou abuso de menores. Para tal, serão colhidas diversas referências bibliográficas, sobre as quais se efetuará uma revisão de literatura aprofundada acerca do tema em causa.

Nesse sentido serão utilizadas referências, cujos trabalhos foram publicados entre o período de 2005 e 2012, tendo como base para pesquisa diversos como a PubMed, Ata Médica Portuguesa entre outros.

Palavras-chaves: criança; abuso; odontologia forense; crimes

Keywords: child; abuse; forensic odontology; crimes

2 - ABSTRACT

The expression “child abuse and neglect” is increasingly present in the mass media today and is a sign of a serious social and public health problem, not only in Portugal but worldwide.

The dimension of the problem and its subsequent visibility has led many political forces all over the world to work along with several international organisations such as UN, WHO and UNICEF among others, to develop policies to try to fight and prevent it.

Child abuse and neglect crosses all ages, social status and levels of education. And yet, children and young teens are the main victims, many of which unfortunately die. Most victims are part of underprivileged families, with low education and some history of drug and alcohol consumption.

More often than not, many cases lead to death. However, these deaths can be prevented if the victims are recognised and identified in advance. For that, health professionals dealing with the victims have a key role, especially dentists. By being in touch with the victims, they see first hand their scars or any other signs that may indicate some type of violence.

The aim of this study is to emphasise the importance of dentists in detecting child abuse and neglect. For that, several bibliographic references will be carefully analysed. Some studies published between 2005 and 2012 will be used as reference, as well as other publications such as PubMed, Ata Médica Portuguesa among others.

Keywords: *child; abuse; forensic odontology; crimes*

3 - INTRODUÇÃO:

A violência é um tema diariamente presente nos mais diversos meios de comunicação social em todo mundo. O número de vítimas de violência, nas mais diversas formas, cresce diariamente e de forma assustadora.

A Resolução WHA 49.25, aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde, promovida pela OMS, refere que a violência é um importante e crescente problema de saúde pública. Nesta resolução, chamou-se à atenção para as graves consequências da violência - tanto a curto como a longo prazo - para indivíduos, famílias, comunidades e países, e ressaltaram-se os efeitos nocivos da violência na saúde nas suas mais diferentes formas.^{46,47} A violência, sendo considerada uma entidade clínica e reconhecida como problema de saúde pública, encontra-se classificada no ICD-10⁴⁷ e pode dessa forma ser conhecida, compreendida e sobretudo, denunciada e combatida.

Em Portugal, segundo dados estatísticos, publicados pela *APAV- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima*, em fevereiro de 2013, tendo em conta os seus registos do ano de 2012, o número de crimes de uma forma geral sofreu um acréscimo de 8,8% de 2010 para 2011 e de 10% de 2011 para 2012.⁵

Os números sugerem uma violência “declarada”, se assim a podemos apelidar. No entanto, uma grande parte da violência diária acontece perto de nós e frequentemente sem nos apercebermos. A mesma permanece, na sua grande maioria, adormecida ou mais concretamente “não declarada”, até ser detetada por um olhar mais atento ou, infelizmente, aquando da morte da vítima, sendo já tarde de mais.

A violência dita “não declarada” é “silenciosa” e na sua grande e esmagadora maioria não deixa qualquer tipo de indício ou rasto e o resultado final culmina, muitas vezes, na morte da vítima. Independentemente do sexo, pode estar presente nas mais diversas situações e formas, nos mais diversos escalões sociais, etários e de formação escolar.⁴⁸ É uma forma de violência transversal. Não escolhe as vítimas, nem idade, nem apresenta qualquer padrão tipo. No entanto, segundo dados estatísticos, as crianças e jovens são vítimas cada vez em maior e crescente número, o que é extremamente preocupante, uma vez que as vítimas de hoje poderão ser os agressores de amanhã, tendo em conta os diversos estudos já publicados sobre o assunto.

A consagração, ao nível da lei fundamental, do direito das crianças à proteção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, está patente quer no âmbito do artigo 69.º da Constituição da República Portuguesa, quer no âmbito da Convenção dos Direitos da Criança, ratificada por resolução da Assembleia da República¹² bem como promulgação, mais especificamente da Lei Portuguesa nº 147/99 de 1 de Setembro - *Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo*²⁴ e suas respetivas alterações. Ao longo de décadas, estes elementos foram surgindo e auxiliam na elaboração de mecanismos de proteção, tendo em conta a necessidade do combate aos maus-tratos contra crianças e jovens em Portugal. No entanto, apesar do aumento no número de Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) assim como o surgimento de novas medidas de proteção com o mesmo objetivo, as estatísticas demonstram que número de casos crianças maltratadas mantém-se segundo o Relatório Anual de Avaliação da atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens,⁸ publicado Maio de 2012, tendo em conta os dados estatísticos referentes ao ano de 2011. (Tabela 1 e Gráfico 1)

Relatório Anual de Avaliação da atividade

das

Comissões de Proteção de Crianças e Jovens 2011

	Volume Processual Global					Total Arquivados	Ativos
	Transitados	+ Instaurado	+ Reabertos				
2006	23712	+	25209	+	2026	▷ 50947	- 18980 = 31967
2007	30320	+	29547	+	3141	▷ 63008	- 28895 = 34113
2008	33394	+	29279	+	3986	▷ 66659	- 31748 = 34911
2009	34416	+	28401	+	4079	▷ 66896	- 31871 = 35025
2010	34753	+	28103	+	5444	▷ 68300	- 35501 = 32799
2011	34243	+	27947	+	5751	▷ 67941	- 31232 = 36709

Tabela 1- Evolução do fluxo processual nas CPCJ de 2006 a 2011

(Fonte: Relatório Anual de Avaliação da atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, 2011) ⁸

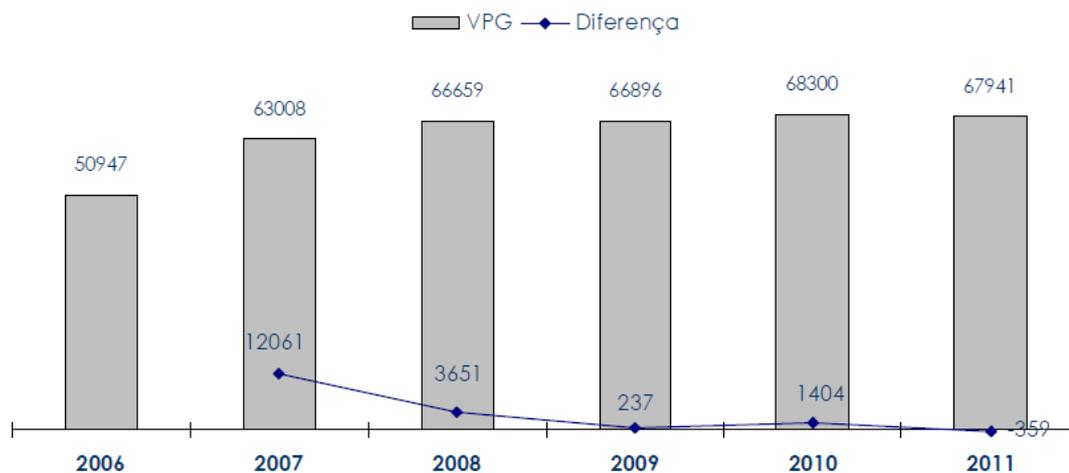


Gráfico 1 – Gráfico Volume processual global 2006-2011

(Fonte: Relatório Anual de Avaliação da atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, 2011) ⁸

Segundo a Lei Portuguesa nº 147/99 de 1 de Setembro - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo ²⁴ no seu art 5º alínea a) a criança e jovem são definidos como:

“a pessoa com menos de 18 anos ou a pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos”;

O conceito de maus tratos tem definições distintas tendo em conta o contexto sociocultural bem como a especificidade dos grupos sociais e religião de qualquer Estado de Direito. Segundo a Direção-Geral da Saúde, ^{29,30} os maus-tratos a menores dizem respeito a qualquer ação ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima.

Todas as formas de maus tratos praticados contra menores devem ser considerados importantes para a saúde e têm um impacto considerável sobre os contribuintes em todas as partes do mundo.³³ Os encargos financeiros associados aos maus tratos praticados contra menores inclui custos associados aos cuidados de saúde e custos indiretos associados com as respostas do sistema de justiça criminal, serviços de proteção a menores, educação, etc. ^{22, 44}

Para NORMAN et al. ³³ há uma relação causal entre os maus tratos de menores e uma gama de transtornos mentais,²³ uso de drogas, tentativas de suicídio, infeções sexualmente

transmissíveis e comportamento sexual arriscado. A consciência das graves consequências a longo prazo dos maus tratos praticados contra menores deve incentivar uma melhor identificação das pessoas em risco e o desenvolvimento de intervenções eficazes para proteger as crianças e jovens da violência e assegurar que a mesma não seja perpetuada.

Vários são os sinalizadores que indicam se uma criança e/ou jovem sofreram ou sofrem de maus tratos; no entanto, estes sinais indicadores não são frequentemente de fácil identificação. A presença de um só indicador não é prova suficiente de que tenha ocorrido abuso, mas deve ser avaliada a situação em si e verificar se os indícios aparecem com frequência ou em simultâneo.
13,19, 30,31,43

Qualquer pessoa pode e deve denunciar situações de maus tratos ou abuso, devendo para tal procurar as devidas autoridades competentes.^{10,24} A Lei nº 147/99 de 1 de Setembro -“ *Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo*”^{10,24} determina:

“*Artigo 66º*

“...*Comunicação das situações de perigo por qualquer pessoa*

1 — Qualquer pessoa que tenha conhecimento das situações previstas no artigo 3.º pode comunicá-las às entidades com competência em matéria de infância ou juventude, às entidades policiais, às comissões de proteção ou às autoridades judiciais.

2 — A comunicação é obrigatória para qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou do jovem...”

Segundo o artigo 48º do Código do Processo Penal (CPP), em que os maus tratos assumem natureza pública, o procedimento criminal não está dependente de queixa por parte da vítima; basta uma denúncia ou o conhecimento do crime para que o Ministério Público exerça a ação penal.^{10,25} 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 atuarem, quanto a crimes de que tomaram conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas¹⁰

No entanto, muitos dos casos de maus tratos a menores passam despercebidos, devido não só ao silêncio das vítimas, mas também à falta de conhecimento sobre o assunto por parte do público em geral, conhecimento esse que poderia ser uma grande mais-valia numa deteção precoce destas situações, o que evitaria consequências de maior gravidade.

As entidades com competência em matéria de infância ou juventude estão na base da pirâmide dos níveis de intervenção (Educação, Serviços de Saúde entre outros) ^{29,30}. Muitos destes profissionais lidam diária e/ou diretamente no seu exercício profissional com as potenciais vítimas e, na sua maioria, têm maior facilidade em identificar crianças e/ou jovens que sofreram ou sofrem de maus tratos, nos seus mais variados níveis, mas apenas se estiverem realmente atentos e preparados para tal. Somente pessoas devidamente preparadas estão realmente aptas para identificar tais sinais e “sintomas”.

De entre os profissionais da área da saúde, os médicos dentistas têm um papel de extrema relevância na deteção precoce de maus tratos sofridos por crianças e jovens, pois grande parte dos sinalizadores indicativos de maus tratos situam-se na zona da cabeça e pescoço. ^{10,11,13,17,18,20,22,26,27,28,32,37,39,42}. No entanto, infelizmente, seja por desconhecimento ou mesmo por medo em denunciar ou comodismo, grande parte dos casos não são identificados e/ou notificados por estes profissionais, tendo em conta vários estudos efetuados.

A presente revisão da literatura sobre este tema tem como objetivo sensibilizar e demonstrar a importância que os médicos dentistas têm na deteção dos maus tratos de crianças e jovens e na identificação o mais precocemente possível as vítimas, tentando evitar desencadeamentos mais graves, neles incluídos a morte da vítima.

4 - MATERIAL E MÉTODO:

Tendo em conta o objetivo deste trabalho, que é o de demonstrar a importância dos médicos dentistas na deteção dos maus tratos ou abuso de menores, foram recolhidas diversas referências bibliográficas, sobre as quais se efetuou uma revisão de literatura aprofundada.

Para tal serão utilizadas referências, cujos trabalhos foram publicados entre o período de 2005 e 2012, tendo como base para pesquisa diversos recursos de foro médico como é o caso da PubMed, Ata Médica Portuguesa, livros acerca do tema, legislação atual, entre outros.

5 - DESENVOLVIMENTO:

5.1 - ABORDAGEM HISTÓRICA:

A problemática dos maus tratos a crianças e jovens é uma realidade que esteve e está sempre presente, que decorre ao longo das diferentes épocas, sob as mais diferentes formas e nas diversas camadas da sociedade, bem como nos mais diversos de níveis de formação escolar, tendo em conta não só as vítimas mas também os abusadores.

Já no final do século XIX, os Estados Unidos iniciaram os primeiros mecanismos de combate os maus tratos de menores bem como as formas de proteção⁴¹, sendo considerados precursores no combate à violência contra menores. Em 1912, o Governo Federal Americano criou “*The Children’s Bureau*” (Gabinete da Criança) que exerce a função de orientar os programas federais projetados para apoiar os programas de bem-estar infantil, assim como orientar os programas de apoio às famílias, que tiveram o seu início com a aprovação da Lei da Segurança Social (SSA), em 1935. A CAPTA - *Lei de Combate e Prevenção do Abuso Infantil*⁴¹ é uma grande arma na legislação americana, a qual orienta o combate da violência e protege crianças e jovens em perigo. A CAPTA foi aprovada, pela primeira vez, em 31 de janeiro de 1974 (PL 93-247). Sofreu várias alterações (1978, 1984, 1988, 1992, 1996, e 2003), a última das quais em dezembro de 2010.⁴¹

Na Europa, apesar de várias medidas individuais implementadas nos diversos países pertencentes à Comunidade Europeia na tentativa de proteger crianças e jovens, em 2006, o Conselho Europeu criou o Programa “*Construir uma Europa para e com as crianças*”,⁹ tendo por base vários Tratados e Convenções Internacionais, de forma a propor uma melhor atuação da Europa no domínio dos maus tratos a crianças e jovens e tendo em conta as necessidades expressas pelos governos e os desafios identificados pela comunidade internacional. Este programa surgiu em resposta a um mandato resultante da Terceira Cúpula de Chefes de Estado e de Governo do Conselho da Europa (Varsóvia, 2005), sendo este programa constituído por 3 ciclos estratégicos: Inicial (2006-2009); Estocolmo (2009-2011) e Mônaco (2012-2015). Este instrumento veio preencher lacunas, garantir uma coesão na Europa e igual proteção de todos os seus filhos através da criação de normas comuns claras e de definições aplicáveis em todos os países europeus através da harmonização do direito penal e outras medidas relevantes. Anteriormente fora também criado pelo Conselho da Europeu o “*Programa Daphne - Direitos*

fundamentais e justiça"³⁴ com o objetivo de prevenir e combater a violência contra as crianças, os jovens mas também as mulheres e proteger vítimas e dos grupos de risco.

A primeira referência legal sobre a proteção de menores em Portugal data de 27 de Maio de 1911,²⁶ com a Lei da Infância e da Juventude. Mais tarde, é aprovada a Organização Tutelar de Menores, pelo Decreto-Lei nº 44 288, de 20 de Abril de 1962, que vai sendo sujeita a alterações, nomeadamente em 1967, 1978 e 1991.⁴³ Na década de 80, foram criados os primeiros *Núcleos de Apoio à Criança Maltratada (NAC)*, situados no Hospital Pediátrico de Coimbra e no Hospital Santa Maria, em Lisboa.¹ Já em 1983, é criado o *Instituto de Apoio à Criança (IAC)*, o qual tem por missão contribuir para o desenvolvimento integral da criança, tendo como objetivo a sua defesa e promoção de seus Direitos. Em 1988, a linha *SOS Criança* é criada, permitindo a denúncia de abusos sofridos por crianças e jovens.⁴³

Apesar dos maus tratos a crianças e jovens ser um tema de debate de longa data, somente em 1986, na Reunião da Sociedade Portuguesa de Pediatria, o tema é referenciado de uma forma mais específica e ampla, o que teve repercussão a nível nacional.⁴³ Nesse mesmo ano, Amaro⁴³ apresentou o primeiro estudo epidemiológico, em Portugal, acerca do abuso de menores. Na elaboração do seu estudo constatou que, em 1985, houve cerca de 20 mil crianças vítimas de abuso, sendo 18% dos casos crianças maltratadas e negligenciadas, 31-36% casos de abusos psicológicos e 16-21% casos de abusos físicos.⁴³

Em 1991, surgiram as "*Comissões de Proteção de Menores*", instituições oficiais sem poder judicial com sede nas autarquias locais, tendo como seus colaboradores representantes dos tribunais, técnicos dos serviços sociais, médicos e elementos da autarquia e comunidade; comissões com poder de intervenção sobre indivíduos até 18 anos idade ou indivíduos em que a segurança, educação ou moralidade estivessem em risco.³⁶

Apesar do Código Penal Português fazer referências às várias situações de maus tratos, que vão desde o abuso físico ao psicológico, o abuso sexual, situações de negligência e abandono nos seus mais diversos artigos (*Artigo 136º - Infanticídio; Artigo 152º – Maus tratos e infracção das regras de segurança; Artigo 172º - Abuso sexual de crianças; Artigo 173º, - Abuso sexual de menores dependentes; Artigo 176º – Lenocídio e tráfico de menores*)^{10,43} e consagrar a natureza jurídica do crime tornando-o crime de carácter público¹⁰ (em que o procedimento criminal contra o autor de tais crimes deixa de depender de queixa do ofendido), a alteração no nº 2 do artigo 152º do Código Penal, a Lei nº 147/99 de 1 de Setembro - "*Lei de Proteção de Crianças e*

Jovens em Perigo”, em vigor a partir de 01 de Janeiro de 2001, vem de uma forma mais particular, promover os direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral,²⁴ ditando assim as mais recentes diretrizes para a proteção de menores em Portugal. Com a promulgação desta lei, foram criadas as “*Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo*”, que substituem as “*Comissões de Proteção de Menores*”, e que, em articulação o sistema judicial português, visam assim um papel mais ativo por parte do Estado, criando uma rede articulada tendo em conta o combate mais eficaz aos maus tratos a crianças e jovens bem como a sua prevenção.

A par da Lei nº 147/99 de 1 de Setembro -“ *Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo*”, que vem complementar o Código Penal Português, foram emitidos vários Despachos e promulgados outros Decretos-lei que vieram reforçar ainda mais e realçar o papel de extrema importância dos serviços de saúde na deteção e combate aos maus tratos a crianças e jovens, entre os quais podemos citar os seguintes documentos:

Despacho n.º 117/2007 de 24 de Abril – Implementa o Projeto de Intervenção nos Serviços de Saúde à “Criação e Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco”;

Despacho n.º 31292/2008 de 5 de Dezembro- Cria a Ação da Saúde para Crianças e Jovens em Risco;

Portaria n.º 965/2009, de 25 de Agosto - Portaria Conjunta do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e do Ministério da Saúde, que estabelece a articulação entre as unidades de saúde e os serviços da segurança social, nos termos do artigo 101º-D do Código do Registo Civil;

Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de Outubro - Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

*“A violência contra a criança e jovens não é um fenómeno recente, aliás sempre existiu, mas somente a partir do século XIX é que se observam os primeiros registos de preocupação da sociedade em relação aos maus-tratos...” (KEYWOOD, 2004).*¹⁵

Tendo em conta a área científica e médica, TARDIEU (1896)⁴³ escreveu o primeiro artigo médico que foca o problema do abuso infantil. No seu trabalho, relatou os resultados de 32 autópsias realizadas em crianças com menos de cinco anos que tinham sofrido morte violenta. Foram descritas as lesões cutâneas, ósseas e cerebrais, apontadas as causas, alguns fatores

fisiopatológicos e, ainda, a discrepância entre as lesões que as crianças apresentavam e a história relatada pelos pais, chamando assim a atenção para a provável agressão por parte dos pais das vítimas. Indiretamente, TARDIEU (Fig.1) foi a primeira pessoa a fazer referência ao síndrome que, uns anos mais tarde veio a ser batizado de “*Síndrome da Criança Batida*” (*The battered child syndrome*)⁴³, que foi descrita verdadeiramente pela primeira vez no trabalho de KEMPE (1962), um dos fundadores da Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso e Negligência de Crianças (ISPCAN) e fundador da Fundação Kempe, fundação essa que leva o seu nome, ambas com o objetivo de combater maus tratos a criança e jovens. Com o seu trabalho, KEMPE (Fig.2) conseguiu alertar verdadeiramente para o problema, o que torna este trabalho um marco na história do estudo dos maus tratos a crianças e jovens.⁴



Figura 1 - Auguste Ambroise Tardieu⁵⁰

(10 de abril de 1818 - 12 de janeiro 1879)

Médico Forense francês, em meados do século XIX.

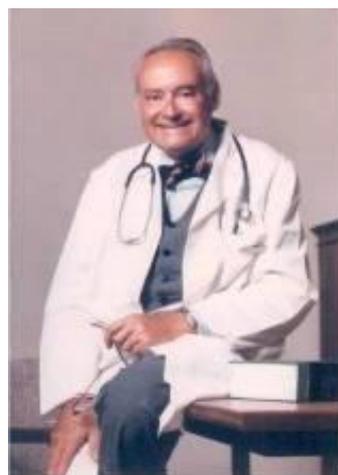
(Fonte: http://en.wikipedia.org/wiki/Auguste_Ambroise_Tardieu)

Figura 2 - Dr. C. Henry Kempe⁵¹

(06 de abril de 1922 - 08 de Março de 1984)

Médico Pediatra e Virologista

(Fonte: <http://www.kempe.org/>)



Em 1963, Fontana ¹⁴, no seu trabalho intitulado “*The maltreatment syndrome in children*” introduz pela primeira vez no meio científico o conceito “criança maltratada” incluindo não somente a violência física, mas englobando também a violência emocional e negligência.

5.2 - MAUS TRATOS

A referenciação dos serviços de saúde nos diversos Despachos bem como nos diversos Decretos-lei do Estado Português vem confirmar o seu grande e importante papel em todo o processo de combate aos maus tratos a crianças e jovens.

Os serviços de saúde, não somente os de competência do Estado mas também os de foro privado e não-governamentais (ONGs), são importantes no processo e essa particularidade deve-se ao facto de, na grande e esmagadora maioria, serem os primeiros contactar com as vítimas de maus tratos na sua forma mais inicial, podendo assim, de uma forma legal e apoiada pelas diversas entidades envolvidas no processo, entre as quais os gabinetes dos Institutos de Medicina Legal (INML), Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e os Tribunais, impedir o desenvolvimento dos diversos e variados casos maus tratos, os quais podem chegar ao pior desfecho, a morte da vítima, quando já é tarde de mais para intervir. (Fig. 3)



Figura 3 - Exemplo de Abuso resultando na morte da vítima de 4 anos de idade.

(Fonte. Forensic Dentistry 2ª Ed; CRC Press; 2010 : 369-378) ¹⁶

A ação dos serviços de saúde, para além da deteção de contextos e fatores de risco, do reforço de fatores protetores e da intervenção atempada, desenvolve-se, também no âmbito da prevenção e reparação das situações em que há presença de perigo.¹² As situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. Entende-se que a evolução negativa dos contextos de risco condiciona, na maior parte dos casos, o surgimento das situações de perigo.¹² A legitimidade da intervenção circunscreve-se aos esforços para superação do mesmo, tendo em vista evitar o surgimento do perigo, através de políticas, estratégias e ações integradas dirigidas à população em geral ou específicas para crianças e jovens em situações familiares, habitacionais, ambientais, escolares, sanitárias, sociais, culturais e económicas que, pela sua precariedade, criem condições de especial vulnerabilidade.¹²

Os fatores de risco não constituem, por si só, determinantes das situações de maus tratos. Para além destes, é de sublinhar a existência um vasto conjunto 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.¹² (ANEXO I) Assim, na avaliação das situações é fundamental atender-se ao facto de os fatores de risco interagirem entre si, devendo imperar uma ponderação criteriosa e o bom senso dos profissionais ou equipa.¹²

Tendo em conta o contexto sociocultural e um melhor entendimento, os maus tratos podem ser tipificados, de uma forma clara e simples, tendo como base o documento técnico aprovado pelo Despacho n.º 31292/2008 de 5 de Dezembro e intitulado “Maus tratos em crianças e jovens - intervenção da saúde”¹², em:

5.2.1 - MAUS TRATOS FÍSICOS:¹²

O mau trato físico resulta de qualquer ação, não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) dano físico. (Fig. 4-6)

Este tipo de maus tratos, cuja expressão mais frequente surge na forma de «criança batida», engloba um conjunto de situações traumáticas, tais como a síndrome da criança abanada (sacudida) - *Shaken Baby Syndrome*, as queimaduras, as fraturas, os traumatismos crânio-encefálicos, as lesões abdominais, a asfixia, o afogamento, as intoxicações provocadas e outras.

Trata-se da forma que é mais frequentemente diagnosticada nos serviços de saúde, sendo responsável por índices elevados de morbidade, incapacidade permanente e mortalidade.



Figura 4 – Lesões ocasionadas por queimaduras por pontas de cigarro
(Fonte: Dtsch Arztebl Int 2010; 107 13 231–40)¹⁷



Figura 5 - Marca de mordida na perna de uma criança de três anos.

(Fonte: British Dental Journal 2011; 210: 423-428)¹⁶



Figura 6 - Lesões no rosto de um jovem rapaz. Há também um hematoma na orelha bem como atrás orelha) e marcas de arranhões atrás do pescoço - áreas que não são frequentemente afetadas em injúrias acidentais)

(Fonte: British Dental Journal 2011; 210: 423-428)¹⁶

5.2.2 - NEGLIGÊNCIA: ¹²

Entende-se por negligência a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afeto e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais. Este tipo de maus tratos que, regra geral, é continuado no tempo, pode manifestar-se de forma “ativa”, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou “passiva”, quando tem origem na incompetência ou incapacidade dos pais ou outros responsáveis.

5.2.3 - MAU TRATO PSICOLÓGICO (ABUSO EMOCIONAL): ¹²

O mau trato psicológico resulta da incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afetivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados.

Este tipo de maus tratos engloba diferentes situações, que vão desde a ausência ou precariedade de cuidados ou afetos adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afetiva, passando pela depreciação permanente da criança ou do jovem, os quais podem repercutir-se, por exemplo, no sono, no controlo dos esfíncteres, no comportamento, no rendimento escolar e em outras atividades da criança ou do jovem.

5.2.4 - ABUSO SEXUAL: ¹²

O abuso sexual corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte. Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança ou jovem, em função do seu estágio de desenvolvimento:

- Não tem capacidade para compreender que delas é vítima;
- Percebendo que o é, não tem capacidade para nomear o abuso sexual;
- Não se encontra estruturalmente preparada;
- Não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido.

Este tipo de maus tratos pode revestir-se de diferentes formas – que podem ir desde importunar a criança ou jovem, obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espetáculos obscenos, utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens, até à prática de coito, passando pela manipulação dos órgãos sexuais, entre outras – as quais se encontram previstas e punidas pelo atual artigo 171.º do Código Penal (CP), que trata expressamente do crime de abuso sexual de crianças.

É importante ter em atenção que a maior parte das lesões têm cicatrização rápida e completa, e que muitos casos decorrem sem lesão anatómica. Assim, é obrigatório pensar em termos de diagnóstico diferencial (abuso – acidente – outra patologia). Nestes casos, o exame à criança deverá ser feito na presença de vários técnicos não devendo ser repetido para evitar a vitimização secundária e a destruição de vestígios. A fotografia das lesões ou o vídeo poderão ter interesse legal e evitar novas observações sempre traumatizantes para a criança.¹²



Figura 12 – Lesões associadas a abuso sexual contra uma adolescente de 15 anos. Pelo relato, marca de mordida no momento do abuso.

(Fonte: Forensic Dentistry 2ª Ed; CRC Press; 2010 : 369-378)

5.2.5 - SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO:¹²

O Síndrome de Munchausen por Procuração diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família (que, na maior parte dos casos, apresenta um discurso credível e sedutor mas ao qual subjaz, por vezes, patologia do foro psiquiátrico, nem sempre fácil de

identificar) de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando hospitalizações frequentes, necessidades de procedimentos de diagnóstico exaustivos e recurso a técnicas invasivas.

Trata-se de uma forma rara de maus tratos e que coloca aos profissionais grandes dificuldades de diagnóstico. Algumas formas de manifestação desta síndrome são, por exemplo, administrar uma droga/medicamentos para provocar a sintomatologia; adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da criança; semi-sufocar, repetidamente, a criança e, depois, procurar o hospital, queixando -se de que a criança sofre de crises de apneia.

Em Portugal, no ano de 2011, segundo Relatório Anual de Avaliação da atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, 2011⁸ na lista dos maus tratos a negligência ocupa o primeiro lugar (33,1%), seguido pelo abandono/ absentismo/ insucesso escolar (18,9%), maus tratos psicológicos/ abuso emocional (9,4%) e por último maus tratos físicos (7%). Apesar de estar no primeiro lugar na lista a negligência desceu em 2011 quando em 2010 rondava 38,2%. Tendo em conta a negligência, a falta de supervisão e acompanhamento escolar é o maior responsável pelos números (42,1%). As vítimas, na maioria, são do sexo masculino (53,4%) no entanto os valores são equiparados com sexo feminino (46,6%). O faixa etária mais predominante é 11-14 anos (28,9%), seguido pelo faixa etária dos 0-5 anos (28,6%) sendo que 0-2 anos representa 16,3% do total de crianças acompanhadas. Em relação ao agregado familiar, 87,8% vive com a família biológica em que 43,5% é representado por núcleo familiar, seguido de famílias monoparentais (88,0% mãe). A média de idade do agressor vai de 35-44 anos (38,9%). Grande parte dos rendimentos das famílias são provenientes do trabalho seguido pelo rendimento social de inserção (23,3%). Na sua maioria vivem em casa unifamiliar.

5.3 - O PAPEL DA MEDICINA DENTÁRIA NOS MAUS TRATOS A MENORES

Dos profissionais da área da saúde, os médicos dentistas têm um papel de extrema relevância pois, grande parte das vezes, são os primeiros a terem contacto com as possíveis vítimas de maus tratos,^{2,4,6,10,11,13,17,18,20,22,26-28,32,35,37,39,42,49} não só em situações de urgência, tendo em conta muitas situações de maus tratos de foro físico (como por exemplo fratura dentária de dentes anteriores por trauma derivado ao mau trato) ou mesmo negligência (por exemplo casos de abscesso dentário por negligência na saúde oral da criança ou jovem) bem como em situações de rotina, onde podem ser detetadas outras situações de maus tratos, nos seus

diversos tipos. No entanto, segundo Dupare et al.,¹³ dos profissionais de saúde, os médicos dentistas são um/o grupo que tem uma participação pouco ativa no reconhecimento e referenciação dos maus tratos a crianças e jovens, quando comparados com outros profissionais de saúde.

Em Portugal, não há estudos efetuados no sentido de verificar a capacidade dos médicos dentistas em detetar os maus tratos sofridos por crianças e jovens.

Em seu estudo retrospectivo efetuado na Grécia, Maragkou,²² efetuou uma análise dos registos médicos de crianças que tinham sofrido maus tratos, constatou que um terço das crianças (37%), apresentavam sinais de maus tratos na zona maxilofacial. Cavalcanti⁶ num estudo em que analisou 42 relatórios de exames de corpo de delito que envolviam crianças e adolescentes vítimas de violência física na escola – *bullying* - entre 2003 e 2006, constatou que as lesões na região da cabeça e face estavam presentes em 69,1% da amostra, com 23,8% das vítimas apresentando injúrias na cavidade bucal, sendo estas lesões localizadas em 50,0% na maxila, 30,0% na mandíbula e 20,0% em ambas as regiões. A totalidade das lesões afetaram o tecido mole predominante nos lábios (80,0%) e na mucosa (20,0%). No entanto, Kirankumar et al,²⁰ constataram que 68,5% do médicos dentistas desconheciam região cabeça e pescoço que é mais comumente afetada nos casos de maus tratos a crianças e jovens.

Kirankumar et al²⁰ efetuaram um estudo de forma a verificar a perceção, atitude, conhecimento e experiência dos médicos dentistas perante maus tratos a crianças e jovens em Bagalkot, Índia. Foi aplicado um questionário e somente 47,5% profissionais tinham recebido informação, formação e treino tendo em conta o diagnóstico de casos maus tratos a crianças e jovens. Apenas houve a referenciação de 5 casos. 65% por cento responderam acertadamente que marcas de mordida podem ser consideradas como um possível indicador de maus tratos e 55% consideram que a presença de petéquias no palato podem ser sinal de abuso sexual; 64,5% consideram que a negligência na saúde e na educação são maus tratos. Cerca de metade, 49% dos inquiridos, acreditam que há correlação entre negligência dentária e negligência física e 65,5% dos profissionais consideraram que os maus tratos a crianças e jovens são uma das principais causas de mortalidade.

Sonbol et al.³⁷ efetuaram um estudo de forma a verificar o conhecimento, as experiências educacionais e atitudes perante maus tratos de médicos dentistas na Jordânia. Dos inquiridos, 34% responderam que tinham recebido formação acerca do reconhecimento e referenciação de maus tratos a crianças e jovens, sendo que 42 % destes tinham recebido formação em formações

pós-graduadas ou contínuas. Metade dos dentistas suspeitaram de pelo menos um caso de maus tratos nos últimos 5 anos, mas somente 12% referenciaram as suspeitas.

Thomas et al.³⁹ efetuaram um estudo de forma a verificar a experiência e conhecimento dos estudantes de medicina dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Michigan, nos Estados Unidos relativamente aos maus tratos a crianças e jovens. Dos inquiridos, 70,5% relataram terem tido formação sobre maus tratos a crianças e jovens; 29,3% relataram terem recebido formação acerca das características clínicas dos maus tratos. Somente 5,5 % dos inquiridos definiram corretamente maus tratos; 32,2% dos estudantes não tinham qualquer conhecimento acerca da responsabilidade legal sobre maus tratos a crianças e jovens. De referir que 82,4% não sabiam onde/como fazer a referenciação dos maus tratos.

Uldum et al.⁴² efetuaram um estudo na Dinamarca onde verificaram que, no grupo de estudo, embora 38,3% tenham relatado ter suspeitado de maus tratos, somente 33,9% destes fizeram referenciação dos mesmos.

Segundo Mouden³¹ apenas 1% dos casos de abuso infantil foram feitas por dentistas. A não referenciação por parte dos profissionais, segundo muitos autores, deve-se a muitos fatores de entre os quais a falta de formação dos profissionais acerca do assunto, o desconhecimento acerca dos procedimentos legais para a referenciação perante a lei e código deontológico, o medo de represálias por parte da família, uma possível perda de doentes após uma denúncia, receio de um diagnóstico errado, entre outros.

Vários indicadores podem indiciar que uma criança ou jovem sofreu ou esteja a sofrer de maus tratos. Ao estar atento aos “sinais e sintomas”, e tendo a devida preparação, é possível fazer um diagnóstico precoce de forma a evitar o desenrolar de situações futuras de maior gravidade. (ANEXO II).

É extremamente necessário e prudente cuidadoso e completo exame intraoral e extraoral em todos os casos de suspeita de abuso e negligência. Isto deve-se ao fato de, segundo estudos epidemiológicos, 50-70% das injúrias nas crianças maltratadas se localizarem na região orofacial,^{2,4,6,10,11,16-18,20,22,25,27,28,32,35,37,39,42,49} que vem reforçar ainda mais o papel do médico dentista na deteção e prevenção de maus tratos a crianças e jovens (ANEXO III). Um exame mais cuidado e detalhado da cavidade oral pode muitas vezes ser decisivo, e de certa forma ser um “diagnóstico diferencial” na deteção de maus tratos a crianças e jovens.

Tendo em conta doenças de foro sistémico, é necessário prestar maior atenção de forma a realizar um diagnóstico correto. Das alterações de foro sistémico como diagnóstico diferencial podemos incluir a leucemia,⁴⁸ púrpura trombocitopénica idiopática,⁴⁸ alterações na coagulação,

Osteogénese Imperfeita,^{4,10,18,48} em que as fraturas são muito comuns e a Síndrome Ehlers-Danlos,⁴⁸ que se manifesta pela presença de equimoses, bem como, com a presença de cicatrizes, de origem idiopática- devido à fragilidade cutânea). A Púrpura Henoch-Schönlein,⁴⁸ pode também ser considerada, consiste numa vasculite sistémica que muito comumente ocorre em crianças jovens, que manifesta-se como pequenas hemorragias na pele.

A cavidade oral é foco principal do abuso físico tendo em conta a importância da comunicação e da nutrição.^{4,10,18} Abusos físicos na cavidade oral podem ser provocadas por instrumentos (durante a alimentação ou por trauma), líquido ou bebidas quentes ou mesmo substâncias causticas, sendo os lábios os mais afetados. Abscessos na zona da retro-faringe bem como lesões na zona posterior da faringe podem indicar lesões inflingidas pelos cuidadores com o intuito de simular sinais e sintomas para recorrer a cuidados médicos- Síndrome de Munchausen por Procuração. Lesões equimóticas, abrasões ou lacerações com forma oval são lesões sugestivas de marcas provocadas por mordidas. O diagnóstico diferencial tem em conta a distância intercanina (ponta de cúspide de canino a canino), que caso a distância seja superior a 3,0 cm, é sugestiva de mordida humana.^{4,10,18,48} Mordidas auto-inflingidas estão limitadas à áreas acessíveis, especialmente mãos.⁴⁸

Na suspeita de abuso sexual, a deteção é dificultada tendo em conta que as lesões ou infeções visíveis são escassas. Podem estar presentes, no caso de abuso sexual, petéquias no palato assim como doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, gonorreia; condiloma acuminado; vírus herpes tipo 2, mais vulgarmente encontrado na zona genital; papiloma vírus). Para uma melhor avaliação devem ser pedidos exames de diagnóstico complementares. Leeners et al²³ que estudaram a consequência do abuso sexual nas consultas de medicina dentária constataram que 32,9%, mulheres com uma história de abuso sexual na infância e adolescência, a experiência dos maus tratos influenciaram durante as consultas de medicina dentária, 28% das mulheres com história de abuso sexual tiveram recordações das situações de abuso. Dos fatores desencadeantes incluíam: declarações como por exemplo o “sentir dor”(4,2%); estar sentada na cadeira de dentista (16,7%); tratamento sem aviso prévio (8,3%); sentimento de impotência (29,2%); o tocar na boca, cabeça, ou pescoço (12,5%), ter de manter-se imóvel durante o tratamento (8,3%) e dor (12,3%).

A negligência pode manifestar-se de diversas formas, de entre as quais se pode citar desnutrição, cabelo fino, abdómen proeminente (verminoses), unhas e roupa suja, défice no desenvolvimento (baixa estatura),¹² cáries dentárias, entre outras. A negligência dentária, devido a questões culturais, é algo controversa uma vez que grande parte dos cuidadores não tem como

prioridade a saúde oral. Estes encaram que o dente decíduo, uma vez que é temporário, não necessita de ser tratado pois sairá num futuro próximo. Esta situação pode ser muito prejudicial tendo em linha de conta que a permanência dos dentes decíduas na boca até à erupção do dente permanente é importante não só para o processo mastigatório como também para a manutenção de espaço para os dentes permanentes.

No caso de suspeita de maus tratos, a descrição do ferimento, fotografias e radiografias das estruturas envolvidas, bem como o relato do mecanismo da lesão, a história narrada por parte do cuidador e por parte da criança ou jovem devem ficar registados no prontuário clínico. O registo da observação do relacionamento entre a criança ou jovem, com pais ou cuidadores, também são importantes pois pode revelar importantes informações.⁴⁸ O registo de todos elementos servirão para uma posterior referenciação às entidades competentes acerca dos maus tratos sofridos por criança e jovens.^{10,48} A descrição registada no prontuário clínico pode ser a única documentação acerca do abuso e pode servir como uma evidência legal⁴⁸ e pode ser solicitado pelos profissionais de órgãos competentes no combate dos maus tratos a crianças e jovens, devendo portanto conter informações precisas.

Em Portugal, para poder haver intervenção dos profissionais dos serviços de saúde, a lei exige, exceto em situações de urgência que seja prestado o consentimento livre e esclarecido por parte dos pais, representante legal ou da pessoa que tem a guarda de facto, devendo os mesmos ser informados desse direito. É igualmente reconhecido o direito da criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos, a não autorizar a intervenção das entidades com competência em matéria de infância e juventude, ou das CPCJ. Não havendo situação de perigo eminente mas existindo risco que justifique acompanhamento continuado pelas equipas de saúde, e havendo oposição a esta pelos pais/cuidadores, o caso deve ser remetido à CPCJ da área de residência da criança, devendo aqueles serem informados dessa diligência. Quando, no domínio da acção das CPCJ, a oposição se mantém, a situação é remetida por aquela ao Tribunal de Família e Menores ou, na sua ausência, ao Tribunal de Comarca.¹²

Acima de tudo importante é garantir à criança e jovem a segurança e é prioridade a referenciação dos casos de maus tratos que podem salva-vidas.⁴⁸

6 - CONCLUSÃO:

Com esta revisão de literatura conclui-se que os médicos dentistas, como profissionais da área da saúde, têm um papel de extrema relevância na detecção e combate dos maus tratos a crianças e jovens, uma vez que grande parte das lesões derivadas de maus tratos se situa na cabeça e pescoço, zona esta que está diretamente ligada ao exercício de sua atividade profissional.

No entanto, pela análise bibliográfica, e tendo em conta os diversos estudos realizados, grande parte dos médicos dentistas muitas vezes não é capaz de detetar e combater os maus tratos por não receberem formação adequada sobre o tema durante o seu percurso académico. No entanto, aqueles que efetivamente possuem esse conhecimento, muita das vezes hesitam em referenciar casos por receio da reação da família da vítima ou até mesmo por não saber quais os procedimentos a serem tomados para a notificação.

Esta revisão de literatura de alguma forma veio chamar a atenção para o papel dos médicos dentistas mas sobretudo para a necessidade de uma revisão das unidades curriculares de forma a que os profissionais possam receber uma formação mais adequada que permita, aquando do seu exercício profissional, abordar os maus tratos a crianças e jovens de uma forma mais correta e capaz, evitando assim o desenvolvimento de situações que possam eventualmente levar à morte das vítimas.

7 – BIBLIOGRAFIA

- 1- Alberto, I. M. M., *Maltrato e Trauma na Infância*, 2004 citado por Varela, N. Maus-tratos e proteção social de menores: Operacionalização e Eficácia das medidas de proteção. *Dissertação de mestrado em Sociologia, Faculdade de Letras, Universidade do Porto*, 2009. 112 p. (<http://bdigital.unipiaget.cv:8080/jspui/bitstream/10964/117/1/maus%20Tratos%20e%20Protecao%20social%20de%20menores.pdf>) – acedido em 30/06/2011
- 2- Al-Jundi, S.H., Zawaideh, F.I., Al-Rawi, M.H. Jordanian dental students' knowledge and attitudes in regard to child physical abuse. *J Dent Educ.* 2010 Oct;74(10):1159-65 (PMID: 20930248 PubMed - indexed for MEDLINE) acedido em 08/07/2013
- 3- Amaro, F., “Aspetos socioculturais dos maus-tratos e negligência de crianças em Portugal”, 1986 citado por Varela, N. Maus-tratos e proteção social de menores: Operacionalização e Eficácia das medidas de proteção. *Dissertação de mestrado em Sociologia, Faculdade de Letras, Universidade do Porto*, 2009. 112 p. (<http://bdigital.unipiaget.cv:8080/jspui/bitstream/10964/117/1/maus%20Tratos%20e%20Protecao%20social%20de%20menores.pdf>) – acedido em 30/06/2011
- 4- American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect and the American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Clinical Guidelines of American Academy of Pediatrics Dentistry.* 2008-2009 30(7): 86-89 (PMID: 19216403 PubMed - indexed for MEDLINE) acedido em 25/06/2013
- 5- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima – APAV (Portugal). *Estatística APAV - Relatório Anual* 2012, 2013 (http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Totais_Nacionais_2012.pdf) – acedido em 20/08/2013
- 6- Cavalcanti, A. L. Lesões no complexo maxilofacial em vítimas de violência no ambiente escolar. *Revista da Ciência & Saúde Coletiva* 2009 14 (5):1835-1842 (<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/25.pdf>)

- 7- Clinical Guideline National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *When to suspect child maltreatment*. RCOG Press, 2009 (www.rcog.org.uk) - acedido em 08/07/2013
- 8- Comissão Nacional de Proteção de Crianças e jovens em Risco (Portugal). *Relatório Anual de Avaliação da atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens*, 2011. (<http://www.cnpcejr.pt/default.asp#2>) - acedido em 23/08/2013
- 9- Council of Europe. Council of Europe Strategy for the Rights of the Child (2012-2015) 2012 24p - acedido em 18/08/2013
- 10- Crespo, M., Andrade, D., Alves, A., Magalhães, T. O papel do médico dentista no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças. *Acta Med Port.* 2011 Dec; 24 Suppl 4 :939-48. Epub 2011 Dec 31 (PMID: 22863503 - PubMed - indexed for MEDLINE) acedido em 31/01/2013
- 11- Department of Health. (United Kingdom). Committee of Postgraduate Dental Deans and Directors (COPDEND). *Child Protection and the Dental Team Project. – Handbook*, England, 2009. (<http://www.cpd.org.uk/>) – acedido em 21/08/2013
- 12- Despacho n.º 31292/2008 - MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Diário da República*, 2.ª série N.º 236 — 5 de Dezembro de 2008: 49207-49231 (<http://dre.pt/>) acedido em 01/05/2013
- 13- Dupare, R., Kumar, P., Datta, S. S., Dupare, A. . Identifying the Dirty Secret of Child Abuse through Dentistry. *Indian Journal of Forensic Odontology*, 2012 January - March 5 (1):11-16 (http://www.rfppl.com/subscription/upload_pdf/Art%202_9f8.pdf) - acedido em 07/07/2013
- 14- Fontana, V. J.; Donovan, D.; Wong, R. J., “The maltreatment syndrome in children “, 1963 citado por Varela, N. Maus-tratos e proteção social de menores: Operacionalização e Eficácia das medidas de proteção. *Dissertação de mestrado em Sociologia, Faculdade de Letras, Universidade do Porto*, 2009. 112 p. (<http://bdigital.unipiaget.cv:8080/jspui/bitstream/10964/117/1/maus%20Tratos%20e%20Protecao%20social%20de%20menores.pdf>) – acedido em 30/06/2011

- 15- Heywood, C. Uma história da Infância. 2004. Citado por Lise, F., Motta, M. G. C. Violência doméstica infantil: abordagem da enfermagem. *Acta Scientiarum. Health Sciences* 2012 Jan.-June 34, (1), p. 53-58 (<http://www.uem.br/acta> Doi: 10.4025/actascihealthsci.v34i1.9268) - acessado em 10/02/2013
- 16- Hinchliffe J. Forensic odontology, part 5. Child abuse issues. *Br Dent J.* 2011 May 14;210(9):423-8. doi: 10.1038/sj.bdj.2011.332 (PMID: 21566612 PubMed - indexed for MEDLINE) – acessado em 11/02/2013
- 17- Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child abuse and neglect: diagnosis and management. *Dtsch Arztebl Int.* 2010 Apr;107(13):231-39; quiz 240. doi: 10.3238/arztebl.2010.0231. Epub 2010 Apr 2. Review. (PMID: 20396522 PubMed - indexed for MEDLINE) - acessado em 28/02/2013
- 18- Kellogg, N. “Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect”. *Pediatrics*, December 1 2005 116 (6):1565-1568.(PMID: 16322187 PubMed - indexed for MEDLINE - doi: 10.1542/peds.2005-2315) - acessado em 23/02/2013
- 19- Kempe, C. H.; Silverman, F. N.; Steele, B., The battered child syndrome, 1962 citado por Varela, N. Maus-tratos e proteção social de menores: Operacionalização e Eficácia das medidas de proteção. *Dissertação de mestrado em Sociologia, Faculdade de Letras, Universidade do Porto, 2009. 112 p.* (<http://bdigital.unipiaget.cv:8080/jspui/bitstream/10964/117/1/maus%20Tratos%20e%20Protecao%20social%20de%20menores.pdf>) – acessado em 30/06/2011
- 20- Kirankumar S.V., Noorani H., Shivprakash P.K, Sinha S. Medical professional perception, attitude, knowledge, and experience about child abuse and neglect in Bagalkot district of north Karnataka: A survey report. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* 2011 Jul - Sept 29 (3): 193-197 (PMID: 21985873 PubMed - indexed for MEDLINE - doi: 10.4103/0970-4388.85807) - acessado em 11/02/2013
- 21- Krug, E.G. et al. World report on violence and health. 2002 . citado por Pietrantonio, A. M., et al. Mandatory reporting of child abuse and neglect: Crafting a positive process for health professionals and caregivers. *Child Abuse & Neglect* Volume 37, Issues 2–3, Feb–Mar 2013, 102–109 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213412002670>), acessado em 30/06/2013.

- 22- Laud A., Gizani S., Maragkou S., Welbury R., Papagiannoulis, L.. Child protection training, experience, and personal views of dentists in the prefecture of Attica, Greece. *Int J Paediatr Dent*. 2013 Jan;23(1):64-71. doi: 10.1111/j.1365-263X.2012.01225.x. Epub 2012 Mar 16. (PMID: 22429739 - PubMed - in process) - acedido em 07/07/2013
- 23- Leeners, Stiller, R. , Block, E., Gorres, G., I, Bruno, Rath, Werner. *Journal of Psychosomatic Research* 2007 62:581– 588 PMID: 17467413 [PubMed - indexed for MEDLINE] – acedido em 12/03/2013
- 24- Lei n.º 147/99 - de 1 de Setembro - Lei de protecção de crianças e jovens em perigo – *Diário da República* — I SÉRIE-A N.º 204 — 1-9-1999 : 6115-6132 (<http://dre.pt/>) acedido em 29/06/2013
- 25- Magalhães, T., *Abuso de crianças e jovens: da suspeita ao diagnóstico*, Lidel Editora, Lisboa, 2010.
- 26- Magalhães, T., *Maus tratos em crianças e jovens*, Quarteto Editora, Coimbra, 2005.
- 27- Manea, S., Favero, G. A. , Stellini, E, Romoli, ., L. , Mazzucato, M., Facchin, P. Dentists' Perceptions, Attitudes, Knowledge, and Experience about Child Abuse and Neglect in Northeast Italy. *J Clin Pediatr Dent* 32(1): 19–26, 2007 – acedido em 12/03/2013
- 28- Massoni, A. C. L. T.; Ferreira, A.M.B.; Aragão, A. K. R.; Menezes, V.A. , Colares, V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Revista da Ciência & Saúde Coletiva* 2010 15 (2):403-410 (<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a16.pdf>) - acedido em 12/03/2013
- 29- Ministério da Saúde (Portugal). Direção Geral de Saúde. *Maus tratos em crianças e jovens - Intervenção da Saúde . Documento técnico*, 2008. – acedido em 21/02/2013
- 30- Ministério da Saúde (Portugal). Direção Geral de Saúde. *Maus tratos em crianças e jovens – Guia Prático de Abordagem, diagnóstico e intervenção*. Ação de Saúde para crianças e jovens em risco, 2011. (www.dgs.pt) - acedido em 01/02/2013

- 31- Mouden LD, Bross D. Legal issues affecting dentistry's role in preventing child abuse and neglect. 1995 citado por Morin, A. A. Mandatory CE for our children? Would a required course increase reporting of child abuse? *Registered Dental Hygienist* 2010 Sep 30(9):56-68 (<http://www.rdhmag.com/articles/print/volume-30/issue-9.html>) acessado em 08/07/2013
- 32- Naidoo, S. "A profile of de oro-facial injuries in child physical abuse at a children`s hospital." *Child Abuse & Neglect* 2000 24 (4) : 521–534 (PMID: 10798841 PubMed - indexed for MEDLINE) acessado 25/06/2013
- 33- Norman R.E., Byambaa M., De R, Butchart A., Scott, J., Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2012;9(11):e1001349. doi: 10.1371/journal.pmed.1001349. Epub 2012 Nov 27. (PMID: 23209385 PubMed - indexed for MEDLINE)- acessado em 30/06/2013
- 34- Parlamento e Conselho Europeu. Decisão nº 779/2007/CE de 20 de Junho de 2007. Jornal Oficial da União Europeia L 173/21 3.7.2007 – (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:173:0019:0026:PT:PDF>) acessado em 18/08/2013
- 35- Sanger, R. G., Bross, D. C. *Clinical management of child abuse and neglect*. Quintessence books, Chicago, 1984
- 36- Soares, N., "Outras infâncias... a situação das crianças atendidas numa Comissão de Protecção de Menores", 1998 citado por Varela, N. Maus-tratos e proteção social de menores: Operacionalização e Eficácia das medidas de proteção. *Dissertação de mestrado em Sociologia, Faculdade de Letras, Universidade do Porto*, 2009. 112 p. (<http://bdigital.unipiaget.cv:8080/jspui/bitstream/10964/117/1/maus%20Tratos%20e%20Protecao%20social%20de%20menores.pdf>) – acessado em 30/06/2011
- 37- Sonbol, H. N., Abu-Ghazaleh, S., Rajab, L. D. , Baqain, Z. H. , Saman , R. , Al-Bitar, Z. B. Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *Eur J Dent Educ* 2012 16:158–165 - acessado em 11/02/2013

- 38- Tardieu, A., Étude médico-legale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants, 1896 citado por Varela, N. Maus-tratos e proteção social de menores: Operacionalização e Eficácia das medidas de proteção. *Dissertação de mestrado em Sociologia, Faculdade de Letras, Universidade do Porto*, 2009. 112 p. (<http://bdigital.unipiaget.cv:8080/jspui/bitstream/10964/117/1/maus%20Tratos%20e%20Protecao%20social%20de%20menores.pdf>) – acedido em 30/06/2011
- 39- Thomas, J. E., Straffon, L. & Inglehart, M. R.. “Child Abuse and Neglect: Dental and Dental Hygiene Students’ Educational Experiences and Knowledge”. *J Dent Educ.* 2006 May; 70 (5): 558-6570 (PMID: 16687641 PubMed - indexed for MEDLINE) - acedido em 08/07/2013
- 40- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children’s Bureau. (2012). *Child Maltreatment 2011.* (<http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>) - acedido em 31/01/2013
- 41- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children’s Bureau, 2011. *The CAPTA Reauthorization Act of 2010* (<https://www.childwelfare.gov/>)- acedido em 31/01/2013
- 42- Uldum, B., Christensen, H. N., Welbury R. & Poulsen S.. “Danish dentists’ and dental hygienists’ knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect”. *Int J Paediatr Dent.* 2010 Sep 1; 20 (5):361-5. doi: 10.1111/j.1365-263X.2010.01070.x. Epub 2010 Jul 18 (PMID: 20642464 PubMed - indexed for MEDLINE) -acedido em 07/07/2013
- 43- Varela, N. “Maus-tratos e proteção social de menores: Operacionalização e Eficácia das medidas de proteção”. *Dissertação de mestrado em Sociologia, Faculdade de Letras, Universidade do Porto*, 2009. 112 p. (<http://bdigital.unipiaget.cv:8080/jspui/bitstream/10964/117/1/maus%20Tratos%20e%20Protecao%20social%20de%20menores.pdf>) - acedido em 30/06/2011

- 44- Waters et al. The economic dimensions of interpersonal violence. 2004 citado Pietrantonio, A. M., et al. Mandatory reporting of child abuse and neglect: Crafting a positive process for health professionals and caregivers. *Child Abuse & Neglect* Volume 37, Issues 2–3, Fev–Mar 2013, 102–109 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213412002670>), acessado em 30/06/2013.
- 45- World Health Organization (WHO), International Society for Prevention of Child Abuse (ISPCAN). *Preventing child maltreatment: a guide to taking and generating evidence*, Geneva, 2006. (www.who.org) - acessado em 29/06/2013
- 46- World Health Organization (WHO). *World report on violence and health*, Geneva, 2002 (www.who.org) - acessado em 18/8/2013
- 47- World Health Organization (WHO). *International Classification of Diseases, 10th Revision*, (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>) - acessado em 26/06/2013
- 48- Dubowitz, H. ; Bennett, S. Physical abuse and neglect of children. *Lancet* 2007; 369: 1891–99 - (PMID: 17544770 [PubMed - indexed for MEDLINE]) - acessado em 12/03/2013
- 49- Rai, S.; Kaur, M., Kaur, S. Dental Perspective: Recognition and Response to Child Abuse and Neglect in Indian Setting. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*, January-March 2011;23(1):57-60 (http://www.jaypeejournals.com/eJournals/ShowText.aspx?ID=1055&Type=FREE&TYPE=TOP&IN=_eJournals/images/JPLOGO.gif&IID=91&isPDF=YES) - acessado em 07/07/2013
- 50- http://en.wikipedia.org/wiki/Auguste_Ambroise_Tardieu
- 51- <http://www.kempe.org/>

8 - ANEXOS

ANEXO I

Características da criança/jovem; pais/cuidadores e do sistema familiar que podem potenciar contextos de risco a maus tratos de crianças e jovens

(Adaptação Despacho nº 31292/2008, de 20 de Novembro-Ministério da Saúde) ¹²

<p>Características Criança / jovem</p>	<p>Expectativas /percepções dos cuidadores sobre a criança/jovem</p>	<p>Características sistema familiar</p>
<p>Vulnerabilidades particulares no que respeita à idade e necessidades;</p> <p>Traços de personalidade e temperamento que conflituem com as expectativas dos pais/responsáveis;</p> <p>Prematuridade e baixo peso ao nascer (mais frágeis, menos alerta, mais difíceis de calar);</p> <p>Crianças com handicap e portadoras de necessidades de saúde especiais;</p> <p>Sexo da criança ou jovem (em particular, quando não corresponde às expectativas familiares)</p>	<p>Perturbações no processo de vinculação com a criança/jovem;</p> <p>Abuso de substâncias, nomeadamente, alcoolismo e toxicodependências;</p> <p>Perturbação da saúde mental ou física (diversos handicaps);</p> <p>Antecedentes de comportamento desviante;</p> <p>Dificuldade em lidar com as frustrações, vulnerabilidade ao stresse, baixa autoestima e perturbações emocionais e défice de autocontrolo, personalidade imatura e impulsiva;</p> <p>Antecedentes de vivência pessoal de maus tratos;</p> <p>Parentalidade em idade muito jovem;</p> <p>Gravidezes muito próximas e ou gravidezes não vigiadas;</p> <p>Inexperiência e falta de conhecimentos básicos sobre o processo de desenvolvimento da criança;</p> <p>Padrões de vida que dificultem ou comprometam o exercício da parentalidade.</p>	<p>Vinculação insegura, problemas de comunicação e ou deficit no exercício das responsabilidades parentais;</p> <p>Existência de elementos da família com vulnerabilidades particulares – situação de dependência, exclusão social, desemprego, precariedade laboral, alcoolismo e outras toxicodependências, doença mental, crianças com deficiência ou doença crónica, etc.;</p> <p>Défice de apoio social, económico e psicológico ou agregados pouco permeáveis à intervenção, quando desejável;</p> <p>Fragilidade estrutural e disfuncionalidades na dinâmica familiar – relações instáveis, famílias numerosas em contextos desfavoráveis, violência doméstica, gravidez não desejada, fratria de origem diversa, mudança frequente de residência, migração, episódios de crise como morte, detenção, separação ou divórcio;</p> <p>Crianças e jovens desprovidas de meio familiar e que, por decisão negociada (CPCJ) ou decisão judicial, se encontram institucionalizadas;</p> <p>Vivências escolares pautadas por diversas formas de violência, nomeadamente o bullying.</p>

ANEXO II

SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADO MAUS TRATOS QUE PODEM AUXILIAR MÉDICOS DENTISTAS DETECÇÃO MAUS TRATOS CRIANÇAS JOVENS

(Adaptação Despacho nº 31292/2008, de 20 de Novembro-Ministério da Saúde)¹²

História

Passado de abuso ou violência familiar.
 Exposição a violência familiar, pornografia, abuso de álcool e drogas.
 Pais abusados em criança.
 Isolamento e ausência de rede social de suporte.
 Oprimir, humilhar e ou aterrorizar.
 Doença mental (ex. depressão pós -parto).
 Disciplina inconsistente ou desadequada.
 Fatores de *stress* social graves.
 Demora no recurso aos cuidados.
 História de lesões repetidas.
 Justificação inconsistente com as lesões.
 Promover dependência excessiva na criança.
 Recusa ativa 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;
- Múltiplas lesões, especialmente de diferentes estádios de evolução:
 equimoses, vergões na pele, cortes, abrasões, etc.
- 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);
- Lesões em diferentes localizações, não sendo localização própria de lesão acidental.;
- Lesões desenhando marcas de objetos (por exemplo, marcas de fivela, corda ou régua);
- Queimaduras, em particular se com distribuição anormal (padrão «luva e meia» ou formato de objecto identificável - provocadas por ponta de cigarro, ferro de engomar ou sugestivas de imersão forçada em água quente).
- Alopecia traumática;
- Infecções de transmissão sexual (na cavidade oral: gonorreia, condiloma acuminado; herpes simples tipo 2).
- Doença crónica sem cuidados adequados;
- Cabelo fino;
- Abdómen proeminente;
- Mãos e pés avermelhados;
- Equimoses e ou petéquias na mucosa oral e ou lacerações dos freios labiais.
- Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas no corpo ou na roupa da criança/jovem;
- Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consecutivas a exposições climáticas adversas;
- Obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar;

Sinais comportamentais e de desenvolvimento

- Atrasos 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).
- Tristeza e medo.
- Comportamentos de desafio.
- Desvinculação da família.
- Abuso de substâncias.
- Comportamentos de automutilação.
- Comportamentos sexualizados.
- Comportamento excessivamente responsável.

ANEXO III

TIPOS DE LESÕES OROFACIAIS

(Fonte: Crespo, M. et al, O papel do médico dentista , Acta Med Port. 2011; 24(S4):939-948) ¹⁰

LOCALIZAÇÃO LESÕES	TIPOS DE LESÕES OROFACIAIS
Lábios	Escoriações, equimoses, lacerações, queimaduras, Doenças Sexualmente Transmissíveis
Mucosa gengival Mucosa jugal	Abrasões, lacerações, queimaduras, petéquias, Doenças Sexualmente Transmissíveis
Língua	Mordedura, queimaduras, Doenças Sexualmente Transmissíveis
Freio labial e lingual	Lacerações, equimoses
Palato	Sufusões, lacerações, queimaduras, petéquias
Dentes	Luxação, avulsão, fratura, intrusão, necrose
Ossos face e mandíbula	Fracturas; fissuras