

Violência sexual contra crianças e seus aspectos relevantes para o profissional de saúde: relato de caso clínico

Sexual violence against children and its aspects of relevance for health professionals: a clinical case report

Márcia Cançado Figueiredo¹; Paula de Moraes Frassetto²; Lizandra Ferrari Guimarães³; Cristina Maria Boaz⁴

¹Doutora em Odontopediatria, Professora Associada da Faculdade de Odontologia – UFRGS. Porto Alegre, RS – Brasil.

²Cirurgiã-Dentista, Residente em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública, Porto Alegre, RS – Brasil.

³Mestre em Odontopediatria – UFRJ, Cirurgiã-Dentista. Porto Alegre, RS – Brasil.

⁴Cirurgiã-Dentista em Porto Alegre, RS, Aluna do curso de Extensão Universitária Atendimento Odontológico ao Paciente com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia – UFRGS. Porto Alegre, RS – Brasil.

Endereço para correspondência

Márcia Cançado Figueiredo
R. Luzitana 1370, 502, Bairro Higienópolis
90520-080 – Porto Alegre – RS [Brasil]
mcf1958@gmail.com

Resumo

Introdução: Violência doméstica, entre elas abuso sexual, é considerada um problema de saúde pública, visto que sua prevalência é alta. **Objetivos:** Demonstrar quais sinais e sintomas o profissional da saúde pode identificar no paciente e relacionar a maus-tratos, com ênfase em abuso sexual. **Métodos:** Relato de uma experiência clínica odontológica de uma criança do sexo feminino portadora da Síndrome de Kearn-Sayers vítima de abuso sexual no ambiente domiciliar. **Resultados:** A paciente apresentou comportamento atípico para a idade, com muito choro e gritos, cerrava os dentes e negava qualquer tipo de instrumento posto em sua boca para exame. **Conclusão:** O profissional pode perceber sinais e sintomas apresentados pelos pacientes vítimas de maus-tratos/violência, pois esses indivíduos apresentam comportamento atípico.

Descritores: Criança; Odontologia; Violência sexual.

Abstract

Introduction: Home violence, including sexual abuse, is considered a public health problem, once its prevalence is high. **Objective:** To demonstrate which symptoms and signs a health professional can find in a patient and link to ill-treatment, with emphasis on sexual abuse. **Methods:** Clinical case report of a female child with Kearn-Sayers syndrome victim of sexual abuse in home environment. **Results:** The patient showed atypical behavior for her age, with many yells and cries. She closed her mouth and denied any attempt to introduce a dental instrument on her mouth. **Conclusion:** Professionals can realize signs and symptoms presented by patients who are victims of ill-treatment/violence, due to the fact they behave differently than the regular standard behavior.

Key words: Child; Dentistry; Sexual violence.

Introdução

Em se tratando de violência contra crianças e adolescentes, o abuso infanto-juvenil é um problema sério de saúde mundial. A maior parte dos estudos na literatura relativos ao assunto tem sido discutida em países desenvolvidos, mas o fenômeno ocorre em todo o mundo. O Conselho de Prevenção Contra o Abuso Infantil esboçou a seguinte definição sobre abuso e maus-tratos infantis:

O abuso ou maus-tratos em relação à criança constitui todas as formas de tratamento doentio físico e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, resultando em danos reais ou potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder.^{1,2}

O abuso sexual contra crianças e adolescentes tem sido considerado um problema de saúde pública devido à alta prevalência na população^{3,2} e aos prejuízos para o desenvolvimento psicológico e social da vítima e de seus familiares. Pode ser definido como todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, cujo agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente⁴.

A prática sexual está cada vez mais propagada e difundida, ocorrendo o surgimento de formas distorcidas de relacionamentos, não importando se isso significa ir além do respeito ao outro. Há o domínio do mais forte sob o mais fraco, fazendo com que haja, nessa relação de poder, a busca dos excessos, do diferente e do anormal, assim como a pouca importância dada às crianças e às consequências dos maus-tratos dos adultos sobre elas¹.

Em Porto Alegre, demonstrou-se em um estudo que 2,3% dos adolescentes matriculados

na oitava série da rede estadual da cidade relataram ter sido vítima de violência sexual; 4,5%, de ter sido testemunha de algum tipo de violência sexual, e 27,9% referiram conhecer alguém que foi vítima desse tipo de agressão⁵. Em um levantamento de dados referentes a processos do “Depoimento sem Dano”, sistemática usada pela Justiça gaúcha para colher depoimentos de vítimas de maus-tratos e abuso sexual, revelou que 80% das crianças são meninas com até 8 anos de idade, e a maioria dos agressores é composta por pais e padrastos⁶. O tema violência doméstica, para Vieira et al.⁷ (2008), ainda é tratado com reticências por parte dos profissionais, uma vez que a família, *a priori*, continua sendo vista como “sagrada e protetora”, tornando-se difícil aceitar o fato de que os próprios pais possam provocar danos, muitas vezes fatais, contra seus filhos.

Os maus-tratos em crianças vêm crescendo progressivamente nesses últimos cinco anos, e é de grande dificuldade fazer a manutenção e o acompanhamento dessas crianças e inseri-las no programa de promoção de saúde que é articulado de forma adequada e funcional com as políticas públicas de saúde que dão suporte para elas e suas famílias.

Perante os fatos apresentados, o objetivo neste artigo é, por meio de relato de caso clínico, mostrar a quais sinais e sintomas o profissional da saúde deve estar atento durante o atendimento a crianças e adolescentes para identificar se o paciente está sofrendo maus-tratos.

Caso clínico

Paciente do gênero feminino, leucoderma, com 4 anos e 3 meses de idade, foi internada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e, posteriormente, encaminhada à Clínica Infanto-Juvenil da Faculdade de Odontologia da UFRGS, queixando-se que o “dente da frente que dói e sangra”.

Durante anamnese e leitura do prontuário de saúde do hospital, constataram-se as seguintes doenças sistêmicas: déficit pênido-estatural, conjuntivites secas, gastrite leve e esofagite

anorexia nervosa e doença genética dos distúrbios na beta oxidação dos ácidos graxos. Além disso, a mãe e a avó materna, depois de uma anamnese bem detalhada, relataram a história de que a criança foi violentada sexualmente a partir de seus 6 meses até 3 anos e 6 meses de idade, sendo a avó paterna cúmplice, isso ocorria durante as visitas ao pai, nos fins de semana. Essa violência foi descoberta quando a menina começou a falar e queixava-se de dor na região pélvica, acrescentando também o mau cheiro na região bucal quando ela chegava da casa do pai, deixando claro que também praticava sexo oral com a filha. O processo judicial foi aberto e o caso está em andamento, com a participação do cirurgião-dentista responsável.

Durante o atendimento odontológico, constatou-se a presença de fratura coronária com exposição pulpar do dente 51; lesão de cárie não cavitada ativa na face vestibular do dente 62; lesões de cárie não cavitadas inativas nas oclusais dos dentes 65, 75 e mesiais dos dentes 71 e 72; lesões cavitadas inativas na face distal do 71, e na oclusal, do 85, gengivite, ressecamento bucal e mordida aberta. O tratamento proposto e realizado foi à extração do dente 61, quatro aplicações tópicas de flúor, orientações de higiene bucal e orientações quanto à remoção do hábito de chupar bico gradualmente.

Devido ao péssimo comportamento da criança em clínica, para a manutenção de sua saúde bucal, optou-se por realizar as escovações supervisionadas no ambiente hospitalar e, durante essas atividades, foi possível a integração interdisciplinar do cuidado a paciente na área odontológica juntamente com médicos, enfermeiros, nutricionistas e assistente social, formando assim uma equipe interdisciplinar.

O comportamento da paciente durante as consultas na clínica da Faculdade de Odontologia foi extremamente agitado, pois se negava a adentrar o local, esperneava e fazia movimentos de tentativa de escape, já na cadeira de atendimento a criança gritava muito, chorava, travava os dentes e relutava a abrir a boca. Com certeza, em razão de uma série de fatores, dentre esses,

destaca-se o trauma – decorrente de abuso sexual praticado contra ela por seu pai –, relacionado com a cavidade bucal (violência por meio de sexo oral), sua pouca idade, história de transtornos familiares, situação de urgência do primeiro contato odontológico, além da condição sistêmica debilitada. Dessa forma, não foi possível realizar nenhuma intervenção no ambiente da clínica da Faculdade de Odontologia em conjunto com outras crianças. Em contrapartida, durante as escovações supervisionadas no hospital, ou seja, em um ambiente em que a criança sentia-se segura e adaptada, seu comportamento era completamente diferente (Figura 1). Nesse espaço, ela era participativa e, com o passar do tempo, permitiu que seus dentes fossem escovados, sendo, desse modo, possível fazer uma escovação supervisionada, melhorando suas condições de saúde bucal. Assim, optou-se por mudar o hábitat de atendimento clínico da paciente para sua comodidade.



Figura 1: Realização de escovação supervisionada no hospital, no qual o comportamento da paciente era bom

Aos 5 anos e 5 meses de idade, a criança obteve alta hospitalar, porque os médicos chegaram ao diagnóstico clínico de que a paciente seria portadora da Síndrome de Kearns-Sayers; portanto, sendo necessário apenas o acompanhamento de rotina clínica. Essa síndrome é rara, não tem cura e apresenta diversas mutações do DNA mitocondrial, ocorrendo oftalmoplegia externa progressiva crônica, cardiomiopatias com bloqueio de condução (bloqueio cardíaco), retinite pigmentosa e anomalias da glândula endócrina. Essa desordem aparece na infância, nas primeiras duas décadas de vida, e caracteriza-se pela anemia refratária e pela deficiência orgânica do pâncreas. As crianças portadoras dessa síndrome têm um fenótipo suave ou são suportadas com a falha na medula ou desenvolvem frequentemente as características de encefalomiopatias⁸.

No momento, a paciente estudada não apresenta lesões cariosas ativas e está em manutenção de tratamento na Clínica da Disciplina de Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Os princípios éticos foram obedecidos, uma vez que o referido trabalho foi aprovado, em 19/5/2008, pela Comissão de Ética e de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS, compondo-se do projeto de número: 13442, intitulado: Conduta dos Odontopediatras de Porto Alegre-RS frente aos casos de violência contra crianças. Além disso, a responsável pela paciente, no caso específico sua mãe, assinou a autorização legal para a obtenção de fotografias e posterior publicação deste artigo no formato de caso clínico.

Discussão

A infância é uma fase da vida extremamente delicada e importante que requer grandes investimentos afetivos e suporte social. Muitas vezes, é justamente nesse período que os direitos básicos das crianças são violados, como, por

exemplo, em situações de violência sexual, gerando um grande impacto em sua saúde física e mental. Observa-se que “[...] em cerca de 80% dos casos, o abusador é um dos pais ou uma pessoa com algum laço afetivo ou conhecido da família. As vítimas são, em geral, do sexo feminino e os abusadores do sexo masculino”⁹. O convívio diário com a família dá acesso mais facilitado ao objeto de violência, nesse caso, a criança. Neste trabalho, também observou esses aspectos já que a paciente havia sofrido abuso pelo pai com convivência da avó paterna.

O profissional da saúde pode sim perceber os sinais e sintomas de maus-tratos, o que se observa pelo relato de caso aqui apresentado, em que foi possível identificar facilmente que os gritos e o ato de negar-se a abrir a boca para exame odontológico era um procedimento exagerado, considerando a idade da paciente e o comportamento normal de indivíduos nessa faixa etária. Uma anamnese bem estruturada permite um suporte ao profissional, uma vez que mostra o histórico da pessoa que está sendo atendida, como no caso deste trabalho, no qual se verificou que a menina tinha uma atitude colaboradora aos procedimentos de higiene bucal no passado, o que foi indicador de que algo estava errado. Depende somente do prestador de serviços estar receptivo aos sinais e tentar aprofundar-se no assunto, pois é de sua responsabilidade delatar sinais de violência de qualquer instância, em seus pacientes.

Os resultados deste trabalho foram similares aos de Cavalcanti¹⁰ e Alves e Cavalcanti¹¹. Esses autores relatam que há um crescente número de profissionais das mais diversas áreas, bem como a sociedade em geral, se mobilizando contra essas violências. Já que mais de 50% das lesões decorrentes da violência física envolvem as regiões da cabeça e face, é importante o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico dessas lesões, as quais, na grande maioria das vezes, passam despercebidas durante as consultas odontológicas.

Os casos lesões na boca por violência domiciliar realmente são difíceis de lidar ao contrário

dos decorrentes de alguma doença ou acidente. Sabe-se que as lesões e sinais observados após violência são deliberados e evitáveis, mas o profissional da saúde parece não estar preparado para enfrentar essa situação. Infelizmente, a incidência de relatos na literatura de cirurgões-dentistas sobre casos de violência domiciliar e/ou de abuso sexuais são baixos. É possível sugerir que uma das principais razões para esse fato seja o desconhecimento sobre como agir e a própria incapacidade de identificação das vítimas de abuso ou a falta de consciência dos requisitos legais para relatar o caso. Diante do exposto, é possível inferir que os cirurgões-dentistas relutam em acreditar que algum dos familiares possa ter sido um sujeito abusivo e/ou negligente. Entretanto, eles, ao se depararem com tais casos, devem tomar as medidas apropriadas a fim de relatar para as autoridades, por meio de relatório detalhado ou seu testemunho, se necessário, a real condição do paciente. Essa prova deve ser composta por registros completos e precisos da instância, incluindo fotografias das lesões e estudos radiográficos.

No caso em estudo, foi percebido indícios de abuso sexual de maneira muito sutil, não havendo doenças sexualmente transmissíveis na cavidade bucal e nem lesões de violência física pelo corpo, até porque a criança analisada já estava afastada judicialmente do agressor. Contudo, alguns fatores contribuíram para essa constatação, tais como temor irracional da paciente diante de um exame físico, seu péssimo comportamento na clínica e, além disso, por apresentar fratura do dente 51, aspecto odontológico associado à violência sexual oral, que foi comprovada pelo setor de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O cirurgião-dentista deve estar sempre alerta a esses indícios de abuso, já que a cavidade bucal é um sítio frequente dessa violência em crianças.

Outro fator a ser considerado é a apresentação de doenças venéreas na região bucal. A presença de sífilis ou gonorreia oral e perioral é um sinal patognomônico de violência sexual, apesar de raros os casos dessas infecções orais. Além disso, incluem-se outros indícios, tais

como dificuldade de deglutição, área avermelhada no palato (por felação), baixo controle dos esfíncteres, vergonha\timidez excessiva, problemas para caminhar^{10, 12, 7}. Injúrias ou petéquias no palato sem explicações sobre o que os causou, particularmente na junção do palato mole e do duro, pode ser uma evidência de sexo oral forçado. Os casos suspeitos devem ser obrigatoriamente reportados aos serviços de proteção e uma investigação criminal deve ser iniciada. Uma avaliação multidisciplinar da criança e de sua família deve ser imediatamente realizada¹³.

O abuso sexual pode influenciar na saúde bucal de diversas maneiras e não é surpreendente que crianças abusadas desenvolvam um medo maior de tratamento odontológico como realmente ocorreu com a paciente do caso clínico apresentado. Como a violência doméstica é elevada nos Estados Unidos, um trabalho que envolveu mulheres adultas temerosas em relação ao tratamento odontológico apontou que elas possuíam história de abuso sexual na infância e evocou mais fatores interpessoais negativos, como falta de comunicação, de confiança, medo de informações negativas e descontrole durante o atendimento¹⁴. Portanto, o acompanhamento odontológico da criança analisada tem sido contínuo, para que haja a prevenção de novas doenças bucais e um melhor manejo de seu comportamento, evitando assim, complicações futuras e adaptação ao ambiente odontológico.

Conclusões

O profissional da área de saúde é perfeitamente capaz de diferenciar um comportamento normal de um paciente e um atípico. Sinais e sintomas, de psicológicos (gritos, chutes, choro, etc.) a físicos (lesões de mucosa, cortes, machucados, entre outros), podem constituir-se em provas que auxiliem a constatar se um paciente sofreu violência e cabe ao profissional envolvido estar receptivo para identificá-los a fim de denunciar esses abusos e, assim, colaborar para que episódios dessa natureza não fiquem impunes.

Referências

1. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*. 2005;81(5):197-204.
2. OMS. Violência sexual. In: Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002b.
3. OMS. Violência – um problema mundial de saúde pública. In: Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002a.
4. Habigzang LF, Azevedo GA, Koller SH, Machado PX. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: reflexão e crítica*. 2006;19(3):379-86.
5. Polanczyk G V, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammerman PW. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):8-14.
6. Correio do Povo, Jornal. Meninas de até 8 anos são vítimas de pais e padrastos. Porto Alegre-RS; 20 ago.2009.
7. Vieira ELR, Katz CRT, Colares V. Indicadores de maus-tratos em crianças e adolescentes para uso na prática da odontopediatria. *Odontologia. Clín.- Científ*. 2008;7(2):113-8.
8. Ropper AH, Brown H. Adams and Victor's principles of neurology. 8th. ed. USA: Mcgraw-Hill; 2005.
9. Sociedade Brasileira de Pediatria-SBP. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
10. Cavalcanti AL. Manifestações físicas do abuso infantil: aspectos de interesse odontológico. *Rev Paul Odontol*. 2003;5:16-9.
11. Alves PM, Cavalcanti AL. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico: uma revisão da literatura. *Ciênc Biol Saúde Ponta Grossa*. 2003 set./dez;9(3/4):29-35.
12. Prado D, Dornelles MSO, Louzado M, Araújo CH, Scarlot F. Manifestações orais em crianças abusadas sexualmente. *RBO*. 2001;58(1):33-4.
13. Gonçalves SEM, Sagretti OMA, Borges AMC. Medo em odontopediatria: porque e do que as crianças têm medo no tratamento odontológico: técnicas através do toque sutil. *Rev Pauli Odontol*. 1993;6:35-40.
14. Willumsen T. The impact of the childhood sexual abuse on dental fear. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32(1):73-9.