

Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL

ISSN 2359-3466

<http://www.portalabol.com.br/rbol>



Odontologia Legal

IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL INFANTIL – REVISÃO DE LITERATURA

Importance of the dentist in the diagnosis of child sexual abuse – a review

Milena Arantes ALVES¹, Bianca Andrade da FONSECA¹, Thais Rodrigues Campos SOARES², Adilis Kalina Alexandria de FRANÇA³, Rosany Nascimento de AZEVEDO⁴, Rachel Lima Ribeiro TINOCO⁵.

1. Acadêmica da Faculdade de Odontologia, Universidade Salgado de Oliveira, Niterói-RJ, Brasil.
2. Mestre e Doutoranda em Odontopediatria (UFRJ), Professora de Odontopediatria, Faculdade de Odontologia, Universidade Salgado de Oliveira, Niterói-RJ, Brasil.
3. Doutora em Odontopediatria (UFRJ), Professora de Odontopediatria, Faculdade de Odontologia, Universidade Salgado de Oliveira, Niterói-RJ, Brasil.
4. Mestre em Ortodontia (FSLM), Professora de Ortodontia, Faculdade de Odontologia, Universidade Salgado de Oliveira, Niterói-RJ, Brasil.
5. Mestre em Odontologia Legal e Deontologia (FOP/UNICAMP), Doutoranda em Arqueologia (MN/UFRJ), Professora de Odontologia Legal e Deontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Salgado de Oliveira, Niterói-RJ, Brasil.

Informação sobre o artigo

Recebido: 26 Jun 2016

Aceito em: 19 Jul 2016

Autor para correspondência

Rachel Lima Ribeiro Tinoco
Fac. de Odontologia, Universidade Salgado de Oliveira
Rua Marechal Deodoro, 263, Centro, Niterói/RJ, Brasil –
CEP: 24030-060
Email: rachelrtinoco@gmail.com.

RESUMO

Introdução: É dever do cirurgião-dentista ser capaz de identificar lesões provenientes de abuso sexual infantil, uma vez que grande parte das mesmas ocorrem nos campos de trabalho deste profissional. **Objetivos:** O presente trabalho visa, por meio de revisão da literatura, apontar o papel do dentista ao se deparar com lesões provenientes de abuso sexual infantil. **Material e método:** Informações provenientes de legislação e literatura especializada nacional, relativas ao tema, foram compiladas. Visto que, em sua graduação, os cirurgiões-dentistas recebem pouca ou nenhuma base referente às principais manifestações físicas e psicológicas em situações de abuso sexual, muitos acabam por não conseguirem diagnosticar e, conseqüentemente, não cumprem seu papel de notificar casos suspeitos, seja por medo ou por desconhecer sua obrigação diante deste tipo de violência. **Resultados e conclusão:** É necessário que profissionais da Odontologia sejam conscientizados durante sua graduação, para que, depois de formados, não sejam omissos. Portanto, é de extrema importância que o tema passe a compor o plano de ensino de todas as instituições, especialmente nas disciplinas de Odontologia Legal e Odontopediatria.

PALAVRAS-CHAVE

Odontologia Legal; Abuso Sexual na Infância; Lesões; Notificação de Abuso; Responsabilidade Social.

INTRODUÇÃO

O abuso sexual infantil é um problema social que acomete vários locais, independentemente de classe, etnia, e nível educacional, e, muitas vezes, não é diagnosticado e notificado por falta de conhecimento tanto relacionado à amplitude do problema quanto ao desconhecimento das pessoas que convivem com estas crianças, o que faz com que os números não condigam com a realidade¹. O cirurgião-dentista, especialmente o odontopediatra, encontra-se em uma posição privilegiada frente a esse problema, por ser esse profissional quem tem um contato estreito e precoce, que vai acompanhar por toda a infância e adolescência^{2,3}, adicionado ao fato de serem as regiões de cabeça e pescoço as mais atingidas quando relacionadas à violência infantil⁴⁻⁶.

Sendo assim, o nível de conhecimento do cirurgião-dentista torna-se imprescindível no que diz respeito ao abuso sexual infantil, tanto no diagnóstico, quanto nas notificações⁷.

REVISÃO DE LITERATURA

As violências contra crianças, apesar dos números oficiais de estatísticas serem altos, em sua maioria, não condizem com a realidade, pois muitos casos não são notificados. A cada caso notificado, pelo menos dois não são registrados, e o número é ainda maior no Brasil: para cada caso, dez a vinte não são registrados⁸.

O abuso infantil é um problema social frequente, que é independente de classe social, religião ou cultura, e pode acarretar na vítima danos sexuais, psicológicos e sociais⁹⁻¹¹.

Tem-se por abuso sexual infantil qualquer ato no qual a criança ou adolescente seja usado para a estimulação sexual do perpetrador, sendo este de estágio psicosssexual mais avançado de desenvolvimento. Os atos ou práticas podem incluir contatos físicos ou não, sendo esses toques, carícias, beijos na boca, exibicionismos, sexo oral ou que incluam penetrações com digital ou genital, levar as crianças a presenciar práticas, leituras ou conversas obscenas, e usá-las em pornografia gravadas ou fotografadas^{9,10,12}.

O abuso sexual pode atingir pessoas de várias idades e de ambos os sexos, porém a prevalência se dá em crianças e adolescentes do sexo feminino, sendo vitimados antes dos 18 anos, uma a cada quatro meninas, e um a cada dez meninos¹². O abuso sexual infantil geralmente se inicia entre os 2 e 5 anos, e, em sua grande maioria, é caracterizado pela progressão dos atos, que vão desde carícias a relações sexuais à medida em que as crianças se desenvolvem e, em geral, as vítimas não consentem, buscam evitar ou mostram falta de compreensão do ocorrido¹².

Os indicadores de abusos podem ser variados e vão desde sinais físicos, a emocionais e comportamentais; por vezes, esses sinais podem não estar claros, mas, quando presentes, levantam suspeitas de riscos relacionados à criança⁹.

Grande parte das lesões físicas estão situadas na região de cabeça e pescoço, variando de 40 a 60%, e aproximadamente metade das crianças vítimas de abuso sexual podem apresentar lesões na cavidade oral independente de ter

lesões em seus órgãos genitais, o que mostra a grande importância dos cirurgiões-dentistas estarem atentos em seus exames. Dentre os sinais claros que podem ser encontrados e devem gerar suspeitas estão principalmente os relacionados a doenças sexualmente transmissíveis, laceração de freios labiais e linguais – principalmente em crianças com idade entre 1,5 e 8 anos – e marcas de mordidas juntamente com equimoses de sucção no pescoço, todos especificados na Tabela 1^{1,3,4,9,13,14}.

Tratando-se dos sinais psicológicos em uma criança que sofre de abusos sexuais, estão, principalmente, os problemas relacionados à sexualidade, problemas emocionais – medo, raiva, ansiedade, depressão, angústia – e sociais – baixa autoestima, desconfiança dos adultos, isolamento –, além de mentiras compulsivas e redução no rendimento escolar (Tabela 1)^{9,12}.

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

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

Os agressores geralmente são do sexo masculino e possuem algum vínculo afetivo com a vítima, podendo ser pai, irmão, tio, primo, amigo próximo da família, padrasto, e outros que possuam a confiança da criança^{12,13}.

Fatores de risco para um perfil agressor incluem características como agressividade, baixa autoestima, desigualdade social, desemprego, alcoolismo, uso de drogas, história de abuso, pais adolescentes, companheiros que não sejam pais biológicos da criança, rupturas da estrutura familiar, problemas psiquiátricos e possessividade. Contudo,

esses fatores não podem ser considerados como a causa principal das agressões, uma vez que muitos pedófilos são descritos como trabalhadores e têm zelo por sua família^{9,12,13,15}.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90¹⁶, traz, em seu artigo 245, a previsão de sanção para o profissional que não cumprir sua obrigação de notificar, como se lê no referido artigo:

Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento,

envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Entretanto, alguns motivos ainda fazem com que profissionais da área da saúde permaneçam omissos diante desses casos, seja por medo ou por falta de conhecimentos e informações dos indícios e das obrigações de notificação, sendo o mesmo Estatuto, em seu artigo 13, claro no que diz respeito à obrigação de notificação: "Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais". Considerando, ainda, a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, emitida pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 204/2016¹⁷ incluindo violência sexual com necessidade de notificação imediata, em seu item 48, vê-se a importância dos profissionais da saúde conhecerem sinais destes casos e sua obrigatoriedade de comunicá-los^{16,18}.

Como afirmam Perez *et al.* (2008)¹⁹, "Diante da legislação vigente, fica claro que é dever de qualquer cidadão, dentre os quais o cirurgião-dentista, denunciar qualquer suspeita ou constatação de lesões em paciente menor de idade". Alguns lugares do mundo, já veem a necessidade dos cirurgiões-dentistas, especialmente odontopediatras, serem aptos a diagnosticar abusos infantis, devido ao fato de os médicos pediatras receberem pouco treinamento no que diz respeito à

cavidade oral. Os Estados Unidos, vendo-se diante desta necessidade, incluiu, em seu currículo de graduação em Odontologia, o abuso infantil como conteúdo programático³.

Quando se encontrar frente a algum tipo de lesão de natureza suspeita, é dever do dentista fazer uma anamnese e exames físico/clínico detalhados, descrevendo as lesões detalhadamente e buscando informações com a vítima e com seus pais, confrontando estas para verificar qualquer tipo de divergências entre as mesmas¹³. O problema aqui abordado, portanto, exige do profissional não só uma boa capacidade de diagnóstico de patologias, bem como capacitação adequada para interpretação de linguagem emocional, adaptação de comunicação de acordo com a idade da criança, dentre outros aspectos e metodologias estudadas pela psicologia infantil^{20,21}.

Conforme pesquisas realizadas por Serpa e Ramos (2011)¹ e Garcia *et al.* (2008)⁴, a maioria dos cirurgiões-dentistas ou estudantes de Odontologia dizem ter conhecimento de sinais de abusos sexuais, porém as lesões e injúrias decorrentes deste ato foram pouco citadas, o que pode acarretar no não diagnóstico e conseqüentemente na falta de notificação. Este resultado, em sua maioria, decorre da formação acadêmica deficiente, em que muitos profissionais relatam não terem recebido informações durante a graduação e, quando recebem, somente ocorre na disciplina de Odontologia Legal, vendo a necessidade do tema ser melhor abordado no currículo^{18,22,23}.

DISCUSSÃO

Segundo Menoli *et al.* (2007)¹³, a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência registrou, em 2005, somente no Estado do Rio de Janeiro, 269 casos e, conforme noticiado em jornal local, foram registrados 465 casos em 30 meses, também levando em consideração somente o Estado do Rio de Janeiro. Concordando com Pascolat⁸ e Alves³, o referido autor cita que, a cada 20 casos de violência contra crianças, somente um é registrado.

Quanto à idade e sexo das crianças vitimadas, Menoli *et al.* (2007)¹³ descreveram que as meninas representam mais da metade dos casos de maus tratos e que a grande maioria dos abusos ocorre antes dos 3 anos, e que grande parte se dá nos primeiros 5 anos, concordando com o citado por Habigzang *et al.* (2005)¹².

Grande parte dos cirurgiões-dentistas não sabem quais partes do corpo que mais atingem as crianças e adolescentes quando se trata de violência. Em sua pesquisa, Josgrilberg *et al.* (2008)², constatou que somente 20,9% sabiam que a região mais atingida era cabeça e pescoço, e, não diferente, a maioria também não sabia identificar as principais manifestações do abuso sexual infantil.

No Código de Ética Odontológica²⁴, não consta a obrigatoriedade específica do cirurgião-dentista em denunciar suspeitas de abusos sexuais contra crianças e adolescentes, diferentemente da Lei 8.069¹⁶, porém, no artigo 4, inciso V, consta como dever fundamental do cirurgião-dentista "zelar pela saúde e pela dignidade do paciente", e, no

artigo 10, inciso I, tem-se "revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão", caracterizando-se como justa causa "colaboração com a justiça nos casos previstos em lei", o que fecha o ciclo para fixar tal obrigatoriedade, ao combinarmos a Resolução CFO 118/12 com a Lei 8.069/90.

De acordo com Gomes *et al.* (2011)²⁵, 91,2% dos cirurgiões-dentistas pesquisados afirmavam ser de responsabilidade do profissional identificar e notificar casos suspeitos. Da mesma forma, concordando com Matos *et al.* (2013)¹⁸ e Josgrilberg *et al.* (2008)², vê-se o quão é importante o papel do cirurgião-dentista, apesar de não constar de forma explícita em seu Código de Ética²⁴, embora conste no mesmo o dever de "zelar pela saúde e pela dignidade do paciente" e a previsão de "colaboração com a justiça nos casos previstos em lei".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, assim, que as bases dadas durante a graduação, quanto ao abuso sexual infantil, não são suficientes, pois muitos cirurgiões-dentistas afirmam reconhecer sinais de abusos, porém lesões sexualmente transmissíveis não foram citadas em muitas pesquisas realizadas com esses profissionais. Com isso, muitas denúncias não são realizadas; além da omissão, tem-se ainda o agravante da falta de informações e, como grande parte dessas lesões acomete a região de cabeça e pescoço, consegue-se perceber um dos motivos que levam as estatísticas a não coincidirem com o número tomado como real de crianças abusadas sexualmente.

Faz-se imperativo, portanto, o ajuste do projeto pedagógico de instituições de ensino da Odontologia, para que todo cirurgião-dentista seja capaz de detectar sinais e notificar casos suspeitos.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem imensamente ao Professor José Mocarzel Filho pelo apoio e sugestões durante o desenvolvimento deste trabalho, e ao Professor Doutor Mário Marques Fernandes, por suas valiosas sugestões durante a finalização do presente artigo.

ABSTRACT

Introduction: All dentists must be able to diagnose lesions from child sexual abuse, once many of them occur in the working fields of this professional. Objectives: This study aims, through literature review, to point out the role of the dentist when faced with injuries from child sexual abuse. Method: Information from legislation and national literature on the subject was compiled. Since at her graduation, dentists receive little or no basis concerning the main physical and psychological manifestations in sexual abuse situation, and many end up failing to diagnose and therefore do not fulfill their role to notify suspected cases, either by fear or by ignoring its obligation on this type of violence. Results and conclusion: Dental professionals must be prepared during dental school, so as not to fail after graduation. Therefore, it is of utmost importance that the issue become part of the teaching plan of all institutions, especially in the disciplines of forensic dentistry and pediatric dentistry.

KEYWORDS

Forensic Dentistry; Child Sexual Abuse; Dentists; Injuries; Mandatory Reporting; Social Responsibility.

REFERÊNCIAS

1. Serpa EM, Ramos AAS. Percepção dos maus tratos infantis pelos estudantes de Odontologia da UFPB. *Int J Dent*. 2011; 10(4): 234-41.
2. Josgrillberg EB, Carvalho FG, Guimarães MS, Pansani CA. Maus-tratos em crianças: a percepção do aluno de Odontologia. *Odontol Clín Cient*. 2008; 7(1): 35-8.
3. Alves PM, Cavalcanti AL. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico. Uma revisão da literatura. *Publ UEPG Biol Health Sci*. 2003; 9 (3/4): 29-35.
4. Garcia AFG, Menezes VA, Silva PFRM. Maus-tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. *Rev Odonto Ciênc*. 2008; 23(1): 35-9.
5. Garrocho-Rangel A, Márquez-Preciado R, Olgún-Vivar AI, Ruiz-Rodríguez S, Pozos-Guillén A. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *J Clin Exp Dent*. 2015; 7(3): e428-34. <http://dx.doi.org/10.4317/jced.52301>.
6. Mathur S, Chopra R. Combating child abuse: the role of a dentist. *Oral Health Prev Dent*. 2013; 11(3): 243-50. <http://dx.doi.org/10.3290/j.ohpd.a29357>.
7. Souza KC, Decurcio RA, Veloso HHP. Avaliação do nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre maus tratos infantis. *Rev Odontol Bras Central*. 2010; 18(48): 67-70.
8. Pascolat G, Santos CFL, Campos ECR, Valdez LCO, Busato D, Marinho DH. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *J Pediatr*. 2001; 77(1):

- 35-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572001000100010>.
9. Crespo M, Andrade D, Alves ALS, Magalhães T. O papel do médico dentista no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças. *Acta Med Port.* 2011; 24(S4): 939-48.
 10. Figueiredo PMV, Cunha CG, Trindade CR, Alves JA, Cabral PTL, Silva RC. Abuso sexual infantil intrafamiliar: Consequências emocionais e comportamentais nas vítimas. *Rev Presença.* 2015; 1(1): 70-87.
 11. Mathews B, Collin-Vézina D. Child sexual abuse: Raising awareness and empathy is essential to promote new public health responses. *J Public Health Policy.* 2016. <http://dx.doi.org/10.1057/jphp.2016.21>.
 12. Habigzang LF, Koller SH, Azevedo GA, Machado PX. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. *Psic Teor e Pesq.* 2005; 21(3): 341-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722005000300011>.
 13. Menoli AP, Felipetti F, Golff F, Ludwig D. Manifestações bucais de maus-tratos físicos e sexuais em crianças - conduta do cirurgião-dentista. *Varia Scientia.* 2007; 7(14): 11-22.
 14. Percinoto AC, Danelon M, Crivelini MM, Cunha RF, Percinoto C1. Condyloma acuminata in the tongue and palate of a sexually abused child: a case report. *BMC Res Notes.* 2014; 7: 467. <http://dx.doi.org/10.1186/1756-0500-7-467>.
 15. Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: Revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde.* 2005; 12(1): 42-9.
 16. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 3 de junho de 2016.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em <http://www.ebserh.gov.br/documents/222346/1207905/portaria204-17-fevereiro-2016+DNC.pdf/8873ac5f-8e2c-42d9-bcfeb-d78a2376aed6>. Acesso em 17 de julho de 2016.
 18. Matos FZ, Borges AH, Mamede Neto I, Rezende CD, Silva KL, Pedro FLM. Avaliação do conhecimento dos alunos de graduação em odontologia x cirurgião dentista no diagnóstico de maus-tratos a crianças. *Rev Odontol Bras Central.* 2013; 22(63): 153-7.
 19. Peres AS, Silva RHA, Júnior CL, Carvalho SPM. Odontologia e o desafio na identificação de maus-tratos. *Odontol Clín Cient.* 2008; 7(3): 185-9.
 20. Fontes LA, Tishelman AC. Language competence in forensic interviews for suspected child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2016; 58: 51-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.06.014>.
 21. Katz C, Paddon MJ, Barnett Z. Emotional Language Used by Victims of Alleged Sexual Abuse During Forensic Investigation. *J Child Sex Abus.* 2016; 25(3): 243-61. <http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2016.1137666>.
 22. Cavalcanti AL, Martins VM. Percepções e conhecimentos de médicos pediatras e cirurgiões-dentistas sobre maus-tratos infantis. *R Bras Ci Saúde.* 2009; 13(3): 41-8.
 23. Ivanoff CS, Hottel TL. Comprehensive training in suspected child abuse and neglect for dental students: a hybrid

- curriculum. *J Dent Educ.* 2013; 77(6): 695-705.
24. Conselho Federal de Odontologia. Resolução n. 118, de 11 de maio de 2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. Rio de Janeiro. Disponível em http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf. Acesso em 3 de junho de 2016.
25. Gomes LS, Pinto TSA, Costa EMMB, Ferreira JMS, Cavalcanti SALB, Garcia AFG. Percepção de acadêmicos de odontologia sobre maus-tratos na infância. *Odontol Clín Cient.* 2011; 10(1): 73-8.