

ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO RECONHECIMENTO DO ABUSO SEXUAL INFANTIL

PERFORMANCE OF THE DENTAL SURGEON IN THE RECOGNITION OF CHILD SEXUAL ABUSE

Vitória Marina Abrantes Batista¹

Pedro José Targino Ribeiro²

Júlia Quintela Brandão de Gusmão³

Wliana Pontes de Lima⁴

Unitermos:

Abuso sexual na infância;
Odontólogos; Manifestações
bucais..

RESUMO

Objetivo: Este estudo objetivou realizar uma revisão bibliográfica sobre a atuação do cirurgião-dentista no reconhecimento do abuso sexual infantil. **Materiais e Métodos** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura a partir de estudos publicados e indexados nas bases de dados eletrônicas PubMed/Medline (*U.S. National Library of Medicine*), SciELO (*Brasil Scientific Electronic Library Online*) e BVS (*Biblioteca Virtual em Saúde*), utilizando as palavras-chaves: “Abuso sexual na infância”/ “*Child Abuse*”, “*Sexual*”, “*Boca*”/“*Mouth*” e “*Cirurgião-Dentista*”/“*Dentist*”, pelo recurso de busca avançada, entre 2018 e 2022. **Resultados:** Foram identificados 4.361 estudos, mas após a aplicação dos critérios de elegibilidade, permaneceram 9 estudos para compor a presente revisão. Após a análise das publicações, verificou-se que o cirurgião-dentista é um dos primeiros profissionais da área da saúde a estar diante desses casos, no entanto, encontra-se entre os que menos notificam. **Considerações finais:** O abuso sexual infantil pode deixar diversos vestígios, especialmente na região orofacial, e, cabe ao odontólogo diagnosticar corretamente, além disso, quando confirmada as suspeitas, denunciar aos órgãos competentes. Dessa forma, o cirurgião-dentista poderá contribuir significativamente no manejo dos casos de abuso sexual infantil.

¹ Cirurgiã-Dentista, Faculdade São Francisco de Cajazeiras, Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

² Mestre em Odontologia pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Professor da Faculdade São Francisco de Cajazeiras, Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

³ Especialista em Odontologia Hospitalar pela SOERN, Professora Substituta da Universidade Estadual da Paraíba, Araruna, Paraíba, Brasil.

⁴ Doutoranda em Odontologia pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Professora Substituta da Universidade Estadual da Paraíba, Araruna, Paraíba, Brasil.

Uniterms:

Child sexual abuse;
Dentists;
Oral manifestations.

ABSTRACT

Purpose: This study aimed to carry out a bibliographic review on the performance of the dental surgeon in the recognition of child sexual abuse. **Materials and methods:** An integrative literature review was carried out based on studies published and indexed in the electronic databases PubMed/Medline (U.S. National Library of Medicine), SciELO (Brazil Scientific Electronic Library Online) and BVS (Virtual Health Library), using the keywords: “Sexual abuse in childhood”/ “Child Abuse”, “Sexual”, “Mouth”/“Mouth” and “Dentist”/“Dentist”, using the advanced search feature, between 2018 and 2022. **Results:** 4.361 studies were identified, but after applying the eligibility criteria, 9 studies remained to compose the present review. After analyzing the publications, it was verified that the dental surgeon is one of the first professionals in the health area to be faced with these cases, however, he is among those who least notify. **Final considerations:** Child sexual abuse can leave several traces, especially in the orofacial region, and it is up to the dentist to diagnose it correctly, in addition, when the suspicions are confirmed, to report it to the competent bodies. In this way, the dental surgeon can significantly contribute to the management of cases of child sexual abuse.

INTRODUÇÃO

O abuso sexual infantil (ASI) consiste no uso intencional de uma força física contra a criança, que resulta em danos reais ou potenciais a sua saúde, sobrevivência e dignidade¹. E é comumente praticado através do envolvimento de uma criança em atividade sexual e que ela não compreende totalmente^{2,3}. O abuso físico infantil representa um dos principais problemas de saúde pública, seu diagnóstico precoce, associado a uma metodologia de abordagem frente a esses casos aumentam a possibilidade de minimizar os danos físicos e emocionais sofridos pela criança^{4,5}.

Com relação aos fatores de risco para o abuso sexual infantil, Souza et al.⁶ (2017), evidenciam que as separações familiares, óbitos de parentes, vícios, distúrbios psicológicos, bem como aspectos sociais resultantes de condições financeiras desfavoráveis contribuem para a ocorrência do mesmo, e, do consequente aparecimento de lesões orofaciais.

O ato de violência é caracterizado pela natureza das agressões, isto é, de origem física, psicológica, sexual, ou ainda, por meio da negligência de cuidados pelos responsáveis e privação de direitos básicos⁷. Vale ressaltar, que a negligência e o abuso físico predominam em relação às demais formas de agressão contra as crianças e os adolescentes⁶.

Dentre as injúrias associadas aos maus tratos, destacam-se as lesões orofaciais, presentes em cerca de 50% a 70% dos casos⁸. Entre os indicadores de

suspeitas de abuso, o cirurgião-dentista deve se atentar aos sinais e sintomas físicos presentes nas vítimas, como eritema, úlcera, vesícula com drenagem purulenta e lesões condilomatosas na região orofacial⁹.

Também é importante destacar que as crianças vítimas de abuso sexual infantil demonstram sinais comportamentais, como conduta sexualmente explícita, que condizem com o trauma vivenciado, através de reações demasiadamente defensivas, e pelo fato delas sentirem-se ameaçadas ou pelo contato físico excessivo¹⁰. Entende-se que um diagnóstico completo e diferencial é essencial quando estamos diante de casos suspeitos de violência infantil¹¹.

O tratamento odontológico comumente abrange diversas consultas e alcança alguns componentes familiares por um tempo considerável, permitindo que o cirurgião-dentista (CD) tenha a possibilidade de conhecer melhor o perfil individual e familiar de seus pacientes¹². À vista disso, as crianças têm ainda maior probabilidade de receberem serviços e cuidados preventivos regulares na mesma clínica, estando dessa forma, o profissional, em contato regular com os infantis e mais propício a identificar mudanças em padrões comportamentais ou físicos⁶.

Mediante o exposto, o objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a importância da atuação do CD no reconhecimento do abuso sexual infantil. Tal profissional, por meio da percepção de sinais e sintomas presentes na região orofacial, pode contribuir significativamente nesse diagnóstico, de forma isolada ou juntamente com outros profissionais de saúde¹³.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, acerca da atuação do cirurgião-dentista no reconhecimento do abuso sexual infantil. Esse método possibilita a síntese de conhecimento e a aplicação dos resultados de estudos relevantes na prática. O presente estudo foi desenhado seguindo as seguintes etapas: elaboração da questão norteadora, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, busca das referências, leitura dos títulos e resumos, delimitação da amostra, análise crítica dos textos e síntese dos resultados, por fim foram feitas as conclusões¹⁴. A questão norteadora dessa pesquisa foi a seguinte: “Qual a importância da atuação do cirurgião-dentista no reconhecimento do abuso sexual infantil?”

Para embasamento e aprofundamento do tema, buscou-se o acervo literário disponível online, nas seguintes bases de dados nacionais e internacionais:

PubMed/Medline (*National Library of Medicine*), BVS (*Biblioteca Virtual em Saúde*) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Os descritores utilizados, a partir da busca nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), foram: “Abuso sexual infantil”, “Manifestações orais” e “Cirurgião-dentista”.

Os descritores foram utilizados de forma individual e em conjunto, buscando selecionar os artigos pertinentes para realização desta revisão. Desta forma, utilizando os operadores booleanos “AND” e “OR” e termos alternativos dos descritores, foram realizadas diversas combinações, nas três bases de dados selecionadas, dos termos principais: (“*child abuse*”, “*sexual OR abuso sexual infantil OR abuso sexual na infância*”) AND (“*boca OR mouth*”) AND (“*cirurgião-dentista OR dentist*”) AND (“*crianças OR child*”), para SciELO e BVS; e (“*child abuse sexual*”) AND (“*child*”) AND (“*oral manifestations*”), para PubMed.

O período de abrangência para abordagem dos estudos foi de 2018 a 2022. Dentre os artigos disponíveis para consulta de forma integral, foram selecionados os que demonstraram uma abordagem relacionada a temática do presente trabalho, estudos de casos, revisões sistemáticas, estudos epidemiológicos e editoriais científicos.

Foi realizada a análise descritiva e avaliativa dos dados, além dos principais resultados obtidos nos artigos. Utilizou-se da síntese de conhecimento e a incorporação de resultados dos estudos a fim de alcançar os dados de maior relevância¹⁵.

O levantamento dos estudos foi realizado entre março de 2022 e maio de 2022, e dividiu-se conforme a Figura 1. Em seguida, sucedeu-se uma pesquisa manual das referências dos estudos selecionados para encontrar artigos não identificados nas fases 1 e 2, correspondendo à fase 3 dessa pesquisa. Por fim, 9 artigos foram selecionados para compor esta revisão.

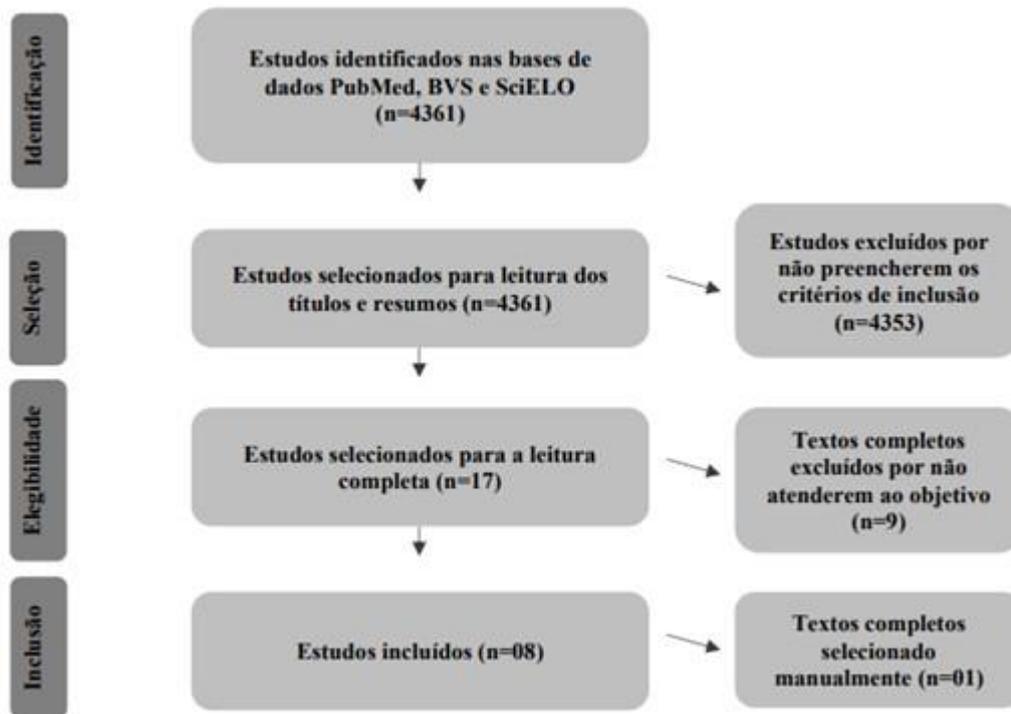


Figura 1: Fluxograma das etapas desenvolvidas para seleção dos estudos incluídos nessa revisão.

RESULTADOS

Um total de 4.361 artigos foi encontrado, sendo 4.358 artigos da PubMed/Medline, 2 da BVS e 1 do SciELO. Destes, 4.352 foram excluídos. Os seguintes critérios de exclusão foram aplicados: trabalhos que não responderam a pergunta norteadora e não correspondiam à limitação temporal proposta nessa revisão, estudos em que o texto completo não foi localizado, duplicatas, além de livros e documentos. Por fim, foram selecionados mediante leitura analítica, 9 artigos, sendo 7 da PubMed, 1 da BVS e 1 da busca manual (Tabela 1).

Os estudos incluídos no presente trabalho foram organizados na Tabela 1, a qual descreve: o autor, o ano da publicação, a metodologia utilizada e os principais sinais e sintomas orais encontrados em cada trabalho.

Tabela 1 – Descrição dos estudos selecionados quanto aos autores, ano de publicação, tipo de estudo e sinais/sintomas orais encontrados.

AUTOR/ANO	TIPO DE ESTUDO	SINAIS E SINTOMAS ORAIS
Murali & Prabhakar, 2018	Revisão de literatura	Lacerações em freios linguais e lábios; marcas de mordida e sucção; equimoses; sífilis e gonorreia; hematomas ou abrasão em padrão ovoide no palato.
Enyedy, 2018	Pesquisa qualitativa	Presença de evidências biológicas (espermatozoide); comportamento sexual inapropriado.
Harris, 2018	Revisão de literatura	Petéquias no palato; sífilis e gonorreia; eritema gengival linear; verrugas orais.
Gonzalvo et al., 2021	Revisão sistemática	Sífilis e gonorreia.
Barbi et al., 2021	Estudo transversal	Lacerações em lábio, freio, mucosa bucal, palato e assoalho da boca; avulsão e fraturas dentoalveolares.
Olatosi et al., 2019	Estudo transversal	Hematomas nas orelhas; verrugas orais; baixa autoestima.
Singh & Lehl, 2020	Revisão de literatura	Lesões pseudomembranosas; lesões condilomatosas; marcas de mordida; eritema/petéquias na junção do palato duro e mole ou no assoalho bucal; conduta sexual explícita e imprópria.
Gonzalez et al., 2022	Revisão de literatura	Contusões no tronco, orelhas e pescoço; comportamento sexual inapropriado.
Wolf et al., 2021	Análise de conteúdo	Medo odontológico; dificuldade de tolerar objetos na boca.

Fonte: Autoria própria.

Os estudos selecionados em questão mencionam diversos sinais e sintomas encontrados em crianças vítimas de abuso. O ASI é relatado pela Organização Mundial da Saúde como o envolvimento de uma criança em atividade sexual que ela não compreende totalmente, além de comportamento sexual indevido de um adolescente ou adulto em posição de poder e/ou superioridade, em contato com a

criança².

A prevalência do ASI varia entre 7,6% a 45% em todo o mundo¹⁶. Embora seja subnotificado, a maioria dos casos acontece dentro de casa¹⁷. Os casos são pouco identificados, em virtude de sua natureza oculta e a dificuldade de divulgação¹⁸. Esse retardamento ocorre em função da forte influência do desenvolvimento social e moral durante a segunda infância, como o medo das consequências para si mesmo. A elaboração de algumas estratégias que promovam a divulgação deve reduzir esse medo, a fim de facilitar a extinção dos casos¹⁹.

Certamente, as crianças que são vítimas do abuso sexual adquirem prejuízos em longo prazo, o que pode promover o surgimento de várias alterações psicológicas e funcionais, como depressão, ideias suicidas, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático. Esses sintomas foram identificados em vítimas desse tipo de abuso sofrido ainda na infância, atendidas em centros de referência²⁰.

É válido destacar, que uma em cada três crianças sofrerão esse tipo de violência antes dos 18 anos e reconhecer esses supostos casos é uma missão complexa²¹. Um estudo transversal comparou o conhecimento das crianças sobre educação sexual através de um pré-teste/pós-teste, com uma amostra de 58 crianças, na faixa etária de 3 a 6 anos de idade e 64 pais. Foi observado que as crianças que receberam educação e prevenção sobre o ASI dos seus responsáveis demonstraram melhor conhecimento sobre seus órgãos sexuais, e, a respeito da conduta defensiva em situações suspeitas. Dessa maneira, a educação sexual parece reduzir os riscos das crianças vivenciarem esse tipo de abuso²².

DISCUSSÃO

Um estudo realizado por Garbin et al.²³ (2017), investigou a relação entre o gênero e classe social com a ocorrência de violência física, sexual e emocional em 372 adolescentes. A partir dos achados, verificou-se que a maioria dos adolescentes avaliados sofreu algum tipo de abuso na infância, sendo que a do tipo emocional liderou os casos. Entretanto, não foram encontradas associações quanto à classe social.

As repercussões do abuso sexual vivenciado durante a infância e a adolescência causam problemas de ordem psicológica²⁴. Esse tipo de violência é um fator de risco para o surgimento de problemas emocionais²⁵. Um estudo realizado por Fonseca et al.²⁵ (2021), investigou o afeto positivo e negativo, além das estratégias de regulação emocional em crianças de 8 a 12 anos, vítimas de abuso

sexual. Entre os participantes do estudo, a maioria não foi vítima de violência sexual, entretanto, foi confirmada a experiência de pelo menos um episódio ao longo da vida. Em síntese, a exposição ao ASI contribuiu na elevação de respostas emocionais negativas como nervosismo e tristeza.

Em relação à regulação das respostas emocionais, constata-se uma considerável associação entre a ocorrência de experiências traumáticas na infância e dificuldade na regulação adequada das emoções, bem como o surgimento de transtornos psiquiátricos²⁶. Cruz et al.²⁴ (2021), reforçam que esses transtornos podem incluir a síndrome de Borderline, alucinações auditivas, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), comportamento suicida e depressão.

Embora sejam reconhecidos os impactos nocivos do abuso sexual infantil, ainda se constata uma escassez de estudos que especifiquem as principais emoções e as respostas emocionais manifestadas pelas crianças por meio de uma análise comparativa entre grupos de vítimas e não-vítimas²⁵.

Para Machado¹³ (2021), as vítimas de abuso sexual podem manifestar sinais psicológicos como medo e ansiedade. As práticas de mentiras compulsivas e o baixo rendimento escolar foram observados nessas crianças, sendo que a maioria apresentou problemas relacionados a sexualidade. Algumas reações como medo excessivo, hipervigilância e até a omissão ou negação sobre o assunto são comuns após traumas em geral, e ocorrem devido à perda do controle durante o acontecimento em si, a sua imprevisibilidade e ao seu caráter aversivo, que serão revivenciados²⁷.

O suporte familiar desempenha um papel imprescindível no eventual impacto emocional e comportamental, reflexos da experiência traumática sofrida pela criança. Assim, a compreensão de que essa relação familiar fornece um valor afetivo e decisivo na forma em que a criança vivencia e se adapta a essas circunstâncias vitimizadoras, podem ampliar o desenvolvimento da síndrome do estresse pós-traumático, o que ressalta a necessidade de vivenciar e praticar os valores familiares²⁷.

O abuso pode incluir contatos físicos como beijos na boca, carícias, sexo oral ou alguma prática que inclua penetração ou até a exibição de práticas sexuais através de leituras ou conversas obscenas. Assim como, utilizar os menores para a divulgação em meios impressos ou gravados, que tenham por objetivo focalizar atos sexuais de crianças²⁸. Os perpetradores podem ser qualquer pessoa mais velha que a vítima e no qual estejam em uma posição de controle e domínio sobre ela³.

Identificar uma personalidade abusadora é muito desafiador, pois essas pessoas não se mostram como realmente são. Até que estabeleçam um vínculo de intimidade com a vítima elas podem mostrar-se responsáveis, carinhosas, dedicadas, enfim, atuarem como cidadãos exemplares²⁹. Através de uma relação de confiança pré-estabelecida e o desenvolvimento de um vínculo, elas confundem pessoas ao redor com o seu carisma e mostram-se verdadeiramente apenas no âmbito íntimo, colocando em dúvida qualquer suspeita contra elas³⁰.

As vítimas de ASI estão sujeitas a desenvolver transtorno de estresse pós-traumático e alterações de personalidade limítrofe. Este último é caracterizado por um distúrbio de personalidade evidenciado por uma marcante volubilidade na autoimagem e nas relações interpessoais, com ocorrência de psicoses, podendo estar vinculadas a autolesões e tentativas de suicídio. Em outras palavras, a relação entre a depressão e ideações suicidas pode contribuir para qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao corpo, sem intenção consciente de suicídio como uma das implicações do abuso sexual sofrido na infância³¹.

É notório observar que o CD ocupa uma posição privilegiada para identificar os indícios do abuso sexual infantil, visto que até 50% das vítimas apresentam evidências de lesões traumáticas faciais ou intraorais³². Sensibilizá-los e prepará-los para essa situação é de suma importância para essa tarefa, significativa do ponto de vista da saúde e social, já que o diagnóstico e sinalização são passos fundamentais, dos quais dependerão a proteção e o tratamento dessas crianças³³.

A detecção de casos requer certa sensibilidade do profissional, que deve estar atento e crítico em relação à informação verbal e não verbal transmitida pelo paciente, assim como os sinais, que podem ser identificadores físicos e biológicos³³. A suspeita, e sobretudo, o diagnóstico não deve basear-se somente em uma evidência, mas na junção de várias outras comprovações, sendo imprescindível a atuação multiprofissional, para que haja um compartilhamento de informações com os demais profissionais que irão intervir no processo³³.

A suspeita de abuso pode ser obtida por meio de dados indiretos, quando as explicações são incabíveis ou ausentes para a existência de alguns ferimentos. Da mesma forma, as versões divergem assim que são comparadas entre a vítima e o seu agressor³⁴. Posto isso, é de suma contribuição compreender que a atuação do CD vai além do diagnóstico e tratamento de lesões na cavidade oral³⁵.

De certo, o CD é um profissional capacitado e humanizado para formular um raciocínio investigativo, apto a realizar denúncias de casos suspeitos de ASI e

auxiliar no diagnóstico, com o propósito de reduzir significativamente os números desse tipo de violência e minimizar as consequências do trauma sofrido pelas vítimas³⁵.

Outro aspecto a ser levado em conta são alguns sinais e sintomas de ordem física, como dificuldade ao sentar-se na cadeira odontológica, equimoses de sucção, lacerações nos freios e marcas de mordida¹³. Em razão dessa última realidade, o CD deve realizar o registro fotográfico, com o auxílio de uma régua milimétrica para mensurar as dimensões da arcada presente no corpo da vítima. Essas informações podem ser utilizadas para se comparar a marca de mordida com características anatômicas da pessoa suspeita, e possível identificação do agressor, a partir de uma análise odontológica forense^{36,11}.

Além das marcas de mordida, a presença de eritema e petéquias na junção entre palato duro e mole, sem uma explicação plausível é um forte indicativo de sexo oral forçado em menores. O hematoma é formado devido ao contato entre a glândula peniana e a mucosa palatina, adquirindo a tonalidade arroxeadada, de formato elíptico ou ovoide, que difere da coloração normal da mucosa adjacente, e é facilmente visível para o dentista durante o exame de rotina^{37,34}.

Algumas manifestações orais, decorrentes de lesões são encontradas em crianças abusadas sexualmente, o que fornece um conjunto de informações auxiliares ao diagnóstico¹³. As lesões na cavidade oral de pacientes pediátricos podem manifestar-se como papiloma, verruga vulgar e condiloma acuminado e estão frequentemente localizadas nas regiões de língua, palato duro, lábios, gengivas e mucosa jugal³⁸.

O agente etiológico das lesões citadas anteriormente é o papilomavírus humano (HPV), que causa lesões papilomatosas de diferentes dimensões e formas na cavidade oral. Embora seja mais visível nos adultos, essa infecção é rara em crianças e está frequentemente relacionada ao abuso sexual³⁴. Além disso, a ocorrência de condiloma acuminado oral em crianças como infecção sexualmente transmissível (IST) vem apresentando uma alta incidência mundial³⁸. Tal fato demonstra um aumento preocupante e significativo dos casos de abuso³⁹.

A existência de faringite gonocócica em crianças pequenas também pode estar associada ao abuso sexual, no geral, por um adulto contaminado⁴⁰. Outra condição é a sífilis primária, que em crianças é uma condição rara que deve ser adquirida por meio de contato acidental, através do beijo, amamentação ou abuso sexual⁴¹. Por essa razão, é imprescindível investigar seu surgimento em crianças,

sem outra via aparente de aquisição⁴². Os sinais encontrados em crianças são similares aos dos adultos, estando as lesões extragenitais localizadas principalmente nas regiões da face e cervical⁴³.

Como demonstrado anteriormente, alguns sinais muito evidentes de ASI são as lesões orais provenientes de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), dilaceração de lábios e freios labiais ou linguais, marcação de equimoses por sucção de pescoço, arranhões e mordidas⁴⁴.

De todos os profissionais da área da saúde, os cirurgiões-dentistas estão entre os que menos notificam casos de violência. A subnotificação pode estar relacionada à falta de informações técnicas e científicas sobre o assunto⁴⁵. Acredita-se que devido a essa desinformação e por pouco domínio da legislação, há uma redução na quantidade de sinalização de casos por parte dos odontólogos²³.

O desafio está no reconhecimento da violência como uma problemática multiprofissional, onde a notificação transforma-se em um passo primordial e em uma estratégia eficiente de organização⁴⁶. Em razão disso, não há maneiras de contribuir com os levantamentos epidemiológicos, mas é dever do odontólogo não omitir qualquer suspeita e comunicar os casos reconhecidos aos órgãos responsáveis mais próximos²³.

Vale ressaltar que tomar a decisão correta é fundamental para garantir a segurança da criança e do adolescente, cabendo ao profissional denunciar os casos suspeitos ao serviço policial ou ao Conselho Tutelar, para que as devidas providências legais sejam tomadas⁴⁷. De acordo com o artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente⁴⁸ (1990), o cirurgião-dentista é obrigado por lei a notificar situações de suspeita ou confirmação de maus tratos envolvendo crianças e adolescentes. Essa notificação será sob sigilo e não há obrigatoriedade de provas, como também não haverá a exposição de identidade do profissional e não existirá comprometimento no caso ocorrido⁴⁹.

Constata-se que realizar denúncias de casos suspeitos de abuso não é uma tarefa fácil, mas é uma atitude essencial para garantir a segurança dessas crianças, além disso, o ato de notificar fornece contribuição e o cirurgião-dentista pode assumir sua responsabilidade social enquanto profissional da saúde⁵⁰.

É imprescindível que esses profissionais conheçam sobre o assunto e desenvolvam a capacidade de realizar um diagnóstico correto, através dos achados clínicos e uma anamnese detalhada⁵⁰. Os odontólogos carecem de conhecimento no que diz respeito ao diagnóstico e as diferentes alternativas de notificação de casos.

A presente revisão integrativa é adequada na construção e difusão de conhecimento sobre essa problemática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O abuso sexual infantil pode deixar uma série de sinais e sintomas clínicos, tanto extraorais quanto intraorais, além de lesões, que podem ser observadas e quando diagnosticadas corretamente, fornecem evidências legais para a interrupção dessa prática. Assim, é de grande importância que o cirurgião-dentista esteja preparado e tenha capacidade de realizar um diagnóstico correto e preciso, com auxílio de uma anamnese minuciosa e exames complementares.

Apesar do antes exposto, é visto um cenário contraditório, no qual as dificuldades enfrentadas durante a identificação e notificação dos casos podem ser atribuídas a informação insuficiente acerca do assunto, inexistência de confiança na resolutividade dos órgãos competentes, e ainda, por algumas limitações pessoais, como o receio de ter a sua segurança ameaçada. Esses obstáculos precisam ser derrubados, no entanto, muitas perspectivas devem ser modificadas, incluindo a capacitação profissional para lidar com estes casos.

Ademais, a correta tomada de decisão do profissional é fundamental para garantir a segurança do menor, devendo o profissional denunciar os casos suspeitos ao Conselho Tutelar ou ao Juizado da Infância e Juventude, para que sejam tomadas as devidas providências legais.

REFERÊNCIAS

1. Rocha IO. Proteção de vulneráveis: abuso infantil e a alienação parental. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal de Uberlândia. Minas Gerais. 2022.
2. Rover ALP, Oliveira GC, Nagata ME, Ferreira R, Molina AFC, Parreiras SO. Violência contra a criança: indicadores clínicos na Odontologia. *Braz J Dev.* 2020;6(7): 43738-750.
3. Murali P, Prabhakar M. Mantle of forensics in child sexual abuse. *J Forensic Dent Sci.* 2018;10(2):71-4.
4. Abreu PTR, Costa IFS, Galvão A, Souza ACP, Zocratto KBF, Oliveira CAS. Abuso físico infantil: vivências e atitudes de estudantes de Odontologia. *Rev ABENO.* 2017; 17(2):107-19.
5. Olatosi OO, Ogordi PU, Oredugba FA, Sote EO. Experience and knowledge of child abuse and neglect: A survey among a group of resident doctors in Nigeria. *Niger Postgrad Med J.* 2018;25(4):225-33.

6. Souza CE, Rodrigues IFMM, Zocratto KBF, Oliveira CAS. Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista: revisão de literatura. *RBOL*. 2017;4(1):9-11.
7. Mamede Neto I, Matos FZ, Borges AH, Rezende CD, Silva KL, Pedro FLM, et al. Avaliação do conhecimento dos alunos de graduação em odontologia x cirurgião dentista no diagnóstico de maus-tratos a crianças. *ROBRAC*. 2013;22(63):153-7.
8. Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents--a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dent Traumatol*. 2010;26(2):149-53.
9. Danelon M, Percinoto ACC, Crivelini MM, Cunha RF, Percinoto C. Condiloma Acuminado em língua e palato de criança por abuso sexual: relato caso. *Rev Odontol UNESP*. São Paulo. 2014;43(1):01-6.
10. Costacurta M, Benavoli D, Arcudi G, Docimo R. Oral and dental signs of child abuse and neglect. *Oral Implantol (Rome)*. 2016;8(2-3):68-73.
11. Singh V, Lehl G. Child abuse and the role of a dentist in its identification, prevention and protection: A literature review. *Dent Res J*. 2020;17(3):167-73.
12. Harris JC. The mouth and maltreatment: safeguarding issues in child dental health. *Arch Dis Child*. 2018;103(8):722-9.
13. Machado HCP, Silva LJR, Souto LN, Araújo MVA. O cirurgião-dentista no diagnóstico de casos de abuso sexual infantil: revisão de literatura. *Rev Odontol UNESP*. 2021;49(1):104-6.
14. Marconi MA, Lakatos ME. Fundamentos em metodologia científica. São Paulo: Atlas; 2010.
15. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010;08(1):102-6.
16. Enyedy A, Csorba R. Female child sexual abuse. *Orv Hetil*. 2017;158(23):910-17.
17. Musiwa AS. Intrafamilial child sexual abuse: a unique silent epidemic. Perspectives of victim-friendly court professionals in Marondera District, Zimbabwe. *J Child Sex Abus*. 2019;28(7):860-84.
18. Bentivegna K, Durante A, Livingston N, Hunter AA. Child sexual abuse identified in emergency departments using ICD-9-CM, 2011 to 2014. *J Emerg Med*. 2019;56(6): 719-26.
19. Kellogg ND, Koek W, Nienow SM. Factors that prevent, prompt, and delay disclosures in female victims of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2020;101(1): 104360.
20. Lira MOSC, Rodrigues VP, Rodrigues AD, Couto TM, Gomes NP, Diniz NMF. Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta. *Texto Contexto-Enferm*. 2017;26(3):1-8.
21. Vrolijk-Bosschaart TF, Brilleslijper-Kater SN, Benninga MA, Lindauer RJL, Teeuw AH. Clinical practice: recognizing child sexual abuse-what makes it so difficult? *Eur J Pediatr*. 2018;177(9):1343-50.
22. Cırık VA, Efe E, Velipaşaoğlu S. Educating children through their parents to prevent child sexual abuse in Turkey. *Perspect Psychiatric Care*. 2021;56(3):523-32.

23. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Cien Saude Colet.* 2015;20(6):1879-90.
24. Cruz MA, Gomes NP, Campos LM, Estrela FM, Whitaker MCO, Lírio JGS. Repercussões do abuso sexual vivenciado na infância e adolescência: revisão integrativa. *Cien Saude Colet.* 2021;26(4):1369-80.
25. Fonseca ACS, Ferreira LS, Zimmer M, Paludo SS. Afeto e regulação emocional entre crianças com e sem histórico de abuso sexual infantil. *Context Clin.* 2021;14(2): 1-24.
26. Widom CS, Horan J, Brzustowicz L. Childhood maltreatment predicts allostatic load in adulthood. *Child Abuse Negl.* 2015;47(1):59-69.
27. Ferreira JV, Gonçalves M. Sífilis na Odontologia. São Paulo; 2019. [Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade de Taubaté].
28. Azevedo AA, Carvalho AJM, Silva GC, Silva VC, Carvalho ALA, Neves PAM, et al. Aspectos gerais, diagnóstico e condutas pelo cirurgião-dentista frente aos maus tratos contra crianças e adolescentes. *Rev Odont Ciênc.* 2022;6(2):83-92.
29. Antonacci AT, Nagy VM. (2016) Aspectos neuropsicológicos dos agressores domésticos e o advento da Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006).
30. Pereira FVL, Silva DMF, Timbó MST, Leitão CS, Leitão ACSB, Lourinho LA. Abuso sexual infantil e aprendizagem: caminhos possíveis na psicopedagogia. *Res Soc Dev.* 2021;10(12):e39101220047.
31. Houston E, Sandfort TGM, Watson KT, Caton CLM. Psychological pathways from childhood sexual and physical abuse to HIV/sexually transmitted infection outcomes among homeless women: the role of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder symptoms. *J Health Psychol.* 2013;18(10):1330-40.
32. Kuganathan S, Nguyen T, Patel J, Anthonappar R. Knowledge, experiences and attitudes of dental health professionals towards reporting child abuse in Western Australia. *Aust Dent J.* 2021;66(2):194-200.
33. Crespo M, Andrade D, Alves ALS, Magalhães T. O papel do médico dentista no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças. *Acta Med Port.* 2011;24(1):939-48.
34. Fernández-López C, Morales-Ângulo C. Lesiones otorrinolaringológicas secundarias al sexo oral. *Acta Otolaringol Esp.* 2017;68(3):169-80.
35. Santa-Rosa TTA, Paula ACF, Carvalho BO, Fróes DTC, Ferreira GS. Reconhecimento e conduta de cirurgiões-dentistas diante de maus-tratos em crianças e adolescentes. *Rev Pró-UniverSUS.* 2019;10(1):137-44.
36. Massoni ACLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Cien Saude Colet.* 2010;15(2):403-10.
37. Fracon ET, Silva RHA, Bregagnolo JC. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP). *Rev Sul-Bras Odontol.* 2010;8(2):153-9.
38. Mass TJ, Algayer E, Garcia G, Thereza-Bussolaro C. Management of oral papilloma in children: a literature review. *Craniofac Res Connec J.* 2021;1(1):26-40.

39. Miranda MHH, Fernandes FECV, Melo RA, Meireles RC. Violência sexual contra crianças e adolescentes: uma análise da prevalência e fatores associados. *Rev Escola Enferm USP*. 2020;54(1):1-8.
40. Moreira MLL. Diagnóstico do Abuso Sexual em Crianças: O Papel do Médico Dentista. Gandra. 2020. [Dissertação de Mestrado - Instituto Universitário de Ciências da Saúde].
41. Ferreira AL. A criança vítima de violência. *Rev Ped SOPERJ*. 2012;13(2):4-9.
42. Júnior DCN. Relação entre sífilis e os retrovírus humanos na cidade de Salvador. Salvador. 2019. [Dissertação de Mestrado – Escola de Medicina e Saúde Pública].
43. Bicha MM, Marques JS. Correlação e prevalência de lesões HPV positivas em população jovem, em medicina de cabeça e pescoço. Portugal. 2014.
44. Alves MSSS, Gonçalves KO, Hidalgo LRC. O papel do cirurgião-dentista na detecção de maus-tratos e abusos sexuais na infância: revisão de literatura. *Facit Business Tec J*. 2021;1(31):12-8.
45. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2013;18(5):1263-72.
46. Almeida AHV, Silva MLCA, Musse JO, Marques JAM. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. *Arquivos Odontol*. 2016;48(2):22-8.
47. Rolla ACA, Alves C, Silva FB, Reis LFG, Souza RC. O papel do cirurgião-dentista frente ao abuso de crianças e adolescentes. *Rev UniBrasil*. 2021;7(1):455-57.
48. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial. 2002.
49. Brasil. Resolução CFO nº 118, de maio de 2012. Dispõe sobre o Código de Ética Odontológico. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Resolução do Conselho Federal de Odontologia. 2012.
50. Carneiro CSA. Conduta do cirurgião-dentista ante a violência infantil: revisão de literatura. Salvador. 2020.

Recebido em 19 de julho de 2023

Aceito em 27 de julho de 2023

Endereço para correspondência

Vitória Marina Abrantes Batista

E-mail: vitoriamarinaab@gmail.com

Endereço: Rua Simão Afonso de Carvalho, 15. São José Sousa, Paraíba, Brasil.

Telefone para contato: +55 (83) 99311-4697