

Monografia de Investigação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

**U. PORTO**



FACULDADE DE  
MEDICINA DENTÁRIA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

PORTO, 2013

# UMA VISÃO MÉDICO- DENTÁRIA NO DIAGNÓSTICO DO ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS

**Lénia Cristina Rodrigues Correia**



FACULDADE DE  
MEDICINA DENTÁRIA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

**Monografia de Investigação**

**Mestrado Integrado em Medicina Dentária**

**UMA VISÃO MÉDICO-DENTÁRIA NO DIAGNÓSTICO DO ABUSO  
SEXUAL EM CRIANÇAS**

Lénia Cristina Rodrigues Correia

**ORIENTADORA**

Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

**COORIENTADORA**

Inês Alexandra Costa Morais Caldas

**Porto, 2013**

*Muito obrigada à minha orientadora, Prof. Doutora Maria Lurdes Pereira, e à minha coorientadora, Prof. Doutora. Inês Morais Caldas pelo apoio, disponibilidade e ajuda durante a realização deste trabalho.*

*Aos meus pais e à minha irmã, obrigada pelo amor e apoio incondicionais.*

*E aos meus amigos, um grande obrigado por todos os momentos divertidos, pela amizade e entreaajuda durante todo este percurso: Sofia Trindade, Rui Canelas, Rita Lopes, João Rua, Carine Dias, Samuel Leça e Catarina Magalhães.*

## ÍNDICE GERAL

RESUMO .....	1
ABSTRACT .....	2
1. INTRODUÇÃO .....	3
2. MATERIAL E MÉTODOS .....	5
3. RESULTADOS .....	7
A) Caracterização da Amostra .....	7
B) Avaliação de conhecimentos e atitudes na área de abuso sexual em crianças.....	9
4. DISCUSSÃO.....	13
5. CONCLUSÃO .....	17
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
ANEXOS.....	21
ANEXO 1 - Questionário	
ANEXO 2 - Aprovação pela Comissão de Ética, Declaração do Investigador, Parecer do Orientador	

## Índice de Tabelas

Tabela I - Número de crianças atendidas na prática clínica. ....	8
Tabela II – Definição de abuso sexual.....	9
Tabela III - Atitudes dos inquiridos numa situação hipotética de um caso de abuso sexual.....	11
Tabela IV – Entidades a quem os inquiridos denunciariam um caso de abuso sexual.....	11

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Locais de formação dos inquiridos.....	5
Gráfico 2 – Pós-graduações dos inquiridos. (ODP - Odontopediatria; MDF - Medicina Dentária Forense; Mais do que uma – Odontopediatria, Ortodontia, Endodontia, Reabilitação Oral, Implantologia; Outra - Endodontia, Implantologia, Cirurgia Oral, Periodontologia e Dor Orofacial, ATM e Oclusão; NS/NR - Não Sabe/Não Responde).....	7
Gráfico 3 – Unidade curricular que forneceu conhecimentos na área do abuso na criança. (ODP - Odontopediatria; MDF - Medicina Dentária Forense; MDP - Medicina Dentária Preventiva; Outra – cursos de formação contínua; NS/NR - Não Sabe/Não Responde).....	8
Gráfico 4 - Privilégio do Médico Dentista no diagnóstico de abuso sexual em crianças. (NS/NR - Não Sabe/Não Responde).....	9
Gráfico 5 – Conhecimento da responsabilidade legal dos profissionais de saúde na denúncia de abuso sexual em crianças. (NS/NR - Não Sabe/Não Responde).....	10
Gráfico 6 - Identificação de casos de abuso sexual em crianças. ....	10
Gráfico 7 – Possíveis sinais de abuso sexual.....	12

## RESUMO

Entende-se por abuso sexual infantil o envolvimento da criança ou jovem em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual do adulto ou jovem mais velho, numa posição de poder ou de autoridade sobre aquele. Constitui uma prática que a criança ou jovem, dado o seu grau de desenvolvimento, não consegue compreender, não sendo capaz de dar o seu consentimento.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos dentistas, podem ter um papel privilegiado na identificação das lesões características deste tipo de abuso, já que estas ocorrem, maioritariamente, ao nível da face. Porém, segundo a literatura internacional, na maioria dos casos, a denúncia acaba por não ser concretizada.

Em Portugal, os dados referentes a esta temática são escassos. Assim, este trabalho pretende caracterizar, numa população de médicos dentistas, os conhecimentos que estes possuem sobre o abuso sexual em crianças.

Para o efeito, elaborou-se um questionário, o qual aborda questões relacionadas com o reconhecimento dos sinais e sintomas associados ao abuso sexual em crianças. Este foi aplicado a uma população de 100 médicos dentistas (39 do sexo masculino e 61 do feminino) e as respostas obtidas foram analisadas com auxílio ao programa SPSS 21.0®.

Os principais resultados mostram que a maioria dos profissionais entrevistados considera que o médico dentista tem um papel privilegiado para o diagnóstico de abuso sexual. Quanto ao diagnóstico, os inquiridos referem petéquias/ hematomas ou erosões palatinas, laceração dos freios e marcas de mordida como lesões orais bastante relacionadas com abuso sexual e manifestações orais de doenças sexualmente transmissíveis como sinal patognomónico destes casos.

Apesar de a maioria dos participantes afirmarem reconhecer casos de abuso sexual, verificou-se uma falta de identificação/denúncia destes casos, a qual se pode dever à falta de conhecimentos na área ou certeza no diagnóstico, as quais podem ser colmatadas com maior sensibilização e formação.

**Palavras-chave:** Abuso sexual infantil, Medicina Dentária, Diagnóstico, Sinais, Sintomas.

## ABSTRACT

Child sexual abuse can be defined as the involvement of a child in activities which aim the sexual satisfaction of an adult or older youngster, in a position of power or authority. Given their degree of development, children are not able, to understand what is happening and thus they cannot give proper consent.

Health professionals, specifically the dentists, can have a privileged role in identifying injuries of this type of abuse, since these occur, mostly, in face. However, international literature refers that, in the majority, these cases are not reported. In Portugal, data referring to this is limited. Therefore, the aim of this work is to characterize in a population of Portuguese dentists the knowledge they possess about child sexual abuse.

For the effect, a questionnaire which approaches questions related with the recognition of the signals and symptoms of child sexual abuse was developed. The questionnaire was applied to a population of 100 dentists (39 male and 61 female) and the answers obtained were analyzed with SPSS 21.0® software.

The main results showed that the majority of the interviewed considers that dentists have a privileged role in the diagnosis of sexual abuse. As for the diagnosis, they refer petechial/bruising or palatine erosions, bridle's lacerations and bite marks as oral lesions highly related to sexual abuse and sexual transmitted diseases oral manifestations as a pathognomonic sign of these cases.

Despite the majority of the participants claimed to be able to recognize cases of child sexual abuse, there was a lack of identification/reporting of these cases, which might be due to lack of knowledge or certainty in the diagnosis, which can be tackled with greater awareness and specific training.

**Key-words:** Child sexual abuse, Dental Medicine, Diagnosis, Signals, Symptoms.

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente, a violência infantil no contexto familiar constitui um problema social preocupante, sendo da obrigação dos profissionais de saúde saber identificar e denunciar.<sup>(1)</sup> A violência no contexto familiar pode englobar o abuso físico, o abuso emocional ou psicológico, o abuso sexual, a negligência, o abandono, ou a exploração no trabalho, podendo causar problemas a nível do desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e/ou social.<sup>(1-3)</sup>

Efetivamente, para além das lesões a nível físico, as crianças vítimas de abuso têm maior probabilidade de desenvolverem problemas funcionais e comportamentais, como perturbações do comportamento, desenvolvimento de comportamentos agressivos, perturbações de hiperatividade e défice de atenção, baixo desempenho académico, limitação do funcionamento cognitivo, ansiedade, depressão, perturbações da interação social e emocional. Além do mais, o ciclo de violência tende a perpetuar-se indefinidamente, passando de geração em geração.<sup>(1-5)</sup> Nesta perspetiva, o abuso sexual pode ser particularmente deletério.<sup>(6)</sup>

Define-se abuso sexual infantil como o envolvimento da criança ou jovem em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual dum adulto ou jovem mais velho, numa posição de poder ou de autoridade sobre aquele. Constitui uma prática que a criança ou jovem, dado o seu grau de desenvolvimento, não consegue compreender sendo incapaz de dar o seu consentimento informado e que viola a lei, os tabus sociais e as normas familiares.<sup>(1, 7)</sup>

O abuso sexual pode apresentar várias formas, como por exemplo, exibicionismo, carícias inapropriadas, violação, telefonemas, voyeurismo, uso de crianças em fotografias pornográficas, fetichismo e frotteurismo.<sup>(8, 9)</sup>

Ao assumir várias apresentações, pode representar ilícitos diferentes. Em Portugal, o Código Penal regulamenta os crimes de abuso sexual na secção “Abuso sexual de crianças”, no artigo 171.º, referindo:

“1 — Quem praticar ato sexual de relevo com ou em menor de 14 anos, ou o levar a praticá-lo com outra pessoa, é punido com pena de prisão de um a oito anos.

2 — Se o ato sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

3 — Quem: a) Importunar menor de 14 anos, praticando ato previsto no artigo 170.º; ou b) Atuar sobre menor de 14 anos, por meio de conversa, escrito, espetáculo ou objeto pornográficos; é punido com pena de prisão até três anos. (...)”<sup>1</sup>

A verdadeira magnitude da problemática dos abusos sexuais em crianças não é conhecida com rigor, uma vez que as crianças são alvos particularmente vulneráveis em termos de idade, necessidades e dependência, são fáceis de persuadir para cooperar, sentindo medo e vergonha de falar sobre o assunto com outras pessoas, podendo ter dificuldades na linguagem e aprendizagem.<sup>(1, 2, 4, 10)</sup>

Simultaneamente, tem sido referido que numa elevada percentagem de casos de abuso sexual, há uma relação familiar entre a vítima e o agressor, o que também pode constituir um obstáculo.<sup>(1, 4, 5, 10)</sup>

Segundo dados provenientes da Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), em 2011, foram acompanhados 1491 casos de vítimas de abuso sexual (2,2% do total de casos de abuso).<sup>(10)</sup> E estes dados apenas representarão uma pequena percentagem do número total de casos de abuso sexual infantil, uma vez que nem todos serão objeto de denúncia.<sup>(2, 4, 5)</sup>

O presente estudo tem como objetivo caracterizar, numa população de médicos dentistas portugueses, os conhecimentos que estes possuem sobre o abuso sexual em crianças, identificando os principais obstáculos encontrados na deteção e denúncia, no sentido de propor e desenvolver estratégias que visem colmatar as eventuais limitações, otimizando o diagnóstico de abuso sexual.

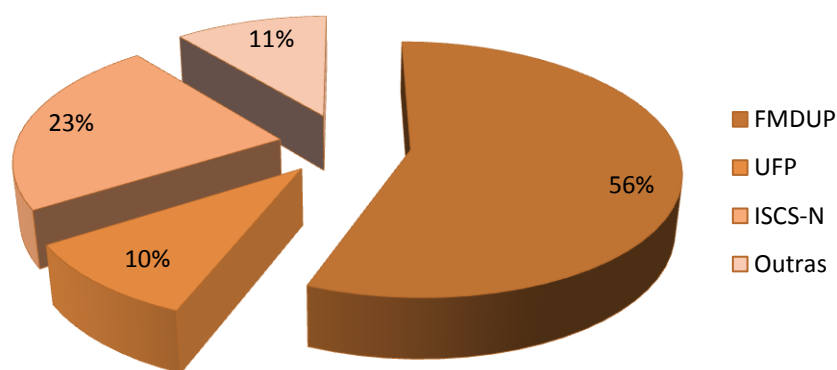
---

<sup>1</sup> Código do Processo Penal Português

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Foram distribuídos 100 questionários a médicos dentistas portugueses, 39 do sexo masculino (39%) e 61 do sexo feminino (61%). A idade média dos inquiridos era de 34,47 anos (mínimo: 23 anos; máximo: 81 anos). Os médicos dentistas inquiridos eram maioritariamente formados na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (56%) (Gráfico 1), sendo que a sua prática profissional variava entre 1 e 57 anos (média 10,17 anos).

O questionário aplicado (ANEXO 1) versava questões sobre capacidade de diagnóstico e atitudes em situações de abuso sexual em crianças, e foi elaborado após pesquisa bibliográfica, utilizando a base de dados eletrónica PubMed. Este instrumento de avaliação sob a forma de entrevista foi aplicado a alguns participantes pessoalmente e a outros através de correio eletrónico, sendo que todos os questionários aplicados foram respondidos e entregues à investigadora.



**Gráfico 1** – Locais de formação dos inquiridos.

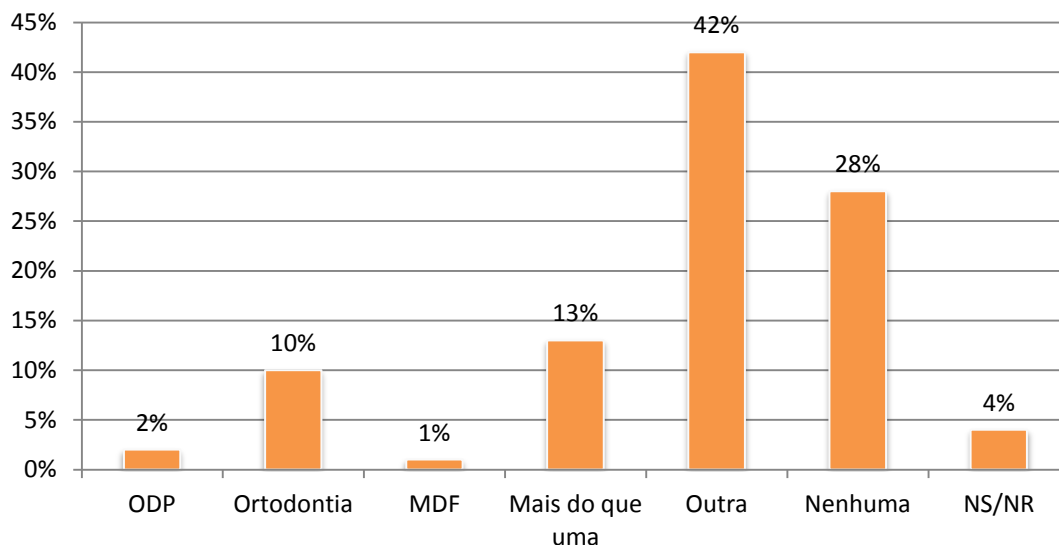
Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados informática e a sua análise estatística foi executada através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 21.0. Foi realizada uma análise estatística descritiva (médias, mínimos e máximos) e avaliados os resultados de cada questão. Uma vez que existia a possibilidade de assinalar mais do que uma hipótese em cada resposta, optou-se pela decomposição de cada alínea em variáveis dicotómicas, possibilitando, assim, uma análise estatística de escolha múltipla.

A presente investigação dispensou a obtenção de consentimento informado, sendo completamente isenta de risco e intrusão, tendo sido aprovada pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (ANEXO 2). Foi garantida a confidencialidade no tratamento e armazenamento dos dados recolhidos.

### 3. RESULTADOS

#### A) Caracterização da Amostra

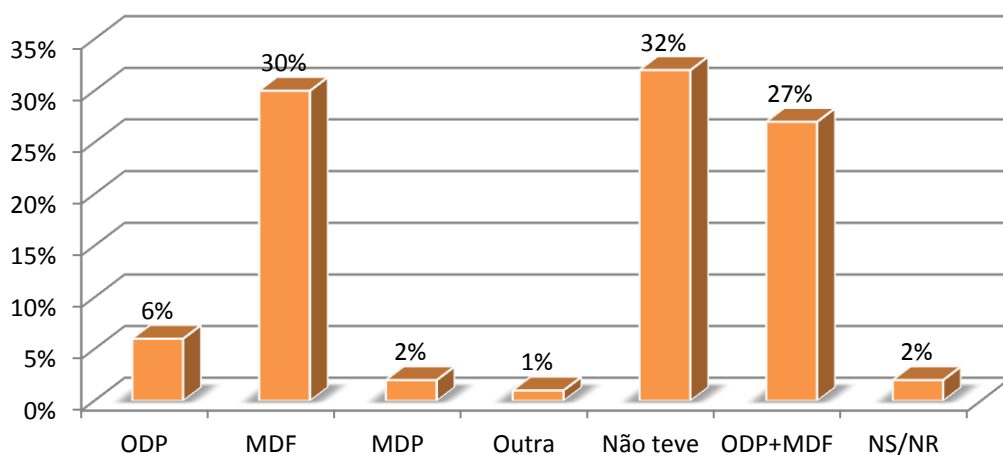
Do total dos inquiridos, a maioria (68%) possuía uma pós-graduação (Gráfico 2).



**Gráfico 2** – Pós-graduações dos inquiridos. (ODP - Odontopediatria; MDF - Medicina Dentária Forense; Mais do que uma – Odontopediatria, Ortodontia, Endodontia, Reabilitação Oral, Implantologia; Outra - Endodontia, Implantologia, Cirurgia Oral, Periodontologia e Dor Orofacial, ATM e Oclusão; NS/NR - Não Sabe/Não Responde)

Relativamente à questão sobre a unidade curricular que forneceu conhecimento na área do abuso na criança durante a formação em Medicina Dentária, enquanto 32% dos profissionais não teve formação, 66% declararam ter tido uma unidade curricular que lhes fornecesse conhecimento nesta área (Gráfico 3).

**- UMA VISÃO MÉDICO-DENTÁRIA NO DIAGNÓSTICO DO ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS -**



**Gráfico 3** – Unidade curricular que forneceu conhecimentos na área do abuso na criança. (ODP - Odontopediatria; MDF - Medicina Dentária Forense; MDP - Medicina Dentária Preventiva; Outra – cursos de formação contínua; NS/NR - Não Sabe/Não Responde)

Já no que diz respeito à prática clínica, a maioria dos inquiridos (75%) afirmou atender pelo menos uma criança por semana (Tabela II).

**Tabela I** - Número de crianças atendidas na prática clínica.

	Frequência	Percentagem
Menos de 1 por mês	5	5%
Pelo menos 1 por mês	11	11%
Pelo menos 1 semana	75	75%
Exclusivo Odontopediatria	5	5%
Não atendo	3	3%
NS/NR	1	1%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

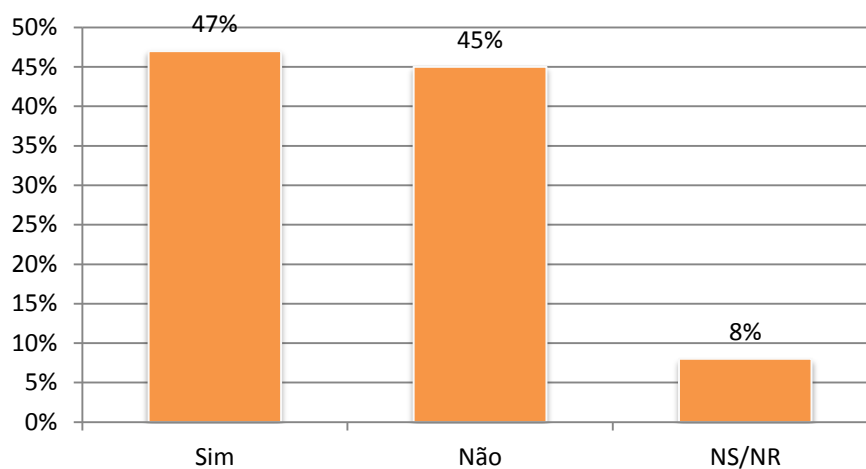
## B) Avaliação de conhecimentos e atitudes na área de abuso sexual em crianças

Na Tabela III pode observar-se que a maioria dos participantes deste estudo afirmam considerar situações como a prática de ato sexual, visualização de conteúdos pornográficos e uso de linguagem obscena, abuso sexual em crianças. Além disto, 5% afirmam considerar outras situações além das acima referidas.

**Tabela II** – Definição de abuso sexual.

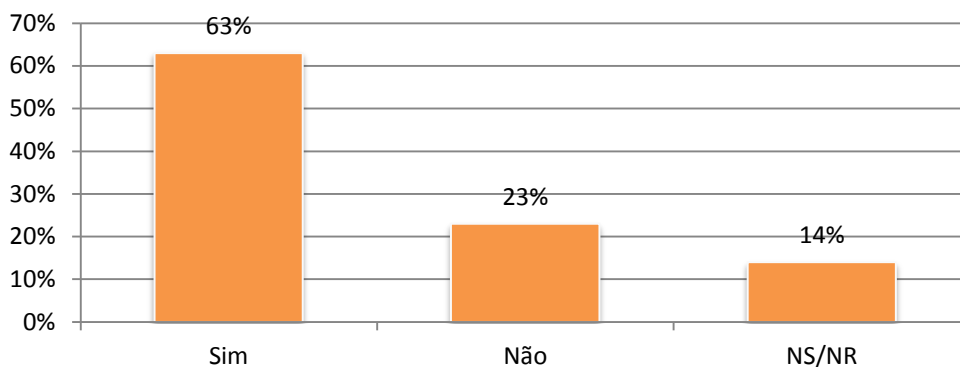
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Total</b>
Prática de ato sexual	94%	6%	100%
Visualização de conteúdos pornográficos	88%	12%	100%
Uso de linguagem obscena	68%	32%	100%

De todos os participantes deste estudo, 47% consideram que o médico dentista possui um papel privilegiado para o diagnóstico de abuso sexual em crianças.



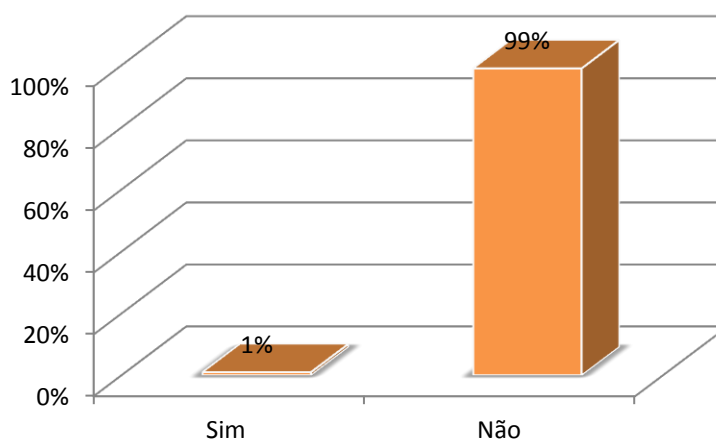
**Gráfico 4** - Privilégio do Médico Dentista no diagnóstico de abuso sexual em crianças.  
(NS/NR - Não Sabe/Não Responde)

Conforme se pode analisar no Gráfico 5, a maioria dos profissionais declara conhecer as responsabilidades legais do profissional de saúde em relação à denúncia de abuso sexual em crianças (63%).



**Gráfico 5** – Conhecimento da responsabilidade legal dos profissionais de saúde na denúncia de abuso sexual em crianças. (NS/NR - Não Sabe/Não Responde)

Relativamente à identificação de situações de abuso sexual, apenas um dos inquiridos declarou já ter identificado um caso de abuso sexual em crianças, não tendo fornecido informações relativamente à forma como efetuou o diagnóstico ou que atitude teve perante o caso (se fez a denúncia ou não) (Gráfico 6). Os restantes 99 inquiridos referiram que caso identificassem um caso de abuso sexual em crianças tomariam diversas atitudes, conforme o descrito nas Tabelas III e IV.



**Gráfico 6** - Identificação de casos de abuso sexual em crianças.

**Tabela III** - Atitudes dos inquiridos numa situação hipotética de um caso de abuso sexual.

<b>ATITUDES</b>	<b>RAZÕES INVOCADAS</b>
<p><b>Não tomaria nenhuma atitude</b></p> <p align="center"><b>5%</b></p>	<p>1% Falta de informação/conhecimento</p> <p>1% Falta de certeza/confiança no diagnóstico</p> <p>1% Receio de perder o paciente</p> <p>2% Não sabe/Não responde</p>
	<b>ATITUDE TOMADA</b>
<p><b>Tomaria uma atitude</b></p> <p align="center"><b>15%</b></p>	<p>6% Confrontaria os responsáveis legais/pais da criança</p> <p>1% Contactavam as autoridades locais</p> <p>3% Reencaminhar para médico assistente</p> <p>3% Tomaria uma atitude diferente das acima</p> <p>2% Não sabe/Não responde</p>
<p><b>Não sabe/Não responde</b></p> <p align="center"><b>14%</b></p>	-

**Tabela IV** – Entidades a quem os inquiridos denunciariam um caso de abuso sexual.

<b>ATITUDES</b>	<b>ENTIDADES</b>
<p><b>Denunciava o caso</b></p> <p align="center"><b>66%</b></p>	<p>18% Polícia</p> <p>13% CPCJ<sup>2</sup></p> <p>4% OMD<sup>3</sup></p> <p>6% Segurança Social</p> <p>20% Polícia + CPCJ</p> <p>5% Não sabe/Não responde</p>

<sup>2</sup> Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco

<sup>3</sup> Ordem dos Médicos Dentistas

Por último, no que diz respeito aos sinais de abuso sexual, foi apresentada aos inquiridos uma lista de eventuais sinais de abuso sexual, tendo-lhes sido pedido que os classificassem em termos de probabilidade de se relacionarem com abuso sexual. Os resultados podem ser observados no Gráfico 7.

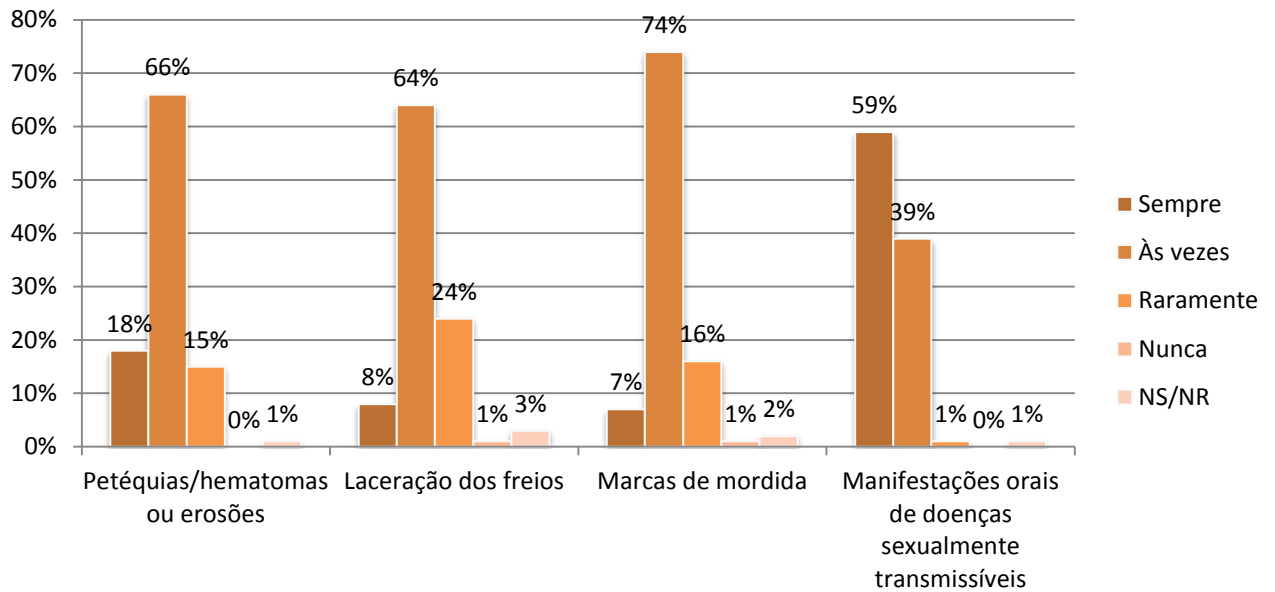


Gráfico 7 – Possíveis sinais de abuso sexual.

#### 4. DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde, em concreto os médicos dentistas, podem ser os primeiros a conseguir detetar lesões características de abuso sexual, diagnosticar e denunciar o caso às autoridades responsáveis, uma vez que estas lesões ocorrem, maioritariamente, ao nível da cabeça, face, cavidade oral e pescoço.<sup>(1, 11)</sup> Por outro lado, os médicos dentistas também são dos poucos profissionais de saúde que observam e tratam as crianças vítimas de abuso rotineiramente, visto que, na maior parte das vezes, os abusadores evitam levar as crianças vítimas de abuso às unidades clínicas ou ao pediatra habituais, dirigindo-se mais facilmente ao médico dentista para tentar resolver as lesões mais visíveis sem levantar suspeitas, alegando terem sido consequência de quedas ou outro tipo de acidentes.<sup>(1, 11)</sup> Estes dados provenientes da literatura internacional são confirmados com os dados recolhidos neste estudo, com 47% dos participantes a considerar que o Médico Dentista possui um papel privilegiado para o diagnóstico de abuso sexual em crianças. Além disto, os cuidados prestados em Medicina Dentária obrigam a que se observe as crianças mais frequentemente, levando a que seja mais fácil identificar alterações comportamentais na criança e no prestador de cuidados – que muitas vezes são os sinais mais evidentes.<sup>(6)</sup>

Segundo a literatura internacional, a maioria dos casos acaba por não ser denunciada às autoridades.<sup>(1, 12-17)</sup> O que contrasta com os resultados do nosso estudo, onde apenas 5% optaria por não denunciar. Mesmo assim, uma situação hipotética não é, de forma alguma, igual à real.

Além disto, também na literatura internacional, a justificação da maioria dos casos não ser denunciado passa, por exemplo, pela falta de formação na área ou desconhecimento do tema, incerteza no diagnóstico, receio do confronto com os pais ou responsáveis legais pela criança, medo de cometer erros e acusar injustamente ou de testemunhar em tribunal e o receio do impacto económico negativo junto dos pacientes.<sup>(1, 12-17)</sup> O que está de acordo com os resultados da presente investigação, visto que as razões invocadas para tal comportamento foram a falta de informação/conhecimento na área do abuso infantil, falta de certeza/confiança no diagnóstico e receio de perder os pacientes. Contudo, 63% dos participantes declaram conhecer as responsabilidades legais do médico dentista, que incluem a denúncia obrigatória destes casos.

Já no que diz respeito ao diagnóstico, várias estratégias têm sido sugeridas como forma de o otimizar, combinando-as com as lesões clínicas observadas, como por exemplo, interrogar a criança separadamente dos pais pode ajudar a compreender possíveis discrepâncias entre a

história apresentada e as evidências clínicas ou a defesa, por parte da criança, por se sentir ameaçada pelo contacto físico.<sup>(1, 12-17)</sup>

Apesar disso, o diagnóstico destas situações pode ser extremamente complexo. Efetivamente, muitas das vítimas de abuso sexual infantil não apresentam qualquer sinal ou lesão física óbvios, pelo que se deve procurar por indicadores comportamentais, como por exemplo: o comportamento sexual impróprio, a defesa devida ao sentimento de ameaça pelo contacto físico e até mesmo ao desconforto ao relatar a história.<sup>(1, 9, 18)</sup>

Todavia, existem algumas lesões com elevado grau de especificidade, no que diz respeito ao diagnóstico de abuso. Em concreto, deve prestar-se particular atenção às situações que envolvam lesões figuradas (ex: marcas de mordida), lesões em locais improváveis de trauma accidental (ex: bochechas, pescoço, atrás das orelhas), lesões em diferentes estadios de cicatrização (coexistência de lesões mais antigas com lesões mais recentes), atraso não justificado na procura de cuidados de saúde para as lesões sofridas, dentes fraturados, avulsionados, luxados, intruídos ou necrosados sem explicação adequada, fratura dos ossos da face sem história de trauma adequada, lacerações nos lábios e nos freios labiais e linguais sem explicação para as mesmas, marcas de mordida, principalmente se os padrões forem sugestivos de terem sido perpetradas por um adulto, equimoses ou outros ferimentos nas zonas laterais da face, cavidade oral e palato, designadamente se apresentarem formas reconhecíveis, contusões em sítios de lesão pouco prováveis (ex: fora da zona das proeminências ósseas) ou exibindo padrões reconhecíveis (Ex: fivela do cinto ou os dedos da mão).<sup>(1, 19-21)</sup>

Outras lesões poderão ainda ser mais específicas: a laceração dos freios labiais e linguais pode ocorrer acidentalmente numa criança que está a aprender a andar; contudo, se este tipo de lesão for encontrado numa criança com idade fora do intervalo etário desta aprendizagem (8 e os 18 meses), é altamente sugestiva de abuso.<sup>(1, 21-24)</sup> O desconhecimento desta janela etária será, provavelmente, o motivo pelo qual 64% dos inquiridos não consideraram este tipo de lesão oral como sendo altamente suspeita de abuso sexual.

É ainda necessário observar a possível existência de lesões no assoalho da cavidade oral ou no palato (duro e mole), designadamente petéquias palatinas, eritemas ou hematomas, úlceras, vesículas com secreção purulenta ou pseudomembranosas, elevado índice de cárie e manifestações orais de doenças sexualmente transmissíveis (DST).<sup>(1, 15)</sup> A este propósito refira-se que, na presente investigação, 59% dos inquiridos referiu que a presença de sinais indicativos de DST era patognomónico de abuso sexual. É uma percentagem que reflete a necessidade de um maior investimento nesta área, em termos dos profissionais de saúde oral, já que a literatura

internacional faz menção a estas lesões como sendo as únicas patognomónicas de abuso sexual em crianças.

As patologias relacionadas com DSTs com manifestação na cavidade oral mais frequentes são:

- Gonorreia: doença sexualmente transmissível mais frequente entre as crianças que foram vítimas de abuso sexual. Pode aparecer, com sintomatologia, nos lábios, na língua, no palato, na face e, em especial, na faringe. A sua forma pode sofrer variações desde eritema a ulcerações e de lesões vesículo-pustulares a pseudomembranosas. Um resultado positivo da cultura para esta doença em crianças, normalmente é indicador de que houve abuso sexual.<sup>(15, 25)</sup>

- *Condyloma acuminatum*: lesão única ou múltipla, com aspeto em couve-flor, causada pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). Este pode ser transmitido, à criança, de três formas: sexualmente por contacto oro-genital; verticalmente, da mãe para o filho durante o parto; horizontalmente, quando a criança leva a mão à boca, depois de estar infetada.<sup>(15, 25, 26)</sup>

- Sífilis: caracterizada por pápulas nos lábios ou na pele da região perioral. Um resultado positivo do teste para o *Treponema pallidum* é um forte indicador de abuso sexual.<sup>(15, 25)</sup>

Já quanto a marcas de mordida, estas podem ser indicadoras de abuso. Normalmente apresentam uma área central de equimose (contusão central), causada por pressão positiva ou negativa, e uma área circundante com equimoses ou abrasões. Quando estas têm localizações simétricas, são múltiplas e com carácter repetitivo, em diferentes estadios de cicatrização, são altamente sugestivas de abuso, tanto físico como sexual.<sup>(1, 21, 23)</sup> Ainda assim, 16% dos participantes declarou que raramente consideram as marcas de mordida como indicadoras de abuso sexual, o que demonstra a falta de formação dos profissionais sobre esta temática.

É importante realçar que não existem lesões da região orofacial que sejam exclusivas de casos de abuso sexual, excetuando os casos em que existem lesões de DST, razão pela qual o diagnóstico deste tipo de situação é difícil de se efetuar com alguma certeza.<sup>(15)</sup> Por outro lado, existem lesões, como por exemplo, a laceração dos freios (labial e/ou lingual), marcas de mordida, ou ainda infeções orais por agentes patogénicos causadores de DST, que possuem elevado grau de especificidade na determinação do diagnóstico de abuso sexual em crianças.<sup>(1, 21, 22, 24, 27)</sup> Segundo o presente estudo e de uma forma geral, a maioria dos inquiridos demonstra conhecer as lesões mais comumente relacionadas com o abuso sexual (petéquias/hematomas ou erosões no palato duro, mole ou assoalho da cavidade oral: 66%; laceração dos freios: 64%;

marcas de mordida: 74%), apontando as manifestações orais de DST como sinal patognomónico (59%).

Quanto ao conhecimento na área do abuso infantil, embora a maioria (66%) declarou ter tido formação sobre esta temática, 33% referiu não ter tido qualquer tipo de formação. Porém, a formação dos profissionais de saúde oral, e em concreto a sua necessidade de formação contínua, é um dos aspetos referidos nos estatutos da OMD<sup>4</sup>. Assim, constitui uma obrigação de todo o médico dentista dotar-se dos conhecimentos necessários para poder desempenhar de forma adequada a sua função, pelo que invocar falta de conhecimentos para fazer o diagnóstico de casos de abuso sexual em crianças não constitui uma razão válida. O desconforto de tomar uma decisão desta natureza não é, da mesma forma, legítimo. Apesar de ser uma tarefa difícil, a obrigação é de denunciar casos suspeitos. Por último, refira-se que os médicos dentistas devem pugnar pela saúde geral do doente e não somente pela saúde oral, enquadrando esta atuação do médico dentista neste âmbito. De resto, esta posição surge salvaguardada no artigo 33º Código Deontológico que refere:

“1. O médico dentista tem o dever de pugnar pela saúde da população, essencialmente pela saúde oral e pelo funcionamento e aperfeiçoamento das instituições intervenientes na área da saúde.

2. O médico dentista deve apoiar e participar nas atividades da comunidade que tenham por fim promover a saúde e o bem-estar da população.”

---

<sup>4</sup> Artigo 12º do Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas:

**“1. São deveres dos médicos dentistas:**

- a) Cumprir o presente Estatuto e respetivos regulamentos;
  - b) Cumprir as normas deontológicas que regem o exercício da medicina dentária, integradas no respetivo Código Deontológico, neste Estatuto e na demais legislação aplicável;
  - c) Guardar segredo profissional;
  - d) Participar nas atividades da OMD e manter-se delas informado, nomeadamente tomando parte nas assembleias ou grupos de trabalho;
  - e) Desempenhar as funções para que cada um for eleito ou designado;
  - f) Cumprir e fazer cumprir as deliberações e decisões dos órgãos da OMD tomadas de acordo com o presente Estatuto e não prejudicar os fins da OMD;
  - g) Defender o bom nome e prestígio da OMD;
  - h) Agir solidariamente em todas as circunstâncias na defesa dos interesses comuns;
  - i) Manter a OMD atualizada quanto a todos os seus dados constantes da inscrição, nomeadamente quanto ao domicílio profissional, informando da mudança de domicílio, da reforma e de impedimentos ao seu exercício profissional;
  - j) Pagar as quotas e demais débitos regulamentares;
  - l) Manter-se deontológica, técnica e cientificamente atualizado, frequentando ações de formação contínua em mínimos definidos pela OMD.
2. Pela violação dos deveres referidos no número anterior ficam os médicos dentistas sujeitos às sanções previstas neste Estatuto.”

## **5. CONCLUSÃO**

Após avaliados as atitudes e conhecimentos dos médicos dentistas perante o abuso sexual em crianças, o presente estudo permitiu concluir que:

1. A maioria dos participantes refere conhecer as responsabilidades legais dos médicos dentistas perante este tipo de situações e que o médico dentista pode ter um papel privilegiado no diagnóstico do abuso sexual;
2. O número de casos de abuso sexual detetados é muito baixo (1 deteção em 100 entrevistados);
3. Quando confrontados com uma situação hipotética, mais de metade dos inquiridos denunciaria o caso, maioritariamente à Polícia e à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, mostrando conhecer quais as autoridades de primeira linha para lidar com este tipo de situações;
4. Em termos de conhecimentos, embora a maioria dos participantes declare conhecer as lesões com elevado grau de especificidade para o diagnóstico de abuso sexual, é necessário apostar na formação dos profissionais, uma vez que a percentagem de participantes que declarou não ter tido formação na área ainda é considerável.

Pelo exposto, é mandatário que os médicos dentistas incluam a observação da saúde em geral dos pacientes na sua prática clínica, não se limitando só à cavidade oral. Devem, também, apostar na sua formação sobre esta temática, a fim de serem capazes de efetuar um diagnóstico consistente, impedindo que o ciclo de violência se perpetue, ajudando as crianças vítimas deste tipo de abuso a terem uma vida melhor.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CRESPO M, ANDRADE D, ALVES AL-S, MAGALHÃES T. O papel do médico dentista no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças. *Acta Médica Portuguesa*. 2011;24:939-48.
2. NUNES P, RAMINHOS I. Maus-tratos infantis - a realidade de um hospital distrital! *Acta Médica Portuguesa*. 2010;23(3):413-8.
3. MENOLI AP, FELIPETTI F. Manifestações bucais de maus-tratos físicos e sexuais em crianças—conduta do cirurgião-dentista. *Revista Varia Scientia*.7(14):11-22.
4. CANHA J. Criança maltratada. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação Estudo prospectivo de 5 anos. 2000.
5. THEODORE AD, CHANG JJ, RUNYAN DK, HUNTER WM, BANGDIWALA SI, AGANS R. Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. *Pediatrics*. 2005 Mar;115(3):e331-7. PubMed PMID: 15741359.
6. MAGALHÃES T, GAMBOA MJ, SANTOS A, NETO M. Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais2002.
7. LEGANO L, MCHUGH MT, PALUSCI VJ. Child abuse and neglect. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2009;39(2):31. e1-. e26.
8. DE INFORMAÇÃO SOCIOLÓGICA F, GOUVEIA DMC. *Abusos Sexuais de Menores*. 2006.
9. POZO P, LÓPEZ L. *Lesiones por malos tratos*. Odontopediatria Barcelona Masson. 2004:423-36.
10. ALVAREZ D SL, COSTA MDC, TEIXEIRA S, CARVALHO R, VIDAL FM. Relatório Final de Avaliação da Actividade das CPCJ no Ano de 2011. 2012.
11. VON BURG M, HIBBARD R. Child abuse education: do not overlook dental professionals. *ASDC journal of dentistry for children*. 1995;62(1):57.

12. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC D. Clinical guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatric dentistry*. 2004;26(7 Suppl):63-6. PubMed PMID: 15656436.
13. DA FONSECA MA, FEIGAL RJ, TEN BENSEL RW. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatric dentistry*. 1992 May-Jun;14(3):152-7. PubMed PMID: 1528783.
14. JESSEE SA. Orofacial manifestations of child abuse and neglect. *American family physician*. 1995 Nov 1;52(6):1829-34. PubMed PMID: 7484693.
15. MASSONI AC, FERREIRA AM, ARAGAO AK, DE MENEZES VA, COLARES V. [Orofacial aspects of childhood abuse and dental negligence]. *Ciencia & saude coletiva*. 2010 Mar;15(2):403-10. PubMed PMID: 20414607. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligencia odontologica.
16. NUZZOLESE E, LEPORE M, MONTAGNA F, MARCARIO V, DE ROSA S, SOLARINO B, et al. Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention. *International journal of dental hygiene*. 2009;7(2):96-101.
17. SERRANO GM, TOLOSA BE, FORNER NL. Oral lesions due to child abuse. Identification of the problem and role of the professional. *Medicina oral: órgano oficial de la Sociedad Española de Medicina Oral y de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal*. 2001;6(4):276.
18. JANISCH S, MEYER H, GERMEROTT T, SCHULZ Y, ALBRECHT UV, SCHMIDT A, et al. [Analysis of clinical forensic examination reports on sexually abused children]. *Archiv fur Kriminologie*. 2010 Jan-Feb;225(1-2):18-27. PubMed PMID: 20306648. Analyse der Untersuchungsergebnisse bei sexuellem Kindesmissbrauch.
19. PRETTY IA, HALL RC. Forensic dentistry and human bite marks: issues for doctors. *Hospital medicine*. 2002 Aug;63(8):476-82. PubMed PMID: 12212419.
20. LEE LY, ILAN J, MULVEY T. Human biting of children and oral manifestations of abuse: a case report and literature review. *ASDC journal of dentistry for children*. 2002 Jan-Apr;69(1):92-5, 14. PubMed PMID: 12119823.

21. MAGALHÃES T, JARDIM P, SANTOS L, PINTO N, DINIS R, CALDAS I. Indicadores físicos de abuso. *Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao diagnóstico* Lisboa Lidel Editora. 2010:51-108.
22. MAGALHÃES T. *Abuso de crianças e jovens: da suspeita ao diagnóstico*: Lidel; 2010.
23. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON CHILD A, NEGLECT, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC D, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY COUNCIL ON CLINICAL A. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatric dentistry*. 2008;30(7 Suppl):86-9. PubMed PMID: 19216403.
24. TSANG A, SWEET D. Detecting child abuse and neglect--are dentists doing enough? *Journal*. 1999 Jul-Aug;65(7):387-91. PubMed PMID: 10465918.
25. KELLOGG N. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics*. 2005;116(6):1565-8.
26. CALDAS IM. *Maus Tratos Infantis*: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2003.
27. STEWART GM, ROSENBERG NM. Conditions mistaken for child abuse: Part I. *Pediatric Emergency Care*. 1996;12(2):116-21.

# **ANEXOS**

# **ANEXO 1**

*- Questionário -*

## **ANEXO 2**

*- Aprovação pela Comissão de Ética -*

*- Declaração do Investigador -*

*- Parecer do Orientador -*