



Ana Cecilia Rubert Gouvêa

**MANIFESTAÇÕES ORAIS ASSOCIADAS AO ABUSO SEXUAL INFANTIL E A
IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO DIAGNÓSTICO: CARTILHA
INFORMATIVA AO CIRURGIÃO-DENTISTA**

Santa Maria, RS

2022

Ana Cecilia Rubert Gouvêa

**MANIFESTAÇÕES ORAIS ASSOCIADAS AO ABUSO SEXUAL INFANTIL E
A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO DIAGNÓSTICO: CARTILHA
INFORMATIVA AO CIRURGIÃO-DENTISTA**

Trabalho final de graduação apresentado ao Curso de Odontologia - Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana - UFN, como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgiã- Dentista.

Orientadora Prof^ª. Me. Pâmela Gutheil Diesel

Santa Maria, RS

2022

Ana Cecilia Rubert Gouvêa

**MANIFESTAÇÕES ORAIS ASSOCIADAS AO ABUSO SEXUAL INFANTIL E
A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO DIAGNÓSTICO: CARTILHA
INFORMATIVA AO CIRURGIÃO-DENTISTA**

Trabalho final de graduação apresentado ao Curso de Odontologia - Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana - UFN, como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgiã- Dentista.

Prof^a. Me. Pâmela Gutheil Diesel – Orientador (UFN)

Prof^a. Dra. Luisa Comerlato Jardim - Banca 1 (UFN)

Prof^a. Dra. Bianca Zimmermann dos Santos - Banca 2 (UFN)

Aprovado em de de 2022.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que são base, exemplo e amor.

Aos meus amigos, que são conforto, apoio e alegria.

Ao meu amor, que é cuidado, carinho e suporte.

À Kia, minha maior companhia.

AGRADECIMENTOS

Dizem os sábios por aí, sejam eles quem forem, que ser grato é a premissa básica da felicidade verdadeira. Dito isso, gostaria não apenas de agradecer, como de expressar enfaticamente que sou feliz por cada uma das pessoas da minha vida que me apoiaram durante o período mais importante da minha vida (até agora): a graduação.

Sou grata e feliz pela oportunidade de estudar o curso que foi meu sonho desde os meus doze anos de idade. Graças aos meus pais, pessoas que amo mais que tudo. Que eles saibam os admiro pelos valores que me passaram. Saibam que valorizo as infinitas horas que ambos passaram trabalhando para me dar a vida maravilhosa que tenho hoje, todas as minhas conquistas – pessoais e profissionais – são por vocês e para vocês.

Sou grata e feliz por ter em minha vida os melhores amigos que eu poderia ter, amigos que em muitas vezes foram meus pacientes e confiaram em mim duplamente: com seus corações e sorrisos. Eu os amo por isso e por tudo que compartilhamos nessa vida.

Sou grata e feliz por poder conviver com pessoas maravilhosas durante minha vida acadêmica, como minha inseparável dupla de faculdade, Carol. E por ter professores que foram alicerce para minha caminhada até a formatura. Agradeço em especial aqueles professores que fizeram mais do que suas funções convencionais e que serviram de exemplo profissional para a cirurgiã-dentista que estou me tornando, por aqueles que foram apoio psicológico e um ombro amigo durante meus 5 anos na instituição, em especial: Luísa Comerlato Jardim, meu maior amparo para realização desse trabalho, Camila Sfreddo, Marciano Borges, Pâmela Diesel, Bianca Zimmermann, Giuliano Giacomini, Aline Batista e Caio Balbinot. Sou imensamente grata e feliz por ter sido aluna de vocês. Muito obrigada.

Por fim, sou extremamente grata e feliz pelas oportunidades que tive e por cada uma das dificuldades que superei. Pelos sucessos, fracassos e recomeços.

RESUMO

O trabalho trata de revelar a importância dos cirurgiões-dentistas frente ao diagnóstico e denúncia do abuso sexual infantil, bem como as manifestações orais e lesões associadas a essa circunstância. O objetivo é criar um material educativo aos profissionais dentistas fim de elucidar quais manifestações orais são potencialmente envolvidas com o abuso sexual infantil, qual a conduta a ser tomada e quais são as características dessas crianças em consultório. Várias são as manifestações orais associadas e, por isso, o dentista está em uma posição estratégica em detectar e agir de forma a zelar pela vida, saúde e dignidade da criança. Conclui-se que o cirurgião-dentista tem como dever profissional e civil proteger as crianças de negligência, exploração, violência e crueldade e, portanto, revela-se a necessidade de um material informativo a esses profissionais.

Palavras-chaves: crianças, abuso sexual, dentista, conduta, manifestação oral.

ABSTRACT

This paper aims to reveal the importance of dentists in the diagnosis and reporting of child sexual abuse, as well as the oral manifestations and injuries associated with this circumstance. The purpose is to create an educational material for dentists in order to elucidate which oral manifestations are potentially involved with child sexual abuse, what conduct should be taken and which are the features of these children in dental office. There are several associated oral manifestations and, therefore, the dentist is in a strategic position to detect and act to ensure the child's life, health, and dignity. It is concluded that the dental professional has a professional and a civic duty to protect children from negligence, exploitation, violence, and cruelty, and hence, the need for informative material for these professionals is enlightened.

Key words: children, sexual abuse, dentist, conduct, oral manifestation.

SÚMARIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 JUSTIFICATIVA	10
1.2 OBJETIVO	10
1.3 Objetivo específico	10
2 METODOLOGIA.....	11
3 RESULTADOS	12
3.1 Revisão de literatura	12
3.1.1 Abuso sexual infantil.....	12
3.1.2 Lesões bucais potencialmente associadas ao abuso infantil.....	13
3.1.3 Papel e conduta do cirurgião-dentista frente aos casos de abuso infantil.....	18
3.2 Cartilha.....	19
4 DISCUSSÃO	20
5 CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
APÊNDICE A – Cartilha informativa aos cirurgiões-dentistas.....	28

1 INTRODUÇÃO

O abuso sexual infantil é uma mazela de proporções epidêmicas que, ao redor do mundo, afeta crianças de todas as idades, níveis socioeconômicos e fundos étnicos e culturais (MODELLI *et al.*, 2012). Este tipo de abuso é caracterizado como um comportamento sexual, portanto, inadequado, com uma criança. Inclui manipulação dos genitais da criança, forçá-la a manipular os genitais do adulto, estupro, sodomia, voyeurismo, exibicionismo, exposição à pornografia, exploração sexual, beijos na boca e demais formas de contato sexual, como o sexo oral (MATHUR, 2013).

A prevalência do abuso sexual infantil mundial tende a variar de acordo com os países e suas regiões, além da idade e sexo da criança abusada, fato que pode estar relacionado à falta de denúncia dos crimes sexuais às autoridades competentes e, também, às diferentes abordagens de estudos (BARTH, 2012). Entretanto, conforme boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, durante os anos de 2011 e 2017, os dados são de 184.524 casos notificados de violência sexual, no Brasil. Sendo 58.037 deles contra crianças, em um total de 31,5% dos abusos reportados. Além disso, a avaliação sociodemográfica salienta que as vítimas do sexo feminino foram 74,2% dos casos, enquanto as do sexo masculino 25,8%. E a faixa etária com maior prevalência é entre 1 e 5 anos de idade, totalizando 51,2% de todos os casos de abusos infantis (BRASIL, 2018). Essa violência é cometida, geralmente, por abusadores do sexo masculino em 90% dos casos (SWERDLIN *et al.*, 2007) e costuma ser realizada por parentes ou conhecidos da família, que de certo modo criam um vínculo com a criança, como forma de aproximação para o ato, fazendo com que apenas 29,3% dos abusadores sejam desconhecidos totais da criança ou família (NICKEL *et al.*, 2004).

Quanto mais próxima uma criança é de seu violentador, como em relações parentais diretas, maiores são as sintomatologias e o sofrimento psicológico (YANCEY *et al.*, 2013). Crianças abusadas sexualmente adquirem muitas consequências físicas e mentais ao longo de suas vidas, como problemas psicológicos, abuso de substâncias lícitas e ilícitas, inclusão na criminalidade e, ainda, possuem uma autopercepção negativa de sua saúde, considerando-a como média ou ruim, quando comparadas a pessoas que não foram vítimas de abusos sexuais (BASSANI *et al.*, 2009). Ademais, os abusos que começam em idades iniciais pressupõem resultados piores, tais quais maiores recorrências de violência sexual, hospitalizações por tentativas de suicídio e infecções sexualmente transmissíveis (OSHIMA *et al.*, 2014).

Por conseguinte, essas infecções sexualmente transmissíveis, em virtude do seu modo de contágio, podem afetar membranas mucosas direta e indiretamente e, portanto, resultam em

lesões e sinais diagnósticos característicos (BRUCE *et al.*, 2004). Dessa forma, por haver uma importância crítica multidirecional entre saúde bucal e saúde sistêmica, essa conexão inextricável vem à tona como forma de doenças ou lesões bucais (KAPILA, 2021). Corroborando com a ideia de que a cavidade oral não só é uma porta de entrada para diferentes órgãos do corpo, como também atua em uma forma de reservatório de uma diversidade de doenças associadas a diferentes partes e condições do organismo (SHARMA *et al.*, 2018).

Quanto às evidências de abuso sexual infantil e suas manifestações orais, a Academia Americana de Pediatria (AAP, 2008) ressalta algumas doenças e lesões significativas, como gonorreia oral, petéquias palatinas em região de junção de palato mole e duro, conhecidas como lesão por felação, lacerações de freio lingual e labial e marcas de mordida que visivelmente não pertençam a própria criança nem tenham sido geradas por ataque animal.

Outra condição encontrada como sinal de abuso é o condiloma acuminado, uma lesão decorrente da infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), afetando mucosas jugal, gengival e labial, além de palato duro (PERCINOTO *et al.*, 2014). Além disso, manifestações orais de HIV podem ser sinais suspeitos de abuso, tais quais o eritema gengival linear – mais comumente evidenciado –, sarcoma de Kaposi, linfoma e leucoplasia pilosa, esses menos frequentes em pacientes pediátricos (FERREIRA *et al.*, 2004). Já a sífilis, apesar de ter a transmissão vertical como fonte primária de contágio e ser incomum em crianças sexualmente abusadas, deve ser, sim, investigada por ser considerada um fator possível de contato sexual, de modo que, uma anamnese de qualidade deve ser realizada para diferir contaminação congênita de adquirida, além da indispensabilidade da realização de exames sorológicos. (WOODS, 2005).

Dentro dos profissionais de saúde, por conta de as manifestações orais serem da área de atuação da odontologia, os cirurgiões-dentistas estão em uma posição favorável a reconhecer casos de abuso infantil, pois, são responsáveis pelo diagnóstico dessas lesões e mantêm um contato estreito entre o paciente e a família, e assim têm a oportunidade de observar aspectos físicos e psicológicos das crianças e de seus ambientes familiares. (MATHUR, 2013). O profissional, antes de fazer uma determinação final de abuso sexual e reportar judicialmente, deve realizar anamnese minuciosa e, se necessário, solicitar exames complementares para prova diagnóstica, incluindo uma revisão completa de todo o histórico médico e familiar disponível, informações que são vitais para justificar desconfiância e acusações de tal violência (DALTON *et al.*, 2013).

Assim, mais uma vez, o comportamento da criança deve ser valorizado. Sinais de ambivalência afetiva, baixa autoestima, sexualização traumática, mentiras compulsórias e sentimentos de desconfiância relativa aos adultos são indicadores psicológicos de abuso sexual

(CRESPO *et al.*, 2011). A percepção no consultório de sensibilidade exacerbada à dor, reações inapropriadas aos estímulos, comportamento tímido e submisso e irritação intensa também são atitudes típicas em crianças que são maltratadas (MENOLI *et al.*, 2009). Portanto, para detectar um abuso importa estar atento às informações verbais e não-verbais, aos sinais, sintomas e fatores de risco constatados. Sendo assim, a suspeita e o diagnóstico baseiam-se sempre na conjugação de múltiplas evidências (CRESPO *et al.*, 2011).

1.1 JUSTIFICATIVA

Em decorrência dos poucos estudos encontrados na literatura e da pertinência do tema, justifica-se a revisão da literatura sobre as manifestações orais associadas ao abuso sexual infantil, para então a confecção de uma cartilha voltada aos cirurgiões dentistas, a fim de que haja maior compreensão do assunto, disseminação de conhecimentos e preparo clínico frente a casos de lesões orais potencialmente associadas ao abuso sexual infantil.

1.2 OBJETIVO

Desenvolver material educativo para cirurgiões-dentistas sobre sua importância no diagnóstico da violência sexual infantil, de maneira a evidenciar as lesões que devem ser atentadas durante a consulta odontológica de pacientes pediátricos e descrever possíveis condutas frente ao diagnóstico de lesões orais que estejam possivelmente associadas ao abuso sexual.

1.3 Objetivo específico

Revisar a literatura publicada a respeito das lesões estomatológicas associadas ao abuso sexual infantil, assim como das infecções sexualmente transmissíveis e do papel do cirurgião-dentista nesse contexto.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa de literatura e, para desenvolvimento desta, foi realizada uma busca de artigos referentes ao tema estudado nas bases de dados PUBMED e SciELO, a partir dos descritores “*oral manifestation*”, “*child sexual abuse*”, “*role of dentist in child abuse*”, “*children*” “*sexually transmitted diseases*” e “*dentist’s conduct*”. Posteriormente, realizou-se a leitura de títulos e resumos de todos os artigos encontrados nas bases de dados para adequada inclusão dos trabalhos pertinentes ao tema proposto nesta revisão de literatura. Após leitura na íntegra de trabalhos selecionados, também se considerou as referências desses artigos para essa revisão. Como critério de inclusão será considerado: artigos que contemplem a temática proposta, dentro dos idiomas português, inglês e espanhol. Serão excluídos os artigos que não contemplem a temática proposta e aqueles que não estiverem com o texto na íntegra disponível.

A partir da revisão de literatura, foi construído um material informativo embasado na literatura proposta por Almeida (2017) para construção de materiais educativos para a área da saúde, em forma de cartilha. Esse material foi construído e direcionado a profissionais da saúde, sobretudo cirurgiões-dentistas, com a finalidade de disseminação de conhecimentos. Dessa forma, essa cartilha está disponível de forma impressa, em instituições de ensino de saber odontológico, em unidades básicas de saúde e estratégias da saúde da família. Além disso, a cartilha também pode ser escaneada e distribuída com base no escaneamento de *QR Code*, um código bidimensional de resposta rápida, que pode facilmente acessar o material através da câmera de *smartphones*.

3 RESULTADOS

3.1 Revisão de literatura

3.1.1 Abuso sexual infantil

Apesar dos direitos de possuir uma vida saudável e livre de violência, todos os anos, milhões de crianças são vítimas de violência, o que inclui o abuso emocional, físico e sexual. Esse é um problema com sérios impactos na qualidade de vida da vítima, com consequências físicas, mentais, de desenvolvimento e sociais (OMS, 2006). Dessa forma, o abuso infantil constitui um problema antropossocial, transversal a todas as classes sociais, culturas e religiões e persiste como um problema global a despeito de inúmeras campanhas de alerta e prevenção. (CRESPO *et al.*, 2011) No que caracteriza o abuso sexual, o Boletim Epidemiológico de 2018 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) cita:

Incluem-se como violência sexual os casos de assédio, estupro, pornografia infantil e exploração sexual, que podem se manifestar das seguintes maneiras: abuso incestuoso; sexo forçado no casamento; jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas; pedofilia; voyeurismo; manuseio; penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui, também, exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Ademais, se consideram os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento, impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e direitos reprodutivos.

O abuso de crianças, principalmente quando ocorrido no ambiente familiar, deixa-as vulneráveis a múltiplos problemas de saúde, como implicações psicológicas, depressão, estresse pós-traumático, baixa autoestima, fobias sociais, comportamento suicida ou agressivo, déficit de atenção e hiperatividade e demais problemas de comportamento, tais quais abuso de substâncias químicas e comportamento sexual de risco (FRANZIN *et al.*, 2014). No Brasil, o abuso sexual infantil revela-se comum, comprovado pelo fato de que não só 58.037 abusos infantis foram cometidos em um período de seis anos, de 2011 a 2017, como também se estima que haja uma grande subnotificação, gerada pela falta de denúncia, pela dificuldade de

comunicação oral inerente da infância e, por certas vezes, pelo abusador ser o próprio responsável pela criança que sofreu violência sexual (BRASIL, 2018).

Em frente a uma situação de abuso sexual infantil, o conhecimento relacionado a epidemiologia e padrões de abuso é essencial para a condução dos casos. Além disso, também é igualmente importante o conhecimento das variações de normalidade anatômicas da criança, a valorização da história por ela contada e a atenção aos sinais físicos (MODELLI *et al.*, 2012).

3.1.2 Lesões bucais potencialmente associadas ao abuso infantil

A detecção precoce de lesões orais em crianças depende da familiaridade dos profissionais da saúde com a anatomia, a capacidade de examiná-la completamente em crianças não-cooperativas e sobre as etiologias e características de lesões do ambiente oral. Portanto, avançar no conhecimento das lesões e no contexto da história do paciente pode ajudar a elucidar o diagnóstico de abuso nas situações apropriadas (PRINTZ *et al.*, 2016).

A manifestação oral ou faríngea de gonorreia, gerada por uma infecção bacteriana, é rara, e dá-se através do contato orogenital. Normalmente apresenta-se como uma faringite, podendo aparecer também como amigdalites, gengivite, estomatites ou glossite (FERNÁNDEZ-LÓPEZ; MORALES-ANGULO, 2016). Quando encontrada em forma de gengivite, a lesão pode simular a gengivite ulcerativa necrosante, porém, sem o odor oral típico dessa condição, o que fornece um indício importante para a verdadeira causa (NEVILLE *et al.*, 2016). A visão clínica é de eritema, úlceras e lesões vesicobolhosas em região de lábios, língua, palato e faringe. Geralmente, essas lesões orais e periorais de gonorreia, principalmente em crianças, são diagnosticadas com técnicas de cultura e, quando esta é confirmada, é considerada um sinal patognomônico de abuso sexual (COSTACURTA *et al.*, 2015).

A lesão por felação tem como característica petéquias na região de palato duro, palato mole e na junção de ambos, segundo a Academia Americana de Pediatria (AAP, 2008), e é resultado de um sangramento submucoso causado pela pressão do contato orogenital. Geralmente é uma condição assintomática (COHEN, 2013). Em crianças, a lesão é sugestiva de abuso sexual, principalmente se em associação com outros indícios, como infecções orais por agentes sexualmente transmissíveis ou lacerações de freios (CRESPO *et al.*, 2011). Essas lacerações encontradas na infância são comumente causadas por agressões, podendo ser sexuais ou físicas, e ocorrem principalmente em freio lingual e freio labial (COSTACURTA *et al.*, 2015), sendo que, a laceração em freio labial é amplamente vista na literatura e entre

profissionais pediátricos como um sinal claro de alguma espécie de abuso cometido contra à criança. (MAGUIRE *et al.*, 2007).

Marcas de mordida em uma criança também são frequentemente associadas à abuso sexual ou físico, sobretudo aquelas que são visivelmente causadas por adultos (COSTACURTA *et al.*, 2011). Elas devem levantar suspeitas, principalmente quando equimoses ou escoriações são encontradas em um padrão elíptico, em forma de ferradura ou ovoide, além disso, revela-se necessário diferenciar mordeduras humanas de animais. Enquanto a mordida de animal – causada por cachorros ou outros animais carnívoros – tende a rasgar a pele, a mordida humana a comprime e pode causar abração, contusão e em menor caso laceração, porém, raramente avulsão de tecido, como a causada por mordedura animal. (FISHER-OWEN *et al.*, 2017). Nesses casos, é importante atentar-se quanto à explicação dada pelos responsáveis ou pela vítima sobre a origem da lesão, principalmente quando a justificativa não for consistente com a extensão, fisionomia e gravidade clinicamente observadas (COSTACURTA *et al.*, 2011). Ademais, segundo a *American Board of Forensic Odontology* (ABFO, 2013), marcas de mordidas que sejam características de abuso devem ser fotografadas e, se possível, deve-se realizar colheita de material em busca de saliva e secreções e, em seguida, encaminhar amostra para análise.

O papilomavírus humano (HPV) exibe um tropismo pelo epitélio pavimentoso, podendo também infectar pele e mucosa. Mais de 120 tipos de HPV foram identificados, incluindo mais de 30 tipos conhecidos por infectar a mucosa oral, podendo eles serem identificados como benignos ou malignos (NEVILLE *et al.*, 2016). As lesões correlacionadas com condições malignas ou com potencial de malignidade são líquen plano, pênfigo vulgar, carcinoma celular e carcinoma verrucoso. Entre essas entidades patológicas associadas ao HPV, também podemos apontar o papiloma escamoso oral, o condiloma acuminado, altamente associada a atividade sexual, e a hiperplasia epitelial focal. (PINHEIRO *et al.*, 2011). Sendo assim, o condiloma acuminado afeta principalmente a região genital e, em menor frequência, a cavidade oral – em gengiva, mucosa jugal, palato e mucosa labial – em forma de um nódulo verrucoso. (PERCINOTO *et al.*, 2014). Tipicamente, o condiloma aparece como uma lesão exofítica, sésil, rósea, indolor, de bordas bem delimitadas e com projeções superficiais curtas e embotadas, com tamanho médio de 1 a 1,5 cm (NEVILLE *et al.*, 2016). Essa lesão, quando diagnosticada em crianças, é eminentemente relacionada com casos de abuso sexual infantil, pois, apesar de ter a transmissão vertical como uma possibilidade de contaminação, tem o contato sexual como seu principal agente de infecção (PERCINOTO *et al.*, 2014).

Além do condiloma, o papiloma escamoso oral é uma das lesões benignas mais comuns relacionadas ao HPV e aparece em cavidade oral como forma de uma massa exofítica papilar ou verrucosa, mais comumente em língua e palato mole, podendo ainda afetar outros sítios. Seu modo de contaminação é usualmente relacionado à transmissão vertical, durante o parto, porém, a transmissão pelo contato sexual não pode ser descartada (ORENUGA *et al.*, 2018). Novamente, no que diz respeito ao papilomavírus humano, o histórico familiar é fundamental para avaliar o provável tipo de contágio. Em casos em que os tipos de HPV entre mãe e filho não são concordantes, é sugestivo de que a transmissão no infante foi, sim, decorrente de abuso sexual (PINHEIRO *et al.*, 2011). Ademais, a hiperplasia epitelial focal tem sido relatada em muitas crianças de grupos étnicos e é caracterizada por múltiplas pápulas e nódulos achatados de coloração normal principalmente em mucosa labial, jugal e lingual, podendo ainda afetar palato e gengiva. Assim como o papiloma escamoso oral, tem como transmissão principal a via vertical (NEVILLE *et al.*, 2016).

O contágio do vírus da imunodeficiência humana (HIV) gera uma infecção crônica, que preliminarmente é caracterizada por uma primeira fase assintomática que pode permanecer inalterada por anos e subsequentemente ser sucedida por uma fase de aparição de sintomas, devido à imunossupressão, e no final, pode levar à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (LAURITANO *et al.*, 2020). Em pacientes pediátricos, a via de transmissão mais frequente ocorre verticalmente. No entanto, também devemos considerar o contato sexual como uma das vias de contágio (FERREIRA *et al.*, 2004). Motivo dado devido à via de transmissão maior incumbida, mundialmente, de disseminação do vírus ser a sexual (FERNÁNDEZ-LÓPEZ; MORALES-ANGULO, 2016). Em crianças soropositivas é comum de encontrar lesões em cavidade oral, pois frequentemente essas estão entre as primeiras manifestações da infecção por HIV (LAURITANO *et al.*, 2020). Portanto, muitas vezes, os cirurgiões dentistas são os primeiros a se deparar com o fato e desconfiança da infecção (TONELLI *et al.*, 2013). Os pacientes pediátricos HIV positivo são mais suscetíveis a infecções oportunistas, que também se manifestam em cavidade oral, visto que apresentam um sistema imunológico imaturo e ainda mais propenso a imunossupressão, provocando o avanço rápido das doenças associadas (ARAÚJO *et al.*, 2018). Sendo assim, as lesões orais da infecção por HIV não são características específicas da doença por si própria, e sim manifestações de outras condições que se expressam devido a essa imunossupressão crônica (BRUCE *et al.*, 2004).

Há na literatura uma variedade de lesões bucais encontradas em pacientes pediátricos HIV positivos e as mais prevalentes são: candidíase em suas diversas formas, gengivite, gengivoestomatite herpética aguda, eritema gengival linear, leucoplasia pilosa, sarcoma de

Kaposi, aumento de parótida e herpes simples (ARAÚJO *et al.*, 2018). E ainda, acometimento das glândulas salivares (TONELLI *et al.*, 2013).

A candidíase, por sua vez, é a manifestação do HIV mais comum em pacientes pediátricos (KONSTANTYNER *et al.*, 2013). Decorrencia da modificação da conjunção dos seguintes fatores: suscetibilidade dos pacientes acometidos pelo HIV às infecções oportunistas, mudanças de microbiota oral, associação de drogas, incluindo agentes antimicrobianos, corticosteroides e anti-inflamatórios e de uma maior resistência da *Candida albicans* ao tratamento convencional nestes pacientes (ALVES *et al.*, 2010).

Além disso, uma condição periodontal fortemente associada a esses pacientes é o eritema gengival linear, caracterizado por uma faixa eritematosa ao longo da gengiva marginal, que não está associada ao acúmulo de placa e não responde frente ao tratamento convencional periodontal (ALVES *et al.*, 2010). Observa-se que esse eritema, além de ser comumente encontrado nesses pacientes pediátricos, é uma manifestação exclusiva do HIV positivo (TONELLI *et al.*, 2013).

A leucoplasia pilosa, caracterizada por placas esbranquiçadas bem delimitadas, planas e de dimensões variáveis, ocorre em bordas laterais de língua e é uma das manifestações assintomáticas do HIV. Essas placas não são removíveis à raspagem e apresentam-se não infiltradas. (ALVES *et al.*, 2010). Considerada como uma condição típica relacionada ao HIV, a leucoplasia pilosa é altamente encontrada em adultos, podendo ser evidenciada também em crianças, porém, em menor regularidade. (LAURITANO *et al.*, 2010).

Ademais, o sarcoma de Kaposi é mais uma manifestação oral altamente associada ao vírus da imunodeficiência humana. É um tumor maligno proveniente do crescimento de células da parede dos vasos sanguíneos e, em estágios avançados, aparece sob forma de lesões elevadas, frequentemente lobuladas, ulceradas e macias, podendo inclusive recobrir a coroa dos dentes e gerar mobilidade dentária (ALVES *et al.*, 2010). O palato duro, a gengiva e a língua são os sítios mais afetados, além da pele, onde inicialmente tem-se lesões como máculas vermelho-purpúreas ou marrons, cuja diascopia é negativa, e com o tempo, essas máculas se tornam placas ou nódulos, que podem coalescer e tornar-se uma massa difusa e exofítica (NEVILLE *et al.*, 2016). A neoplasia de Kaposi, apesar de ser raramente encontrada em pacientes pediátricos, é passível de acometer as crianças infectadas pelo HIV (TONELLI *et al.*, 2013).

E por fim, em decorrência da imunossupressão, outra lesão geralmente encontrada em cavidade oral ou perioral de pacientes pediátricos com HIV é a herpes simples (LAURITANO *et al.*, 2020). Essa infecção herpética releva-se crônica, com reativações frequentes, lesões maiores e de maior duração e, ao contrário das alterações típicas do herpes simples, em

pacientes imunossuprimidos, também é capaz de acometer mucosa não-queratinizada (ALVES *et al.*, 2010).

A sífilis é conhecida desde a antiguidade e segue sendo um problema de saúde público ao redor do mundo. Ela é subdividida em congênita, através da transmissão vertical, e em adquirida, cujo principal responsável é o contato sexual (WOODS, 2005). Em crianças, a sífilis congênita segue sendo mais prevalente do que a adquirida (DALTON *et al.*, 2013). No entanto, a prevalência atual pode estar significativamente subestimada devido a inibição social e relutância ao denunciar os casos de abuso sexual infantil (LONG, 2020). A sífilis em crianças, apesar de ser mais incomum do que em adultos e adolescentes, possui manifestações clínicas semelhantes (WOODS, 2005). Os sinais e sintomas são diferentes de acordo com o estágio da doença: em fase primária, o cancro se manifesta oralmente como uma úlcera autolimitada inespecífica em regiões de língua, lábios e comissuras, sem sintomatologia dolorosa (ANDRADE *et al.*, 2018). A úlcera oral acompanha a linfadenopatia regional e ainda pode apresentar-se, esporadicamente, como uma proliferação vascular semelhante a um granuloma piogênico. Assim, a lesão do cancro torna-se clinicamente evidente de 3 a 90 dias após a exposição inicial ao *Treponema pallidum*, agente etiológico da doença (NEVILLE *et al.*, 2016). Já em fase secundária, além dos sintomas sistêmicos de cefaleia, faringite, exantemas e roséola sífilítica, oralmente manifesta-se clinicamente de 4 a 10 semanas após infecção, em forma de placas mucosas brancas ou acinzentadas discretamente elevadas ou ainda em forma de condiloma lata, caracterizado por lesões nodulares firmes (ANDRADE *et al.*, 2018). Essas placas podem acometer qualquer superfície mucosa, apesar de estarem mais presentes em lábios, língua, mucosa jugal e palato e, ao contrário da sífilis primária, lesões múltiplas podem ser observadas nessa fase, com resolução espontânea de 2 a 12 semanas, apesar da possibilidade de recidiva (NEVILLE *et al.*, 2016). Em fase terciária, há envolvimento vascular do sistema nervoso e apresenta-se como focos dispersos de infecções granulomatosas, também conhecidos por goma, aumento da língua e ulceração ou perfuração do palato (ANDRADE *et al.*, 2018). A título de conhecimento, algumas manifestações orais decorrentes da sífilis são características individuais da infecção congênita, tais quais: os dentes de Hutchinson – incisivos centrais permanentes em formato de pino – e primeiros molares multicúspides, conhecidos como molares amoras. Essas anomalias dentárias são causadas por vasculite sífilítica, na época do nascimento, responsável por danificar os germes dentários permanentes em desenvolvimento (WOODS, 2005).

Entre as duas divisões de sífilis na infância, muita preocupação está voltada para a congênita, enquanto a sífilis adquirida recebe pouca atenção. Uma vez que a sífilis é confirmada

em uma criança, o abuso sexual deve ser tão ativamente considerado e investigado e outras investigações epidemiológicas devem ser conduzidas (LONG, 2020). Junto a desconfiança, uma revisão detalhada do histórico médico da criança e da família deve ser realizado, pois, confirmado o caso de abuso, o profissional de saúde tem o dever de realizar a denúncia a fim de garantir os direitos da criança (DALTON *et al.*, 2013).

3.1.3 Papel e conduta do cirurgião-dentista frente aos casos de abuso infantil

Crianças expostas a abusos, incluindo o abuso sexual, podem manifestar as condições de maus-tratos como forma de lesões na cavidade oral, motivo que justifica a necessidade de que todos os profissionais da saúde e, essencialmente o cirurgião-dentista, estejam atentos aos sinais indicatórios de que essa violência foi de fato cometida (FISHER-OWENS *et al.*, 2017). Entre os profissionais da saúde, o dentista provavelmente está na mais favorável posição de reconhecer os sinais de abuso infantil, pois não só é apto e responsável pela identificação de lesões de cavidade oral, cabeça e pescoço, como também cria um vínculo contínuo com seus pacientes pediátricos e suas famílias, logo, possui a oportunidade de observar e ter acesso à condição física e psicológica do paciente e do ambiente familiar em que ele está inserido (MATHUR, 2013).

Sendo assim, é de interesse do profissional dentista que se esteja atento aos comportamentos que uma criança abusada pode apresentar em ambiente de atendimento odontológico, as evidências revelam que uma criança maltratada age com maior sensibilidade à dor, podendo ainda reagir inapropriadamente ao nível dos estímulos. Geralmente são tímidas, desatentas, irritadiças e falam pouco. Outro comportamento muito comum é de submissão, porém, quando confrontadas percebe-se agressividade. No entanto, o comportamento mais válido para a desconfiança de um caso de maus-tratos ocorre quando a criança é perguntada sobre feridas e lesões e age replicando com fala ilógica e inconsistente (MENOLI *et al.*, 2009).

Dessa forma, o cirurgião-dentista deve estar atento aos sinais e sintomas sugestivos de abuso, bem como seus fatores de risco, lesões associadas, indicadores físicos, sempre valorizados no contexto da história relatada pela vítima e responsáveis, sobretudo quando se verifica inadequação, inconsistência ou discrepância da explicação (CRESPO *et al.*, 2011). O que corrobora com o saber de que o reconhecimento do abuso depende de diversas variáveis, como o contexto médico da criança, as condições maternas – para descartar casos de

transmissão vertical – contexto social do ambiente em que a criança se encontra e desenvolvimento da história e explicação fornecida em relação a lesões (PRINTZ *et al.*, 2016).

Portanto, a qualificação adequada dos profissionais da odontologia é imprescindível para o manejo clínico adequado das possíveis lesões orofaciais decorrentes da violência infantil. Assim, é necessário que todos os cirurgiões-dentistas aprendam e assumam, como parte de sua obrigação profissional, a identificar precocemente os sinais e sintomas característicos de abuso sexual infantil quando confrontados com um caso suspeito, além de exercer a sua responsabilidade com os procedimentos adequados de registro, notificação e denúncia (GARROCHO-RANGEL *et al.*, 2015).

3.2 Cartilha

A cartilha confeccionada encontra-se no apêndice A.

4 DISCUSSÃO

As evidências utilizadas nesse trabalho revelam uma concordância sobre a capacidade profissional e importância do cirurgião-dentista frente ao diagnóstico de abusos sexuais infantis, pois como conclui Mathur (2013), os profissionais da saúde bucal estão provavelmente entre as posições mais favoráveis a reconhecer os indícios de abuso, por serem próximos a vítima e ao seu histórico e ambiente familiar, corroborando ainda com a ideia de Garrocho-Rangel e colaboradores (2015) de que o dentista encontra-se em posição estratégica para a detecção, acolhimento da vítima e denúncia. Sendo assim, revela-se necessário que o profissional esteja apto a reconhecer as lesões associadas, o comportamento da criança abusada e, sobretudo, esteja apto a avaliar o relato do paciente e dos responsáveis sobre a origem das lesões evidenciadas (CRESPO *et al.*, 2011). Outro fator que comprova a relevância de estar qualificado para o reconhecimento do abuso é a alta prevalência de vítimas desse crime, enquanto 17.830 crianças foram abusadas sexualmente no ano de 2018, no ano de 2019 foram 17.871 vítimas identificadas pelo DISQUE 100, que também evidencia o fato de que 69% dos casos de violência contra crianças são recorrentes (BRASIL, 2019).

Entre as tribulações para realização desta revisão de literatura e cartilha, a provável subnotificação de denúncias é a que mais impacta nos dados encontrados. Essa subnotificação pode ocorrer por parte da vítima ou família, por receio de represálias sociais, ameaças do agressor, medo de ser desacreditada frente à denúncia e falta de educação sexual, que permitiria reconhecimento da impropriedade do ato (SOUSA *et al.*, 2022), além da possível dificuldade de comunicação oral inerente da infância (BRASIL, 2018). Entretanto, evidencia-se, também, que a subnotificação pode estar relacionada às debilidades estruturais dos serviços de saúde e às dificuldades profissionais de diagnóstico, mais uma vez solidificando a necessidade de se estar instruído frente a essas situações, uma vez que a subnotificação do abuso infantil implica em sua invisibilidade de causa e no conseqüente não desencadeamento de estratégias adequadas pelo poder público (ROLIM *et al.*, 2014).

Sendo assim, para que o cirurgião-dentista possa diagnosticar corretamente os abusos, não basta estar ciente apenas das manifestações orais e periorais e, sim, saber observar a conjugação de evidências, que iniciam nas informações verbais e não-verbais transmitidas ao profissional e seguem com a anamnese, histórico familiar de doenças, indicadores físicos, fatores de risco, nível de desenvolvimento da criança e perturbações de conduta e personalidade (CRESPO *et al.*, 2011). Corroborando com a tese de que, para que o abuso seja detectado, há uma demanda de conhecimento, sensibilidade e preparo por parte do profissional. Tendo em

vista esse ponto, mais estudos deveriam ser realizados quanto ao nível de preparo que os cirurgiões-dentistas se encontram para realizar o atendimento de uma criança vítima de abuso, bem como de lidar com a situação de maneira adequada.

No que situa a orientação de denúncia contra esse crime, o Conselho de Ética Odontológica não representa ser tão específico quanto à postura do cirurgião-dentista, atentando-se apenas a citar, de acordo com artigo 9º, número 7, de seu código, resolução CFO-118/2012, que constitui dever fundamental dos inscritos e sua violação caracteriza infração ética, zelar pela saúde e pela dignidade do paciente; e com o artigo 11º, número 8 de seu código, da mesma resolução, que indica constituir infração ética desrespeitar ou permitir que seja desrespeitado o paciente (CFO, 2012). Todavia, o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8069/09, é mais categórico quanto aos deveres dos cidadãos em relação aos direitos das crianças, citando em seu artigo 5º que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais; e também em seu artigo 18º que é dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor (BRASIL, 1990).

Por conseguinte, exposta a importância do assunto abordado nesse trabalho e a sua relação com os profissionais da saúde, essencialmente com os cirurgiões-dentistas, a confecção do material educativo em formato de cartilha foi definida para que possa ocorrer disseminação de conhecimentos. A escolha de um material educativo é respaldada por Kelly-Santos e colaboradores (2009) que apresentam resultados na divulgação de materiais para profissionais da saúde, indicando que essa forma de material auxilia no treinamento de profissionais e ajuda a enfatizar os aspectos clínicos de doenças, além de mobilizar interação, negociação de significados, motivações e valores entre os que participam do processo de produção e de consumo.

Entende-se que, para proteger e defender os direitos das crianças, o cirurgião-dentista tem como dever, profissional e civil, protegê-las de qualquer violência, exploração e crueldade, a fim de zelar pela sua vida, saúde, segurança e dignidade. Dessa forma, é nítida a necessidade de preparação profissional para que haja a elucidação das manifestações orais associadas a possibilidade de abuso sexual infantil e também dos possíveis sinais físicos e psicológicos que a criança venha a apresentar, além da análise do contexto social, ambiente familiar e da história relatada em relação as lesões, assim, é necessário que o profissional observe quanto a inconsistências e discrepância da justificativas dadas.

5 CONCLUSÃO

Por conseguinte, o material informativo deve servir como guia a esses profissionais, para que se possa cumprir os deveres da profissão e garantir os direitos das crianças, visto que o cirurgião-dentista está em uma das posições mais favoráveis, entre os profissionais da saúde, de reconhecer os sinais de abuso, devido a aptidão de identificar lesões da cavidade oral, cabeça e pescoço, tal como ao vínculo contínuo criado com seus pacientes pediátricos e ao envolvimento com ambiente familiar em que estão inseridos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, D.M. Elaboração de materiais educativos. **Disciplina Ações Educativas na Prática de Enfermagem Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. 2017.

Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4412041/mod_resource/content/1/ELABORA%C3%87%C3%83O%20MATERIAL%20EDUCATIVO.pdf. Acesso em: 25 de novembro de 2021.

ALVES, F. B. T. et. al. Lesões estomatológicas em crianças HIV positivo e sua implicação clínica. **Arquivos em Odontologia**. Volume 45. Número 4. 2010.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS: Committee on Child Abuse and Neglect. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. **Dentistry Council on Clinical Affairs. Pediatr Dent**. Páginas 86-89. 2008.

AMERICAN BOARD OF FORENSIC ODONTOLOGY, **Diplomates Reference Manual** Janeiro, 2013.

Disponível em: <http://www.abfo.org/wp-content/uploads/2012/08/ABFO-Reference-Manual-1-22-2013-revision.pdf>

ANDRADE R.S. et al. Oral findings in secondary syphilis. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. Volume 23. Número 2. Páginas 138-143. 2018.

ARAÚJO, J. F. et al. Principais manifestações bucais em pacientes pediátricos HIV positivos e o efeito da terapia antirretroviral altamente ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Volume 23. Número 1. Páginas 115-122, 2018.

BARTH J, et. Al. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. **Int J Public Health**. Volume 58. Número 3. Páginas 469-483. Junho, 2013.

BASSANI, Diego G. et al. Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: a population-based study. **BMC Public Health**. Volume 9. Página 133, 2009.

BRASIL. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil de 2011 a 2017, **Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico**, Volume 49, Número 27. 2018.

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266. Acesso em: 21 de maio de 2022.

BRASIL. Relatório do ano de 2019: Disque 100. **Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos**. Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. 2020.

Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/disque-100/relatorio-2019_disque-100.pdf/view. Acesso em 21 de maio de 2022.

BRUCE, Alison; ROGERS, Roy. Oral manifestations of sexually transmitted diseases. **Clinics in Dermatology**, Volume 22, Número 6, Páginas 520-527. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de Ética Odontológica**. Resolução CFO-118/2012, 2012.

Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf. Acesso em 21 de maio de 2022.

COHEN, P R. M., MILLER, V. M. Fellatio-associated petechiae of the palate: report of purpuric palatal lesions developing after oral sex. **Dermatology Online Journal**, Volume 19. Número 7. 2013.

COSTACURTA, M et al. Oral and dental signs of child abuse and neglect. **ORAL & implantology**. Volume 8. Páginas 2-73. Jul. 2016.

CRESPO, M. et al. O Papel do Médico Dentista no Diagnóstico e Sinalização do Abuso de Crianças. **Acta Med Port**. Volume 24. Número 4. Páginas 939-948. 2011

DALTON, S. R. et al. Secondary syphilis and suspected child abuse. **J American Academy Dermatology**. Volume 69, Número 4. 2013.

FERNÁNDEZ-LÓPEZ, C; MORALES-ANGULO, C. Lesiones otorrinolaringológicas secundarias al sexo oral / Otorhinolaryngology manifestations secondary to oral sex. **Acta otorrinolaringol. esp**; Volume 68. Número 3. Páginas 169-180, Jun. 2017.

FERREIRA, Dennis C. et al. Aspectos orais da infecção pelo hiv em pacientes pediátricos – uma abordagem atual. DST – **J bras Doenças Sex Transm**. Volume 16. Número 2. Páginas 53-57, 2004.

FISHER-OWENS, S. A., LUKEFAHR, J. L., & TATE, A. R. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. **Pediatrics**. Volume 140, Número 2. 2017.

FRANZIN, L. C. S. et al. Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. **Child Abuse & Neglect. Elsevier**. Volume 38. Número 10. Páginas 1706-1714. 2014.

GARROCHO-RANGEL A, et al. A dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. **J Clin Exp Dent**. Volume 7. Número 3. Páginas 428-34; 2015.

KAPILA, Y. L. Oral health's inextricable connection to systemic health: Special populations bring to bear multimodal relationships and factors connecting periodontal disease to systemic diseases and conditions. **Periodontol 2000**. Volume 87. Número 1. Páginas 11-16. 2021.

KONSTANTYNER, T. C. R. O. et al. Fatores associados ao tempo livre de candidíase oral em crianças vivendo com HIV/AIDS, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Volume 29. Número 11. Páginas 2197-2207. Nov, 2013.

LAURITANO, D. et. al Oral Manifestations in HIV-Positive Children: A Systematic Review. **Pathogens 2020**, Volume 9, Número 88. 2020.

LONG, F. Acquired syphilis in children: A widely neglected public health issue. **Pediatric Dermatology. Wiley Periodicals**. Volume 37. Número 2. Página 316. 2020.

MAGUIRE, S. et al. Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. **Arch Dis Child**. Volume 92. Número 12. Páginas 1113–1117. 2007

MATHUR, S.; CHOPRA, R. Combating child abuse: the role of a dentist. **Oral Health Prev Dent**. Volume 11. Número 3. Páginas 243-250. 2013

MENOLI, A. P. et al. Manifestações bucais de maus-tratos físicos e sexuais em crianças-conduta do cirurgião-dentista. **Varia Scientia: Unioeste**. Volume 8. Número 14 Páginas 11-22, 2009.

MODELLI, M. E. S; GALVÃO, M. F; PRATESI, R. Child sexual abuse, **Forensic Science International 217. Elsevier**. Volume 217. Número 3. Páginas 1-4. 2012.

NEVILLE, B. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional. Páginas 170-846. 2016.

NICKEL, M., et al. Sexual abuse in childhood and youth as psychopathologically relevant life occurrence: cross-sectional survey. **Croat Med J**. Volume 45. Número 4. Páginas 483-489. 2004

OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. **World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect**. 2006.

Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43499>

ORENUGA, O., et al. Oral squamous papilloma in a pediatric patient. **Nigerian Journal of Clinical Practice**. Volume 21. Número 12. Páginas 1674-1677. 2018

OSHIMA, K., et. al. The Influence of Childhood Sexual Abuse on Adolescent Outcomes: The Roles of Gender, Poverty, and Revictimization. **Journal of Child Sexual Abuse**. Volume 27. Número 6. Páginas 622-641. 2014

PERCINOTO, A. C. et al. “Condyloma acuminata in the tongue and palate of a sexually abused child: a case report.” **BMC research notes**. Volume 7. Número 467. 2014.

PINHEIRO, R. S. Human papillomavirus in the oral cavity of children. **J Oral Pathol Med**. Volume 40. Número 2. Páginas 121–126. 2011.

PRINTZ, J. N. et al. Identifying Potential Child Abuse through Oral Examination. **Case Reports in Pediatrics**. Volume 2017. 2017.

ROLIM, A. C. et al. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. **Saúde Debate**. Volume 38. Número 103. Páginas 794-804. 2014.

SOUSA, M. B. et al. Um muro de silêncio: a subnotificação do abuso sexual infantil intrafamiliar. **Brazilian Journal of Health Review**. Volume 5. Número 2. Páginas 7632-7637. 2022.

SHARMA, N. et al. Oral microbiome and health. **AIMS microbiology**. Volume 4. Número 1. Páginas 42-66. 2018.

SWERDLIN, A.; BERKOWITZ, C.; CRAFT, N. Cutaneous signs of child abuse. **J Am Acad Dermatol**. Volume 57. Número 3. Páginas 371-392. 2007.

TONELLI, S. Q. et al. Manifestações bucais em pacientes pediátricos infectados pelo HIV: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Faculdade de Odontologia: UPF**. Volume 18. Número 3. Páginas 365-372. 2013.

WOODS, C. R. Syphilis in Children: Congenital and Acquired. **Semin Pediatric Infection Diseases: Elsevier INC**. Volume 16. Número 4. Páginas 245-257. 2005.

YANCEY, C Thresa; HANSEN DJ. Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. **Aggression and Violent Behavior: J Fam Viol**. Volume 15. Número 6. Páginas 410-42. 2013.

APÊNDICE A – Cartilha informativa aos cirurgiões-dentistas

Manifestações orais associadas ao abuso sexual infantil:

cartilha informativa
para cirurgiões-dentistas



Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 5 do Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8069/90

É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

Art. 18 do Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8069/90

A presente cartilha é resultado do trabalho final de graduação, elaborado por Ana Cecilia Rubert Gouvêa, apresentado ao Curso de Odontologia - Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana, como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgiã- Dentista.

O objetivo desse trabalho é orientar cirurgiões-dentistas sobre sua importância no diagnóstico da violência sexual infantil, de maneira a evidenciar as lesões que devem ser atentadas durante a consulta odontológica de pacientes pediátricos e descrever possíveis condutas frente ao diagnóstico de lesões orais que estejam possivelmente associadas ao abuso sexual.

O material constituído é embasado na literatura proposta por Almeida (2017) para confecção de materiais educativos para área da saúde. Para criar o material, um estudo de revisão narrativa de literatura foi realizado, com base na busca de artigos referentes ao tema proposto nas bases de dados PUBMED e SciELO, a partir dos seguintes descritores: “oral manifestation”, “child sexual abuse”, “role of dentist in child abuse”, “children” “sexually transmitted diseases” e “dentist’s conduct”.

O Abuso Sexual Infantil

Apesar dos direitos de possuir uma vida saudável e livre de violência, todos os anos, milhões de crianças são vítimas de violência, o que inclui o abuso emocional, físico e sexual. Esse é um problema com sérios impactos na qualidade de vida da vítima, com consequências físicas, mentais, de desenvolvimento e sociais.

A prevalência no Brasil

Conforme boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, durante os anos de 2011 e 2017, os dados são de 184.524 casos notificados de violência sexual, no Brasil. Sendo 58.037 deles contra crianças. Dessa forma, neste período:

31,5% dos abusos sexuais denunciados foram cometidos contra crianças.

Ainda estima-se que haja uma grande subnotificação, gerada pela falta de denúncia, pela dificuldade de comunicação oral inerente da infância e, por certas vezes, pelo abusador ser o próprio responsável pela criança que sofreu violência sexual.

Perfil das Vítimas

74,2% das vítimas são do sexo feminino.

25,8% das vítimas são sexo masculino.

De 1 a 5 anos de idade tem-se a faixa etária de maior prevalência.

Perfil do Contraventor

90% dos abusadores do sexo masculino.

29,3% dos abusadores, apenas, são desconhecidos da criança ou família.

Quanto mais próxima uma criança é de seu violentador, como em relações parentais diretas, maiores são as sintomatologias e o sofrimento psicológico.

Consequências do abuso

Depressão;
 Estresse pós-traumático;
 Baixa autoestima;
 Fobias sociais;
 Comportamento suicida ou agressivo;
 Déficit de atenção e hiperatividade;
 Sentimentos de desconfiança relativa aos adultos;
 Abuso de substâncias químicas na vida adulta;
 Comportamento sexual de risco;
 Infecções sexualmente transmissíveis.

Saúde bucal e sistêmica

As infecções sexualmente transmissíveis, em virtude do seu modo de contágio, podem afetar membranas mucosas direta e indiretamente. **Por haver uma importância crítica multidirecional entre saúde bucal e saúde sistêmica, essa conexão inextricável vem à tona como forma de doenças ou lesões bucais.** Corroborando com a ideia de que a cavidade oral não só é uma porta de entrada para diferentes órgãos do corpo, como também atua em uma forma de reservatório de uma diversidade de doenças associadas a diferentes partes e condições do organismo.

O Cirurgião-Dentista

O dentista provavelmente está na mais favorável posição de reconhecer os **sinais de abuso infantil**, pois não só é apto e responsável pela identificação de lesões de cavidade oral, cabeça e pescoço, como também cria um vínculo contínuo com seus pacientes pediátricos e suas famílias.

A criança no consultório

Maior sensibilidade à dor;
Reação inapropriada ao nível dos estímulos;
São tímidas, desatentas e irritadiças;
São submissas, porém, quando confrontadas demonstram agressividade;
Fala ilógica e inconsistente a cerca de lesões.

Lesões Orais
Associadas

Gonorreia Oral

Infecção bacteriana que normalmente apresenta-se como uma faringite, amigdalites, gengivite, estomatites ou glossite.

A visão clínica é de eritema, úlceras e lesões vesicobolhosas em região de lábios, língua, palato e faringe.

Quando encontrada em forma de gengivite, a lesão pode simular a gengivite ulcerativa necrosante, porém, sem o odor oral típico dessa condição, o que fornece um indício importante para a verdadeira causa.

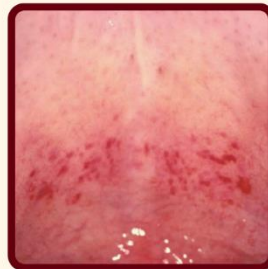


Geralmente, essas lesões orais e periorais de gonorreia, principalmente em crianças, são diagnosticadas com técnicas de cultura e, quando esta é confirmada, é considerada um sinal patognomônico de abuso sexual.

Lesão por Felação

Petéquias na região de palato duro, palato mole e na junção de ambos, resultado de um sangramento submucoso causado pela pressão do contato orogenital.

Em crianças, a lesão é sugestiva de abuso sexual, principalmente se em associação com outros indícios, como infecções orais por agentes sexualmente transmissíveis ou lacerações de freios.



Laceração de Freios

Lacerações encontradas na infância são comumente causadas por agressões, podendo ser sexuais ou físicas, e ocorrem principalmente em freio lingual e freio labial, sendo que, a laceração em freio labial é amplamente vista na literatura e entre profissionais pediátricos como um sinal claro de alguma espécie de abuso foi cometida.

Papilomavírus Humano

O HPV exibe um tropismo pelo epitélio pavimentoso, podendo também infectar pele e mucosa. Mais de 120 tipos de HPV foram identificados, incluindo mais de 30 tipos conhecidos por infectar a mucosa oral, podendo eles serem identificados como benignos ou malignos. Dessas lesões, as mais frequentes em crianças são papiloma escamoso oral, condiloma acuminado e a hiperplasia epitelial focal. No que diz respeito ao papilomavírus humano, o histórico familiar é fundamental para avaliar o provável tipo de contágio. Em casos em que os tipos de HPV entre mãe e filho não são concordantes, é sugestivo de que a transmissão no infante foi, sim, decorrente de abuso sexual.

Condiloma Acuminado

Afeta principalmente a região genital e, em menor frequência, a cavidade oral – em gengiva, mucosa jugal, palato e mucosa labial – **em forma de um nódulo verrucoso, sendo tipicamente uma lesão exofítica, séssil, rósea, bem delimitada, indolor, com projeções superficiais e embotadas.** Essa lesão, quando diagnosticada em crianças, é eminentemente relacionada com casos de abuso sexual infantil, pois, apesar de ter a transmissão vertical como uma possibilidade de contaminação, tem o contato sexual como seu principal agente de infecção.



Papiloma Oral Escamoso

Além do condiloma, o papiloma escamoso oral é uma das lesões benignas mais comuns relacionadas ao HPV e aparece em cavidade oral como forma de uma **massa exofítica papilar ou verrucosa, mais comumente em língua e palato mole,** podendo ainda afetar outros sítios. Seu modo de contaminação é usualmente relacionado à transmissão vertical, durante o parto, porém, a transmissão pelo contato sexual não pode ser descartada e deve ser investigada através de anamnese e histórico familiar.



Hiperplasia Epitelial Focal

A hiperplasia epitelial focal tem sido relatada em muitas crianças de grupos étnicos e é caracterizada por **múltiplas pápulas e nódulos achatados de coloração normal principalmente em mucosa labial, jugal e lingual, podendo ainda afetar palato e gengiva.** Assim como o papiloma escamoso oral, tem como transmissão principal a via vertical.



Vírus da Imunodeficiência Adquirida: HIV

O contágio do HIV gera uma infecção crônica, que preliminarmente é caracterizada por uma primeira fase assintomática que pode permanecer inalterada por anos e subsequentemente ser sucedida por uma fase de aparição de sintomas, devido à imunossupressão, e no final, pode levar à síndrome da imunodeficiência adquirida. Em pacientes pediátricos, a via de transmissão mais frequente ocorre verticalmente. No entanto, também devemos considerar o contato sexual como uma das vias de contágio. Motivo dado devido à via de transmissão maior incumbida, mundialmente, de disseminação do vírus ser a sexual. Em crianças soropositivas é comum de encontrar lesões em cavidade oral, pois frequentemente essas estão entre as primeiras manifestações da infecção por HIV. São manifestações orais comuns ao paciente pediátrico: eritema gengival linear, leucoplasia pilosa e sarcoma de Kaposi, além das infecções oportunistas, como herpes e candidíase.

Infecções Oportunistas

Os pacientes pediátricos HIV positivo são mais suscetíveis a infecções oportunistas, visto que apresentam um sistema imunológico imaturo e ainda mais propenso a imunossupressão, provocando o avanço rápido das doenças associadas. Sendo assim, **as lesões orais da infecção por HIV não são características específicas da doença por si própria, e sim manifestações de outras condições que se expressam devido a essa imunossupressão crônica.**

Candidíase

É a manifestação do HIV mais comum em pacientes pediátricos. Decorrência da modificação da conjunção dos seguintes fatores: suscetibilidade dos pacientes acometidos pelo HIV às infecções oportunistas, mudanças de microbiota oral, associação de drogas, incluindo agentes antimicrobianos, corticosteroides e anti-inflamatórios e de uma maior resistência da *Candida albicans* ao tratamento convencional nestes pacientes.



Herpes

A infecção herpética releva-se crônica, com reativações frequentes, lesões maiores e de maior duração e ao contrário das alterações típicas do herpes simples, em pacientes imunossuprimidos, também é capaz de acometer mucosa não-queratinizada.



Eritema Gengival Linear

Caracterizado por uma **faixa eritematosa ao longo da gengiva marginal, que não está associada ao acúmulo de placa** e não responde frente ao tratamento convencional periodontal. além de ser comumente encontrado nesses pacientes pediátricos, é uma manifestação exclusiva do HIV positivo.



Leucoplasia Pilosa

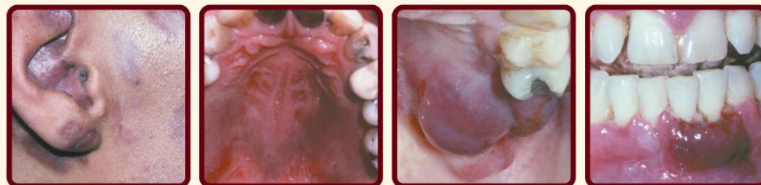
Caracterizada por **placas esbranquiçadas bem delimitadas, planas e de dimensões variáveis, ocorre em bordas laterais de língua** e é uma das manifestações assintomáticas do HIV. Essas placas não são removíveis à raspagem e apresentam-se não infiltradas.



Sarcoma de Kaposi

Manifestação oral altamente associada ao vírus da imunodeficiência humana, o sarcoma de Kaposi é **um tumor maligno proveniente do crescimento de células da parede dos vasos sanguíneos** e, em estágios avançados, aparece sob forma de lesões elevadas, frequentemente lobuladas, ulceradas e macias, podendo inclusive cobrir a coroa dos dentes. A neoplasia de Kaposi, apesar de ser raramente encontrada em pacientes pediátricos, é passível de acometer as crianças infectadas pelo HIV.

O palato duro, a gengiva e a língua são os sítios mais afetados, além da pele, onde inicialmente tem-se lesões como máculas vermelho-purpúreas ou marrons, cuja diascopia é negativa, e com o tempo, essas máculas se tornam placas ou nódulos, que podem coalescer e tornar-se uma massa difusa e exofítica.



Sífilis

A sífilis é uma infecção crônica mundial causada pelo *Treponema pallidum* e é subdividida em congênita, através da transmissão vertical, e em adquirida, cujo principal responsável é o contato sexual. Em crianças, a sífilis congênita segue sendo mais prevalente do que a adquirida. No entanto, a prevalência atual pode estar significativamente subestimada devido a inibição social e relutância ao denunciar os casos de abuso sexual infantil.

Sífilis Primária

O **cancro** se manifesta oralmente como uma **úlcer**a autolimitada inespecífica em regiões de língua, lábios e comissuras, sem sintomatologia dolorosa. A úlcera oral acompanha **linfadenopatia regional** e ainda pode apresentar-se, esporadicamente, como uma proliferação vascular semelhante a um granuloma piogênico, assim, a lesão do cancro torna-se clinicamente evidente de 3 a 90 dias após a exposição inicial ao *Treponema pallidum*.



Sífilis Secundária

Além de cefaleia, faringite, exantemas e roséola sífilítica, oralmente manifesta-se de quatro a dez semanas após infecção como **placas mucosas brancas ou acinzentadas discretamente elevadas** e ainda como **condiloma lata**, lesão caracterizada por **nódulos firmes**. Essas placas mucosas podem acometer qualquer superfície mucosa, apesar de estarem mais presentes em **lábios, língua, mucosa jugal e palato** e, ao contrário da sífilis primária, **lesões múltiplas podem ser observadas nessa fase**, com resolução espontânea de três a doze semanas, apesar da possibilidade de recidiva.



Sífilis Terciária

Em fase terciária, há envolvimento vascular do sistema nervoso e apresenta-se como **focos dispersos de infecções granulomatosas, também conhecidos por goma, aumento da língua e ulceração ou perfuração do palato.**



A saber...

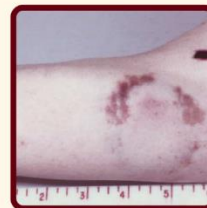
Algumas manifestações orais decorrentes da sífilis são características individuais da infecção congênita, tais quais: os dentes de Hutchinson – incisivos centrais permanentes em formato de pino – e primeiros molares multicúspides, conhecidos como molares amoras. Essas anomalias dentárias são causadas por vasculite sífilítica, na época do nascimento, responsável por danificar os germes dentários permanentes em desenvolvimento.

Entre as duas divisões de sífilis na infância, muita preocupação está voltada para a congênita, enquanto a sífilis adquirida recebe pouca atenção. Uma vez que a sífilis é confirmada em uma criança, o abuso sexual deve ser tão ativamente considerado e investigado e outras investigações epidemiológicas devem ser conduzidas.



EXTRA... Marcas de Mordida

Marcas de mordida, em uma criança, que são visivelmente causadas por uma arcada dentária de adulto também são frequentemente associadas à abuso sexual ou físico. Elas devem levantar suspeitas, principalmente quando equimoses ou escoriações são encontradas em um padrão elíptico, em forma de ferradura ou ovoide.



Para correto diagnóstico, revela-se necessário diferenciar mordeduras humanas de animais. Enquanto a mordida de animal – causada por cachorros ou outros animais carnívoros – tende a rasgar a pele, **a mordida humana a comprime e pode causar abração, contusão e em menor caso laceração, porém, raramente avulsão de tecido**, como a causada por mordedura animal.



Nesses casos, é importante atentar-se quanto à explicação dada pelos responsáveis ou pela vítima sobre a origem da lesão, principalmente quando a justificativa não for consistente com a extensão, fisionomia e gravidade clinicamente observadas.

O Papel do Cirurgião- Dentista

Reconhecimento do Abuso

Dessa forma, o cirurgião-dentista deve estar atento aos sinais e sintomas sugestivos de abuso, bem como seus fatores de risco, lesões associadas, indicadores físicos, sempre valorizados no contexto da história relatada pela vítima e responsáveis, sobretudo quando se verifica inadequação, inconsistência ou discrepância da explicação. O que corrobora com o saber de que o reconhecimento do abuso depende de diversas variáveis, como o contexto médico da criança, as condições maternas – para descartar casos de transmissão vertical – contexto social do ambiente em que a criança se encontra e desenvolvimento da história e explicação fornecida em relação a lesões.

Portanto, a qualificação adequada dos profissionais da odontologia é imprescindível para o manejo clínico adequado das possíveis lesões orofaciais decorrentes da violência infantil. Assim, **é necessário que todos os cirurgiões-dentistas aprendam e assumam, como parte de sua obrigação profissional, a identificar precocemente os sinais e sintomas característicos de abuso sexual infantil quando confrontados com um caso suspeito, além de exercer a sua responsabilidade com os procedimentos adequados de registro, notificação e denúncia.**

Denuncie!

Conselho Tutelar
Delegacias de Proteção à Criança e ao Adolescente
DISQUE 100

Constitui dever fundamental dos inscritos e sua violação caracteriza infração ética: Zelar pela saúde e pela dignidade do paciente;

Art. 9 do Código de Ética Odontológico - Resolução CFO-118/2012

Constitui infração ética desrespeitar ou permitir que seja desrespeitado o paciente.

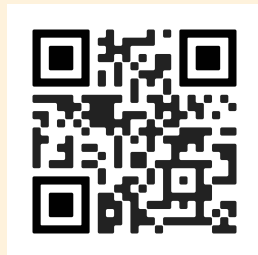
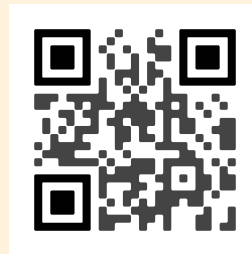
Art. 11 do Código de Ética Odontológico - Resolução CFO-118/2012

Referências

Os dados estatísticos deste trabalho foram retirados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, volume 49, número 27, de 2018: Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil de 2011 a 2017.

As imagens presentes foram selecionadas do livro didático "Patologia oral e maxilofacial" de Neville e colaboradores, 4ª edição, Grupo Editorial Nacional, 2018.

As demais referências você encontra acessando o trabalho completo com o QR Code abaixo, basta apontar a câmera do seu celular.



Para acessar a cartilha digitalmente, aponte a câmera do seu celular para o QR Code ao lado.

