

Revista Saúde.Com

ISSN 1809-0761

<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc>

IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO DIAGNÓSTICO DE MANIFESTAÇÕES OROFACIAIS VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL – REVISÃO DE LITERATURA

IMPORTANCE OF THE DENTIST IN THE DIAGNOSIS OF OROFACIAL MANIFESTATIONS OF CHILD SEXUAL VIOLENCE – LITERATURE REVIEW

Taina Fabiana Araújo da Silva, Maria Vitória Carvalho de Araújo Oliveira, Juliana Andrade de Lacerda, Denis Damião Costa

Faculdade Mauricio de Nassau

Abstract

The identification of orofacial manifestations resulting from child sexual violence is part of the dental surgeon's field of activity, since the lesions can affect the head and neck regions. The objective of this study was to review the literature regarding the main oral manifestations suggestive of aggression and sexually transmitted infections (STIs), as well as the legal aspects related to sexually violated minors. The information came from current legislation and specialized national and international literature related to the topic, searched in the SciELO, PubMed and LILACS databases. Laceration of the labial and/or lingual frenulum, bite marks and sucking bruises on the neck are dental findings suggestive of sexual assault. The occurrence of STIs, such as candidiasis, gonorrhea, syphilis, condyloma acuminata, herpes and HIV/AIDS may be related to sexual intercourse in children. The appropriate positioning of dental management in the face of identifying and reporting cases of aggression must be empowered, through the development of technical and human skills in professional training, as this is a subject with a complex, delicate and highly complex context. significant social and health impact on the individual.

Keywords: Child Abuse, Sexual. Mandatory Reporting. Forensic Dentistry.

Resumo

A identificação de manifestações orofaciais provenientes de violência sexual infantil faz parte do campo de atuação do cirurgião-dentista, uma vez que as lesões podem acometer as regiões de cabeça e pescoço. O objetivo desse estudo foi revisar a literatura a respeito dos principais manifestações orais sugestivas de agressão e das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), assim como dos aspectos legais relacionados a menores violentados sexualmente. As informações foram oriundas da legislação vigente e literatura especializada nacional e internacional relativas ao tema, pesquisadas nas bases de dados SciELO, PubMed e LILACS. Laceração dos freios labial e/ou lingual, marcas de mordidas e equimoses de sucção no pescoço são achados odontológicos sugestivos de agressões sexuais. A ocorrência de ISTs, como candidíase, gonorreia, sífilis, condiloma acuminado, herpes e HIV/AIDS podem estar relacionadas ao ato sexual em crianças. O adequada posicionamento do cirurgião-dentista frente a identificação e a denúncia dos casos de agressão deve ser empoderado, por meio do desenvolvimento de competências técnicas e humanas na formação do profissional, já que trata-se de uma assunto de contexto complexo, delicado e de grande impacto social e na saúde do indivíduo.

Palavras-chave: Abuso Sexual na Infância. Notificação de Abuso. Odontologia Legal.

Introdução

Entende-se por violência sexual infantil todo ato usado para incitação sexual contra menores de 12 anos de idade. Este tipo de violência é frequentemente praticada por indivíduos, em sua maioria homens, que possuem laços afetivos e de confiança com a criança, como pai, padrasto, irmão, primo, tio e amigos da família. As lesões decorrentes da agressão muitas vezes são passíveis de identificação pelo Cirurgião-Dentista (CD), como as que afetam face, cavidade oral, cabeça e pescoço¹.

As vítimas de violência sexual infantil podem apresentar lesões na cavidade oral independente do aparecimento de lesões na região genital. Dentre os sinais físicos de agressão sexual, destacam-se as manifestações das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), como por exemplo: gonorreia, sífilis, condiloma acuminado, petéquias palatinas e herpes tipo II. Observam-se também lacerações de freios labial e lingual, marcas de mordidas e equimoses de sucção no pescoço².

Dentre os aspectos de origem psicológica que podem ser observados pelo Cirurgião-Dentista em criança vítima de violência sexual, destacam-se os transtornos psíquicos como medo, ansiedade, raiva, angústia, depressão, isolamento, mentiras compulsivas, falta de confiança em adultos e redução do rendimento escolar. Informações como retenção de fezes, masturbação intensa, problemas relacionados à sexualidade e comportamento sexualizado podem ser coletadas durante a entrevista com o responsável legal ou reportados pelas vítimas³.

O Odontólogo é legalmente obrigado a notificar os casos suspeitos e/ou confirmados de violência sexual infantil conforme dispõe o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), artigo 245, que dispõe sobre a conduta do profissional da saúde, ao tomar conhecimento ou suspeitar de situação de violação dos direitos humanos das crianças, que deverá comunicar aos órgãos competentes da área da infância. Caso o profissional não realize a notificação compulsória, em comprovado risco infantil, caberá sanções, que incluem multa de 3 a 20 salários mínimos vigentes⁴. Neste sentido, o Código de Ética Odontológico (CEO) reforça que o Cirurgião-Dentista deve colaborar com a justiça nos casos previstos em lei⁵.

Sendo assim, o profissional da Odontologia possui um papel importante no diagnóstico de violência sexual infantil, pelo seu

conhecimento técnico-científico e contato direto com público alvo em consultas regulares. Destaca-se a especialidade da Odontopediatria no diagnóstico de violência, uma vez que tem acesso precoce e contínuo, desde a infância até o fim da adolescência da criança, o que pode propiciar a criação de um vínculo de confiança entre profissional e paciente².

A violência sexual é parte da vida de muitas crianças e possui uma alta relevância como problema de saúde pública, devido a sua relativa frequência e as consequências devastadoras que pode causar na saúde física e psicológica das vítimas. O Cirurgião-Dentista tem o dever ético e moral de denunciar casos suspeitos ou confirmados, devido a posição privilegiada de sua área de atuação e também seu papel como cidadão, pois, toda criança merece crescer saudável, feliz e protegida. Essa violência pode afetar de maneira definitiva esse indivíduo ainda em formação e apesar do especialista Odontopediatra se destacar no diagnóstico dessa violência, é importante ressaltar o papel da sociedade como um todo quando se trata da proteção das crianças. Sendo um tema bastante delicado e pela importância, deveria ser mais abordado nos cursos de graduação e pós-graduação para formar profissionais aptos a lidar com esses casos.

Diante da lacuna em relação ao manejo da violência sexual infantil na prática odontológica pelos profissionais da área de Odontologia, esse trabalho propõe revisar a literatura em relação às características orais sugestivas dessas agressões e às manifestações de Infecções Sexualmente Transmissíveis que podem decorrer da prática sexual, além de apontar a importância e a conduta ética e legal do cirurgião-dentista frente à violência sexual infantil.

Metodologia

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura narrativa, em que se pesquisou sobre as principais manifestações orofaciais de violência sexual infantil, conduta adotada pelo Cirurgião-Dentista e os aspectos legais relacionados. Foram pesquisados artigos científicos publicados na língua portuguesa e inglesa nas seguintes bases de dados: SciELO, PubMed e LILACS.

Foram utilizadas, como ferramenta de busca, as palavras-chave na língua portuguesa: "Abuso Sexual Infantil"; "Odontologia Legal"; "Lesões Bucais Provenientes de Abuso Sexual Infantil" e as keywords na língua inglesa: "Child

Revisão de Literatura

Violência sexual infantil

A violência se faz presente na sociedade e está em constante crescimento. Atos de agressão e abuso espalham-se através das mídias sociais e meios eletrônicos e por muitas vezes tornaram-se “comuns”, mas na verdade constituem um problema de saúde pública⁶. Apesar de existir uma conscientização sobre o assunto, os maus-tratos infantis abrangem todos os segmentos da sociedade e encontrar uma maneira de prevenção ainda é desafiador⁷.

O Cirurgião-Dentista, por ter sua área de atuação na região de cabeça e pescoço, encontra-se em posição de privilégio com relação aos outros profissionais da saúde, pois, grande parte das manifestações clínicas de violência acontecem nessas regiões. A violência ocorre, principalmente, no seio familiar, intradomiciliar e independe de condição financeira, localização geográfica e nível de escolaridade⁸. Acomete ambos os sexos, mas nota-se diferenças de vulnerabilidade em relação ao sexo, sendo mais prevalente no sexo feminino⁹.

É difícil mensurar a magnitude do impacto da violência sexual numa criança¹⁰. Por se tratar de um ser em desenvolvimento ainda não preparado para iniciar a vida sexual, muito provavelmente poderá desenvolver problemas cognitivos, afetivos e/ou sociais consequentes da violência¹¹, como perda de confiança nos adultos, questionamento da capacidade de defesa, baixa autoestima, inferiorização, distúrbios do sono, ansiedade, além de distúrbios de sexualidade¹².

Crianças apresentam vulnerabilidades com relação a situação de abuso sexual, pois, ainda estão em fase de crescimento e desenvolvimento^{13,14}. Fontoura; Resende e Rodrigues (2007), no livro crianças vítimas de abuso sexual: aspectos psicológicos da dinâmica familiar, salientam que a violência sexual faz parte da rotina de várias crianças, sendo muitas vezes despercebidas por seus responsáveis¹⁵.

A violência sexual infantil é caracterizada por qualquer ação em que a criança seja utilizada para promover a excitação sexual do agressor baseada, principalmente, na relação de poder ou de superioridade^{13,16}. Podem ser ações que envolvem contato físico como carícias, beijos na boca, sexo oral e incluir penetrações digital ou genital. Ou sem contato físico como levar a criança a observar ato de cunho sexual (voyeurismo) ou mesmo obrigá-la a isso. Também inclui conversas obscenas com o

intuito de provocar o interesse da criança e usá-la na construção de material pornográfico digital e eletrônico como vídeos e fotos¹⁷.

Existe uma maior facilidade em reconhecer agressões que deixam marcas físicas, principalmente devido ao fato de que quando ocorrem, os argumentos utilizados para justificá-las não condizem com o nível de gravidade das lesões examinadas⁶. A violência sexual infantil pode deixar marcas graves, pois havendo ou não contato físico pode provocar depressão, baixa autoestima, isolamento, sentimento de culpa, falta de cuidado e de higiene pessoal^{14,18}.

A criança violentada comumente apresenta índice alto de placa bacteriana, periodonto não saudável e halitose. O Cirurgião-Dentista deve estar vigilante se a criança relatar carícias indesejadas, sinais de penetração oral, anal ou genital (notado se houver desconforto na cadeira odontológica), e se a criança demonstrar conhecimento de pornografia e/ou linguagem sexual¹⁹.

Aspectos clínicos orofaciais da violência sexual infantil

Embora a cavidade oral seja um local recorrente para violência sexual, os sinais intraorais não são frequentes^{16,20}. Entretanto, poderão fazer com que o Cirurgião-Dentista suspeite desse tipo de violência. Dentre os sinais, podem ser observados: petéquias palatinas e laceração dos freios labiais e/ou lingual²⁰. Também podem ser manifestações físicas de violência sexual infantil: marcas de mordidas, equimoses de sucção no pescoço e manifestações orais de IST's^{2,20}. As IST's se disseminam principalmente pelo sexo sem uso de preservativo e podem ser provocadas por vírus, bactérias e fungos. Na cavidade oral, as IST's geralmente encontradas são: Sífilis, Gonorreia, Herpes Simples, Candidíase, HPV e HIV/AIDS²¹. Essas doenças podem se manifestar como lesões ulcerativas, vegetantes, vesiculobolhosa, prurido e corrimentos^{22,23}.

Laceração dos freios labiais e lingual

Podem ocorrer de maneira acidental em crianças que estão aprendendo a andar, mas o Cirurgião-Dentista deve estar vigilante se acontecer em crianças com idade inferior a 6 meses de vida ou superior aos 2 anos de idade. Principalmente, se o familiar não explicar o que causou, pois, esse tipo de lesão pode se originar devido ao sexo oral forçado²⁴.

Marcas de mordidas e equimoses de sucção no pescoço

As marcas de mordidas, quando ocorrem, fornecem informações detalhadas, inclusive, podem ser utilizadas como prova de que o suspeito é alguém próximo a vítima ou até mesmo um familiar. As mordidas deixam marcas com a forma dos dentes, sendo elípticas ou ovais. Nessa situação, é fundamental comparar as marcas de mordidas encontradas no corpo da criança com a arcada do agressor²⁵, visto que cada arcada dentária possui características singulares.

Geralmente, nos casos de abuso sexual, as marcas de mordidas são acompanhadas de equimoses de sucção no pescoço². O profissional deve estar atento as essas marcas, principalmente, porque o que difere uma marca de mordida humana da de um animal é o ato de sucção.

Petéquias palatinas

São consequência de hemorragias causadas principalmente por trauma, entretanto, também podem ser indicação de sexo oral forçado, sobretudo se for localizado na transição do palato duro com o palato mole²⁶.

Sífilis

Doença infecciosa causada pela bactéria anaeróbia *Treponema pallidum* e apresenta 3 estágios (primária, secundária e terciária) que produzem sinais intraorais característicos. Manifestações orais podem acontecer em qualquer um dos estágios e podem ser os primeiros sinais indicativos da sífilis.

Sífilis primária: Caracterizada principalmente pela presença de cancro duro, que surge e regride de maneira espontânea, em média de duas a três semanas após a infecção, sem deixar cicatriz. Não são frequentes as manifestações orais nesta fase, todavia, o cancro oral manifesta-se como uma úlcera única inespecífica, indolor, autolimitada que atinge principalmente os lábios, a língua e a comissura acompanhada do aumento dos linfonodos^{28,29}.

Sífilis Secundária: Neste estágio os sinais e sintomas são mais comuns. O período para ocorrer a fase secundária pode sofrer variação de tempo. Os sintomas sistêmicos mais comuns apresentados nesta fase são fadiga, mal-estar, febre, dor de garganta, perda de peso, cefaléia e linfadenomegalia reativa. Na pele surgem lesões que são chamadas de sífilides que acontecem por surtos e de forma simétrica, podendo se

manifestar como erupção maculopapular difusa, indolor, de cor eritematosa e de duração breve, que são conhecidas como roséolas sífilíticas ou sob forma de pápulas escamosas com aspecto psoriforme, quando a descamação é intensa^{28,29}.

É comum o aparecimento de lesões planto-palmar, mas esse sinal não é característico exclusivo da doença sífilis em seu estágio secundário visto que também é uma característica do líquen plano. Em partes do corpo onde tem umidade e atrito, como por exemplo lábios surgem lesões pápulo-erosivas, hipertróficas, maceradas, vegetantes, de cor de pele, que são chamadas de condiloma plano ou condiloma *latum* pois simulam as lesões de condiloma acuminado (*Human Papiloma Virus – HPV*) e são altamente contagiosas. Em pacientes melanodermas as lesões ao redor da boca se apresentam anulares e espiralada, nomeadas de sífilides elegantes. Em alguns casos pode ocorrer queda parcial de cabelo acentuada em região temporoparietal e occipital, podendo ocorrer também perda de cílios e sobrancelhas. Se afetar a face, as erupções maculopapulares tendem a se agrupar ao redor da boca e nariz, simulando a dermatite seborreica^{28,29}.

Lesões intraorais estão muito presentes nesta fase. Na língua observa-se atrofia das papilas ou erosão lingual. Pode se notar também lesões chamadas de placas mucosas, caracterizadas como placas branco-acinzentadas múltiplas, indolores, de forma oval, arredondada ou serpiginosa (sinuosa), sobrepostas a uma superfície ulcerada com bordos delimitados por um halo eritematoso. Essas placas localizam-se mais comumente na língua, gengivas, mucosa jugal, palato mole e região das fauces. As lesões na comissura labial podem se manifestar na forma de condiloma plano, caracterizadas como nodulares e firmes. Todas as lesões da fase secundária sofrem remissão espontânea em poucas semanas, podendo oscilar entre remissão e exacerbação durante meses ou até mesmo durante vários anos^{28,29}.

Sífilis Terciária: Representa a fase mais grave da infecção que pode comprometer o sistema cardiovascular e levar o paciente a óbito. Geralmente aparecem depois de anos (mais de 3 anos de infecção). Podem ser observadas lesões granulomatosas "goma" que podem afetar tecidos moles, ossos, pele e órgãos internos e inclusive é frequente a presença dessas lesões na cavidade oral. As localizações mais frequentes são o palato duro e a língua, embora também possa acometer palato mole, rebordo alveolar inferior e glândulas parótidas. Quando

acometem palato duro, podem causar perfuração com comunicação buco-sinusal. Quando acomete a língua pode formar um padrão lobulado, irregular e difuso denominado de glossite intersticial. As papilas podem se apresentar atróficas ou totalmente ausentes devido a infecção profunda na região, formando um padrão chamado de glossite luética^{28,29}.

Lesões induzidas pelo papilomavírus humano – hpv

Lesões causadas por pequenos vírus de DNA da família *Papillomaviridae*. Atualmente, existem 100 tipos de Papilomavírus que acometem o ser humano. Normalmente não apresenta sintomatologia. Pode ocorrer por transmissão vertical, horizontal ou pelo contato oro-genital, o que pode indicar violência sexual em crianças. As manifestações bucais são caracterizadas clinicamente por lesões papilomatosas, únicas ou múltiplas, de superfícies irregulares, e normalmente assintomáticas, classificadas por suas características clínicas e histopatológicas em papiloma, condiloma, verruga vulgar ou hiperplasia epitelial focal. O sinal característico desta infecção é o condiloma acuminado. Pode se apresentar como lesão única ou múltipla, cor-de-rosa, séssil, com superfície granulada. Além do condiloma são observadas lesões pediculadas com aspecto de couve-flor. Acomete principalmente mucosa oral, gengiva, pavimento bucal, amígdalas e palato³⁰.

Gonorreia

Doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*, um bactéria gram-negativa, que tem afinidade pelo trato da mucosa urogenital inferior (Skerlev et al., 2014), mas que pode infectar, em menor frequência, a mucosa bucal por contato direto ou de forma indireta, em decorrência da infecção a partir de um sítio primário por via hematológica, sexual ou genito-oral (Piro e Dias et al. 2002). Após o contato, o período de incubação varia de 1-2 dias a semanas. Na cavidade oral, pode-se manifestar como manchas eritematosas na mucosa, sensação de secura e ardência, formação inicial de membrana amarelada com superfície áspera e descamativa e dilatação do orifício do ducto de Stense³¹.

Herpes simples

A herpes simples é uma doença infecciosa causada por dois vírus que pertencem à família *Herpesviridae*, herpes simples tipos I e II (HSV-1 e HSV-2). O HSV-1 atua principalmente na região oral e o HSV-2, se adapta melhor na região genital. Entretanto, observa-se semelhanças nas manifestações por HSV-1 e HSV-2. A infecção por HSV-1 normalmente não apresenta sintomas na fase inicial sendo detectado somente através da presença de anticorpos. Quando existem sintomas, estes apresentam-se através de gengivoestomatite com adenopatia regional, ceratoconjuntivite, herpes cutâneo entre outros. Meningoencefalite herpética ou erupção variceliforme de Kaposi raramente acontecem³². O herpes labial recorrente caracteriza-se por vesículas induzidas pelo HSV-1 ou com menor frequência pelo HSV-2^{33,34}. Começa de forma inesperada, geralmente após sensação de dormência, prurido, pontadas, dor e ardência nos lábios, que aparecem dentro de 4 dias³³. As vesículas se rompem em cerca de 4 a 6 dias, ocorrendo formação de crosta, curando de forma espontânea e sem deixar cicatriz^{35,33,36}.

Em crianças pequenas com o sistema imunológico imaturo para combater o HSV-1 pode ser encontrada o herpes simples orofacial primário - HSOp, que é sintomático. Apresenta-se como gengivoestomatite oral, juntamente com vesiculações pequenas e de rápida duração, intra e periorais, antecedida por sintomas prodrômicos: formigamentos, dor e queimação. As vesículas se ulceram liberando um exsudado amarelado, formando lesões dolorosas localizadas, tipicamente à margem gengival. Pode haver também febre 38,3 a 40°C, mal-estar, disfgia e adenopatia^{32,37,38}.

Candidíase oral

A candidíase é uma patologia fúngica, causada principalmente pelo *Cândida Albicans*, e de caráter oportunista, pois seu agente etiológico é parte da microbiota que vive em equilíbrio com o hospedeiro, podendo levar ao desenvolvimento da doença quando em condições favoráveis. É a infecção fúngica oral mais comum em humanos, e se apresenta de formas variadas o que pode dificultar seu diagnóstico^{32,39,40,41}. Há 4 tipos principais e que apresentam manifestações clínicas, sendo elas: Pseudomembranosa, Eritematosa e suas variantes, Hiperplásica e Mucocutânea. Crianças com candidíase oral apresentam dor e queimação, que levam a dificuldade de mastigação e deglutição, e casos

mais severos, afetando orofaringe e língua pode dificultar a fala⁴¹.

Dentre as candidíases supracitadas a Pseudomembranosa, ou sapinho, merece destaque, pois pode afetar as crianças com maior frequência. Apresenta-se clinicamente como placas brancas raspáveis na mucosa que pode ser facilmente removida com uma gaze seca devido à baixa aderência aos tecidos. Está associada ao uso de antibióticos de amplo espectro ou baixa imunidade do paciente^{40,43}. As manifestações de candidíase pseudomembranosa quando ocorrem em crianças, também podem remeter a possível infecção sexual, visto que, é incomum em adultos^{32,39,40,41}.

Hiv/aids

A síndrome da Imunodeficiência humana é uma doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), retrovírus que ataca o sistema imunológico e causa redução das células TCD4⁴⁴. O CD deve fazer uma anamnese minuciosa, pois, a infecção pelo HIV também pode ocorrer por transmissão vertical. Em pacientes pediátricos infectado pelo HIV, lesões orais são comuns sendo muitas vezes as primeiras manifestações da infecção. O avanço da infecção em crianças difere dos sinais e sintomas orais da manifestação em adultos, visto que existe uma imaturidade do sistema imunológico como também dos demais sistemas do corpo infantil. As lesões orais mais recorrentes encontradas foram a candidíase oral, gengivite, hipertrofia de parótidas e estomatite herpética. Sendo a candidíase a lesão de maior prevalência e, portanto, a mais comum. E menos recorrente a leucoplasia oral pilosa, as neoplasias malignas e ulcerações relacionadas ao Citomegalovírus e Varicela zoster. Hipoplasia de esmalte, cárie dentária, queilite angular e herpes labial também podem ser lesões orais comuns em crianças com vírus HIV⁴⁵. Lesões como sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgkin e leucoplasia estão fortemente associadas ao HIV, mas não tão frequentes em crianças. Todavia, o diagnóstico dessas lesões pode ser um importante indicador da infecção em indivíduos que têm seu estado sorológico desconhecido⁴⁶.

Legislação pertinente e conduta adotada pelo cd

O Estatuto da Criança e do Adolescente, de 13 de julho de 1990, é o principal documento no Brasil que estabelece diretrizes sobre os direitos da criança e do adolescente. O dispositivo legal, supracitado, traz em suas diretrizes a proteção absoluta a crianças e

adolescentes que devem ser percebidos como sujeitos de direitos, em estado singular de evolução e com prioridade absoluta. O ECA enfatiza e reafirma a obrigação da família, sociedade e Estado de garantir as condições para o pleno desenvolvimento dessa população, além de resguardá-la livre de qualquer forma de discriminação, violência e exploração⁴.

Discussão

Em 1990, o ECA determinou que o setor da saúde deveria realizar o diagnóstico de maus-tratos e notificá-lo. E em acordo com essa lei, tornou-se obrigatória a notificação compulsória de atos de violência, conforme dispõe a Portaria MS/GM nº204, de 17 de fevereiro de 2016 do Ministério da Saúde³⁵. É instruído que a ficha de notificação compulsória deve ser preenchida em duas vias e entregue ao Serviço Social ou ao Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência - PAV, da Unidade de Saúde. Casos de maus-tratos infantil devem ser notificados ao Conselho Tutelar do local em que reside a vítima. Se não houver, deve ser direcionado para a Vara da Infância e Juventude. Em situações de abuso sexual, violência física grave e negligência severa, a Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente – DPCA ou à Delegacia de Polícia mais próxima da Unidade de Saúde deve ser noticiada⁴⁷.

No Brasil, o CD é amparado legalmente pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) a respeito da obrigatoriedade de comunicar ao Conselho Tutelar qualquer caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos. O CFO deixa explícito em seu artigo 9º, inciso VII do Código de Ética profissional o dever do cirurgião-dentista em zelar pela saúde e dignidade do paciente. Se houver omissão o Cirurgião-Dentista estará infringindo o Código de Ética Odontológico⁴⁷. Essa obrigatoriedade também é implícita quando o CEO determina que o Cirurgião-Dentista deve colaborar com a justiça nos casos previstos em lei⁵.

Na Europa, a maioria dos estados que fazem parte da União Europeia, os profissionais que executam atividades que envolvam crianças são obrigados a realizar a notificação de situações de violência contra elas, segundo relatório emitido pela *European Union Agency for Fundamental Rights*. Em países como Alemanha, Países Baixos e Malta, a ausência de procedimentos de notificação institucional ou documentos que estabeleçam as obrigações dos profissionais, conduz a subnotificação de casos

de violência contra criança, assim como também evidenciam a falta de colaboração entre os serviços no processo de notificação. Esse relatório expôs também a falta de treinamento para reconhecimento dos sinais de abuso e de violência infantil por parte dos profissionais o que os induz ao não cumprimento das notificações. Ademais, não se garante o anonimato dos profissionais notificadores em países como Dinamarca, Grécia e Lituânia, o que pode desencorajar a notificação⁴⁶.

Nos Estados Unidos da América (EUA), todos os estados e territórios possuem procedimentos para notificação compulsória de casos suspeitos de abuso sexual infantil, sendo necessário a comunicação de forma imediata a suspeita ou confirmação, por via oral ou como parte de um relatório escrito. As informações podem ser passadas de forma anônima ou não, sendo que a maioria dos estados oferecem números de telefone gratuitos para essa finalidade. Quase todos os estados americanos dispõem de leis específicas, designando as profissões, que obrigam a reportar casos de maus-tratos infantil⁴⁹.

O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) através do canal “disque 100” revelou que 6 mil (17,5%) das 35 mil denúncias recebidas entre janeiro e maio de 2021 eram de violência sexual contra crianças e adolescentes, e que entre 2011 e 2019, 200mil denúncias foram destinadas a esse público⁵⁰. Os dados divulgados expõem que 66,4% das vítimas de violência são meninas de 12 a 14 anos (5,3 mil) e crianças de 2 a 4 anos (5,1%), ambos os gêneros foram atingidos, contudo as meninas compreendem 52% das vítimas nessa faixa etária⁵⁰, dados similares aos descritos por Soares *et al.* (2016) e Alves *et al.* (2016) em relação ao sexo, no entanto, Alves *et al.* (2016) revelam que a maioria dos abusos acontece antes da criança completar 3 anos ou nos 05 primeiros anos de idade^{2,51}, divergindo do MMFDH que revela maior prevalência entre 12 a 14 anos⁵⁰. O presente estudo, entende que esta divergência em relação a faixa etária pode ser devido a subnotificação, ou número reduzido de denúncias ao “disque 100” pelos pais e responsáveis de crianças menores de 05 anos, acrescenta-se que esta faixa etária é mais vulnerável do que crianças de 12 a 14 anos, que têm maior entendimento e pode pedir ajuda.

De Paula *et al.* (2019) mencionam que os sinais físicos de violência sexual infantil podem ser apresentados ao Cirurgião-Dentista através de várias maneiras, sendo: por meio de uma alegação direta da criança, adolescente,

responsável legal ou outra pessoa; através de sinais e sintomas sugestivos de maus-tratos; através de observações comportamental da criança e do adolescente ou do entrosamento entre eles e seus pais¹. Entretanto, Veloso *et al.* (2018) apontam que a falta de conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas sobre as manifestações orofaciais da violência infantil faz com que exista subnotificação do número de casos⁶. Matos *et al.* (2020) expõe que a maioria dos profissionais não tem a questão de maus-tratos infantis abordada na graduação ou quando abordado os profissionais consideraram insuficientes as informações acerca do tema⁴¹. Assim como também o Conselho Federal de Odontologia não deixa explícito sobre deveres e condutas do CD nessas situações, fato que assente com o que foi apontado por Soares (2019)⁸. Além disso, foi apontado também por Soares (2019) que o receio de represálias por parte dos agressores também é um fator impeditivo para que o CD efetue as devidas notificações, contudo, é necessário que se tenha ciência de que a notificação pode ser feita de forma anônima pelo “Disque 100”⁸. O presente estudo corrobora com os demais autores, sobretudo no que se refere a insegurança do profissional, uma vez que, no modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) adotado como política pública no Brasil, o CD tem vínculo permanente com a comunidade e a notificação destes casos pode comprometer sua integridade física em virtude da situação de violência encontrada nestas localidades, sobretudo, as periféricas.

Com relação aos aspectos clínicos orofaciais da violência sexual infantil, de Souza *et al.* (2017) concordam com Rover *et al.* (2020) que o aparecimento de petéquias palatinas ser indicativo de sexo oral forçado e que a observação de manifestações orais e periorais de DSTs, em especial gonorreia ou sífilis, são sinais patognomônicos de abuso sexual quando detectado em crianças^{3,47}. Contudo, os autores reforçam que o CD deve fazer uma anamnese minuciosa para evitar erro de diagnóstico, visto que as DSTs podem infectar crianças através de transmissão vertical^{3,47}. Moreira (2020) cita laceração dos freios labial e/ou lingual como sugestivo de ato de felação forçado⁵² e Alves *et al.* (2016) corroboram e inclui marcas de mordida acompanhada de equimose de sucção no pescoço como indicador de agressão sexual em crianças². Ressalta-se que estas lesões são indicativas e que para serem confirmadas é necessário observar principalmente o tamanho e forma dos dentes e se as marcas condizem com a

história contada pelo responsável e/ou criança^{2,52}.

Kalinin *et al.* (2016) e Santos *et al.* (2019) relatam que as manifestações orais de Sífilis (nos seus 3 estágios) em crianças não se diferem das manifestações orais em adultos^{28,29}. Assim como Beraldo *et al.* (2020), Moreira (2020) e Ferreira (2019) constataram o mesmo para HPV e Gonorreia^{53,52,38}. Entretanto, os autores Tonelli *et al.* (2013) e Ferreira (2020) citam que as ISTs HIV/AIDS, podem apresentar sinais e sintomas diferenciados quando acometem crianças, visto que existe uma imaturidade do sistema imunológico como também dos demais sistemas do corpo infantil^{54,39}. Ferreira (2020) menciona que crianças infectadas pelo HIV podem apresentar principalmente candidíase oral, gengivite, hipertrofia de parótidas e estomatite herpética³⁹, enquanto em adultos as manifestações apontadas por Vitry (2020) incluem candidíase, leucoplasia pilosa, Sarcoma de Kaposi, linfoma não hodgikin, eritema gengival linear, gengivite e periodontite ulcerativa necrosante⁵⁵. Nota-se a candidíase oral como um sinal comum em ambos os públicos.

Foi apontado por Matos *et al.* (2020) que a candidíase em sua forma pseudomembranosa é uma das manifestações orais em crianças infectadas sexualmente⁴¹, enquanto, Pereira (2017) e Carvalho e Ferreira (2019) relatam a forma eritematosa como mais recorrente em adultos^{32,39,40}.

Santos *et al.* (2012) relatam que a infecção por herpes em adultos e crianças se apresenta de forma semelhante³⁷, entretanto, Carvalho e Ferreira (2019) informam que em crianças pequenas, com imaturidade imunológica, pode se manifestar o HSOP, que se apresenta como gengivoestomatite oral, juntamente com vesiculações pequenas e de rápida duração, intra e periorais, antecedida por sintomas como formigamentos, dor e queimação^{32,39}.

Segundo Matos *et al.* (2020) nos EUA, o CD pode ser processado criminalmente em alguns estados ou estar sujeito a multa se observar ou souber que uma criança foi abusada ou negligenciada, e não denunciar, se assemelhando com a legislação brasileira⁴¹. Porém, apesar da similaridade, Lima e Deslandes (2011), em seu estudo comparativo sobre a notificação compulsória de abuso sexual contra crianças e adolescentes no Brasil e EUA, observaram que nos EUA o processo de notificação é detalhado e distribuído por seus estados e no Brasil os estudos ainda requerem maior aprofundamento sobre o tema, principalmente no que diz respeito

as iniciativas regionais⁴⁶. Apesar disso, é possível notar que em comparação a alguns países Europeus apontados por Egry *et al.* (2018), como Alemanha e Malta, a legislação brasileira garante de forma mais eficiente a proteção das crianças contra abusos⁵⁶.

Considerações finais

O Cirurgião-Dentista possui um papel fundamental no diagnóstico de violência sexual infantil e no relato às autoridades competentes, pois ocupa uma posição privilegiada diante da sua área de atuação nas regiões de cabeça e pescoço. Laceração dos freios labial e/ou lingual, marcas de mordidas e equimoses de sucção no pescoço são achados odontológicos sugestivos de agressões sexuais quando em crianças, além de manifestações bucais de infecções sexualmente transmissíveis como candidíase, gonorreia, sífilis, condiloma acuminado, herpes e HIV/AIDS também sugerem agressão sexual quando em crianças. Quando houver suspeita ou confirmação desse tipo de violência, a conduta adotada pelo cirurgião dentista deve ser de diagnosticar e prezar pela denúncia (anonimamente ou não) do caso. Contudo, deve-se atentar para a necessidade de preparação do profissional, não só técnica, para que desenvolva competências para tomada desse posicionamento.

Referências

1. de Paula, ACF; de Carvalho, BO; Fróes, DTC; Ferreira, GSF; Pinto, RA; Santa-Rosa, TTA. Reconhecimento e conduta de cirurgiões-dentistas diante de maus tratos em crianças e adolescentes. *Revista Pró-Univer SUS*. 2019;10(1): 137-144. <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i1.1732>
2. Alves, MA; Fonseca, BA; Soares TRC; França AKA; Azevedo RN; Tinoco RLR. Importância Do Cirurgião-Dentista No Diagnóstico De Abuso Sexual Infantil. *Revista Brasileira De Odontologia Legal – Rbol*. 2016;3(2):92-99. <https://doi.org/10.21117/rbol.v3i2.9>
3. Rover, A. de LP; Oliveira, GC de; Nagata, ME; Ferreira, R; Molina, AFC; Parreiras, SO. Violência contra a criança: indicadores clínicos na odontologia/Violence against children: clinical indicators in dentistry. *Brazilian Journal of Development*. 2020; 6(7): 43738–43750. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-114>

4. Brasil. Estatuto Da Criança E Do Adolescente, E Dá Outras Providências. Lei N. 8.069. Diário Oficial da União. 1990. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.html
5. Brasil. Código De Ética Odontológica. Conselho Federal De Odontologia. Resolução N. 118. 2012. https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/Codigo_Etica.Pdf
6. Veloso, AG; et al. Conhecimento E Notificação Do Cirurgião Dentista Sobre O Abuso Físico Infantil. Revista De Iniciação Científica Da Universidade Vale Do Rio Verde, Três Corações. 2018; 8(1):114-129.
7. Granville-Garcia, A. F.; Silva, M. J. F.; Menezes, V. A. Maus-Tratos A Crianças E Adolescentes: Um Estudo Em São Bento Do Una, Pe, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 2008; 8:301-307, Set./Dez. 2008.
8. Soares, EMR, et al. Perfil Da Violência Sexual Contra Crianças E Adolescentes. *Revista Interdisciplinar*.2016; 9(1):87-96. (ISSN 2317-5079)
9. Ferraz, Maira de Maria Pires. Veloso Milene Maria Xavier, Cabral, Isabel Rosa. Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes: Do Debate Sobre Gênero. *Revista Densidades*. 2021;29(9):134-150.
10. Florentino, BRB. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescente. *Revista de Psicologia*. 2015. 27(2):139-144. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/805>
11. Cogo, KS. Mahl, AC. Oliveira, LA. Hoch, VA. Battisti, P. Consequências psicológicas do abuso sexual infantil. *Unoesc e Ciência*. 2011. 2(2):130-139.
12. DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre*, v. 25, suppl. 1, p. 09-21, 2003.
13. Dalledone, M; et al. Child abuse: perception and knowledge by Public Health Dentistry teams in Brazil. *Brazilian Journal of Oral Sciences*. 2015;14(3):224-229. <https://doi.org/10.1590/1677-3225v14n3a10>.
14. Katz C, Paddon MJ, Barnetz Z. Emotional Language Used by Victims of Alleged Sexual Abuse During Forensic Investigation. *Journal Of Child Sexual Abuse*. 2016. 25 (3):243–261. doi: 10.1080/10538712.2016.1137666. PMID: 27135380.
15. Paraná. MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente. Crianças vítimas de abuso sexual: aspectos psicológicos da dinâmica familiar 2007.
16. Garrocho-Rangel A; Márquez-Preciado R; Olguín-Vivar AI; Ruiz-Rodríguez S; Pozo-Guillén A. Dentist Attitudes And Responsibilities Concerning Child Sexual Abuse. A Review And A Case Report. *J Clin Exp Dent*. 2015;7(3): 428-34. doi: 10.4317/jced.52301.
17. Crespo M, Andrade D, Alves ALS, Magalhães T. O papel do médicodontista: no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças. *Acta Med Port*. 2011; 24(4):939–48.
18. Mathews, B; Collin-Vézina, D. Child Sexual Abuse: Raising Awareness And Empathy Is Essential To Promote New Public Health Responses. *J Public Health Pol*. 2016;37(3):304–314. 2016. <https://doi.org/10.1057/jphp.2016.21>
19. El Sarraf, M. C. F. Maus-tratos na infância e adolescência: percepção e conduta dos odontopediatras. 2010. PósGraduação em Odontologia, Mestrado profissional em Odontologia – Universidade Positivo. Curitiba.
20. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR; Oral And Dental Aspects Of Child Abuse And Neglect. *Pediatrics*.2017;140(2):.2017-1487.2017. doi: 10.1542/peds.2017-1487
21. Brenha Bruna, Miranda G Luciane, Maria Papile Galhardi Wânia, Laura Cortellazzi Karine. Importance of recognizing the oral manifestations of systemic diseases and conditions by health professionals with diagnostic assignment. *Revista Metodista*. 2012; 20(39):61-70.
22. Maiztegui, Antunez. Mario Eliseo. Caderno de Saúde da Família: Saúde do Adolescente e da Saúde da Família. UNA-SUS. 2013. 10 (1): 78-79.
23. Santos, JLS dos; Fuji, LLR; Salomao-Miranda, F. Abuso Sexual Infantil: O Papel Do Cirurgião-Dentista. *Revista Fimca*. 2021; 8(2):-11. 2021 <https://doi.org/10.37157/fimca.v8i2.232>
24. Needleman HL. Orofacial trauma in child abuse : Types , prevalence , management , and the dental profession ' s involvement . *Pediatric Dentistry*. 1986. 8(1):71-80.
25. Velasco LEL, Rosa GC, Baldasso RP, Fernandes MM, Oliveira RN, Oliveira AMG. Responsabilidade dos cirurgiões dentistas frente a maustratos contra a criança – revisão de literatura. *Brazilian J Forensic Sci Med Law Bioeth*. 2015; 4(3):294–309.
26. Schlesinger SL, Borbotsina J, O'Neill L. Petechial hemorrhages of the soft palate secondary to fellatio. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol*. 1975;40(3):376–8.
27. Leão JC, Gueiros LA, Porter SR. Oral manifestations of syphilis. *Clinics*. 2006;61(2):161–6.

28. Kalinin, Y; Neto, PA; Passareli, DHC. Sífilis: Aspectos Clínicos, Transmissão, Manifestações Oraís, Diagnóstico E Tratamento. Portal Metodista De Periódicos Científicos E Acadêmicos.2016;45-46(23):65-76. 2016. <https://doi.org/10.15603/2176-1000/odonto.v23n45-46p65-76>
29. Santos, ES dos; Sá, JO de; Lamarck, R. Manifestações Oraís Da Sífilis: Revisão Sistematizada De Literatura. Archives Of Health Investigation. 2019;8(8):413-416. <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v8i8.3330>
30. Neville, B.W.; Damm, D.D. Patologia Oral E Maxilofacial.4 Ed. Rio De Janeiro. Elsevier. 2016.
31. Ikenberg K, Springer E, Bräuninger W, Kerl K, Mihic D, Schmid S, Schmitt A, Yeginsoy S, Bode B, Weber A. Oropharyngeal lesions and cervical lymphadenopathy: syphilis is a differential diagnosis that is still relevant. J Clin Pathol 2010;63(8):731-736.
32. Carvalho, AB; Ferreira, RB. Principais Manifestações Das Doenças Sexualmente Transmissíveis Acometidas Na Cavidade Oral. Repositório Institucional. Uniceplac. 2019.
33. Silverman S Jr, Eversole LR, Truelove EL. Fundamentos de medicina oral.2002; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
34. Paschoini MC, Duarte G, Cunha SP, Fonseca BAL. Avaliação da soroprevalência dos vírus herpes simples tipos 1 e 2 em parturientes. Rev Bras Ginecol Obstet 2001. 23(1): 15-20.
35. Neville, B.W.;Allen,C.M.; Damm,D.D.;Et Al. Patologia: Oral & Maxilofacial. 2ª Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2004 .
36. Mateus MJR, Duarte IL, Gondim VML, Sobral APV. Avaliação do nível de estresse e sua correlação com o surgimento do herpes labial recorrente. Rev Bras Promoção Saúde 2006; 19(1): 35-9.
37. Santos, MPM de, et al. Herpesvírus Humano: Tipos, Manifestações Oraís E Tratamento. Rev. Odontol. Clín.2012;11(3):11-196. ISSN 1677-3888
38. Carneiro, CSA. Conduta Do Cirurgião-Dentista Ante A Violência Infantil. Repositório Institucional - Escola Bahiana De Medicina. 2020.<https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/4610>
39. Ferreira, EIR. Manifestações Oraís Em Pacientes Pediátricos Com Vírus Hiv: Revisão De Literatura. Repositório Digital Maria Izabel. 2020. CDU 616.314:616.988-053.2
40. Pereira, LC de. Candidíase Oral: Apresentações Clínicas Diversas E Casos Clínicos. Repositório Ufu. 2017. <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/25008>
41. Matos, E; Silva H; Nascimento F. A Responsabilidade Civil E Legal Do Cirurgião Dentista Frente A Crianças E Adolescente Que Sofrem Maus-Tratos. Revista Cathedral. 2020;2(3):84-02(Issn 1808-2289). <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/185>
42. De Matos, AL, et al. Lesões Bucais Na Infância: Revisão Sistemática De Interesse Da Fonoaudiologia. Revista Cefac.2016;18(1):209-213. doi: 10.1590/1982-0216201618111012
43. Moura, ABR, et al. Candidíase Pseudomembranosa Em Crianças Com Idade Pré-Escolar: Uma Breve Revisão De Literatura. Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research.2019;26(2):80-84. (Issn: 2317-4404)
44. OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. Folha Informativa – HIV/AIDS, nov, 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5666:folha-informativa-hiv-aids&Itemid=812.
45. Guerra, Luciane M., Pereira, Antonio C., Meneghim Marcelo de C., Hebling Eduardo. Avaliação do conhecimento técnico, ético e legal de cirurgiões-dentistas no tratamento de crianças HIV soropositivas. Brazilian Dental Science. 2008; 11(2):14-22. <https://doi.org/10.14295/bds.2008.v11i2.452>
46. Lima, Marcela Carraro Bina Fonyat de, Junior, Arley Silva, Torres, Sandra Regina Torres. Prevalence of oral manifestations in HIV-infected children: a literature review. 2017;74(3):340-3. <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v74n3.p.240>
47. De Souza, CE; et al. Violência Infantil E A Responsabilidade Profissional Do Cirurgião-Dentista – Revisão De Literatura. Revista Brasileira De Odontologia Legal – Rbol. 2017;10(1):137-144. (Issn 2359-3466)
48. Lima, JS de; Deslandes, SF A Notificação Compulsória Do Abuso Sexual Contra Crianças E Adolescentes: Uma Comparação Entre Os Dispositivos Americanos E Brasileiros. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2011;15(38):819-832. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000040>
49. U.S. Department Of Health And Human Services Administration For Children And Families Administration On Children, Youth And Families Children’s Bureau. Child Welfare Information Gateway. Making And Screening Reports Of Child Abuse And Neglect: Summary Of State Laws. Washington: Child Welfare Information Gateway, 2009.

50. Brasil. Ministério Da Mulher, Da Família E Dos Direitos Humanos. Disque 100 Tem Mais De 6 Mil Denúncias De Violência Sexual Contra Crianças E Adolescentes Em 2021. Gov.Br, 2021. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/maio/disque-100-tem-mais-de-6-mil-denuncias-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-em-2021>.
51. Soares, EC. Conduta Do Cirurgião-Dentista Frente A Identificação De Violência Infantil Na Consulta Odontológica: Revisão De Literatura. Ri-Famam. 2019. <http://131.0.244.66:8082/jspui/handle/123456789/1664>
52. Moreira, MLL. Diagnóstico Do Abuso Sexual Em Crianças - O Papel Do Médico Dentista. 2020. Repositório Cesp. 2020. <http://hdl.handle.net/20.500.11816/3540>
53. Beraldo, CVA; Junior, JAS de; Ramos, VL; Azevedo, SPO de. Manifestações Bucais Das Principais Doenças Sexualmente Transmissíveis. Revista Interface – Integrando Fonoaudiologia E Odontologia. 2020;1(1). 2020.
54. Tonelli, SQ; et al. Manifestações Bucais Em Pacientes Pediátricos Infectados Pelo Hiv: Uma Revisão Sistemática Da Literatura. Rfo Upf. 2013;18(3):365-372.(Issn 1413-4012)
55. Vitry, TR. As Lesões Orais Relacionadas Com O Hiv. Repositório Comum Instituto Universitário Egas Moniz. 2020. <http://hdl.handle.net/10400.26/35377>
56. Egry, EY; Apostolico, MR; Morais, TCP. Reporting Child Violence, Health Care Flows And Work Process Of Primary Health Care Professionals. Revista De Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23(1):83-92. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>

Endereço para Correspondência

Maria Vitória Carvalho de Araújo Oliveira
Antônio Félix Martins 386, casa 01, PQ Verde I -
Camaçari/BA, Brasil
CEP: 42810-021
E-mail: odontomvc@gmail.com

Recebido em 08/02/2023
Aprovado em 26/10/2023
Publicado em 30/11/2023