



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

CAMILA RODRIGUES DE AGUIAR

**ODONTOLOGIA E MAUS TRATOS INFANTIS: COMO PROCEDER
DIANTE DE SINAIS DE VIOLÊNCIA?**

SÃO LUÍS - MA
2025

CAMILA RODRIGUES DE AGUIAR

**ODONTOLOGIA E MAUS TRATOS INFANTIS: COMO PROCEDER DIANTE DE
SINAIS DE VIOLÊNCIA?**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, como pré-requisito para obtenção do título de Bacharela em Odontologia.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Cadidja Dayane Sousa do Carmo

SÃO LUÍS – MA
2025

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Rodrigues de Aguiar, Camila.

ODONTOLOGIA E MAUS-TRATOS INFANTIS: COMO PROCEDER
DIANTE DE SINAIS DE VIOLÊNCIA / Camila Rodrigues de
Aguiar. - 2025.

66 p.

Orientador(a): Cadidja Dayane Sousa do Carmo.

Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão,
Curso de Odontologia, Ufma, 2025.

1. Maus-tratos Infantis. 2. Cirurgiões-dentistas. 3.
Normas Legais. I. Sousa do Carmo, Cadidja Dayane. II.
Título.

DE AGUIAR, CR. **Odontologia e maus tratos infantis: como proceder diante de sinais de violência?** Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão como pré-requisito para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

Monografia apresentada em: ____ / ____ / 2025

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Cadidja Dayane Sousa do Carmo
(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Luana Martins Cantanhede
(Titular)

Prof. Dr. Pierre Adriano Moreno Neves
(Titular)

Prof.^a Dr.^a Gisele Quariguasi Tobias Lima da Silva
(Suplente)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Deusilene Rodrigues de Aguiar e Luiz Gracia Pinho de Aguiar, pelo apoio, encorajamento, suporte e compreensão.

À minha tia Maria Ernilde, pelo companheirismo, auxílio e por não medir esforços para me defender e ser por mim e por Aurora. em todos os momentos da minha vida, e por, mesmo sem saber, me servir de inspiração.

À tia Daça, dona Rosário, Gleison. Álvaro, Alice e Sky, por me acolherem na sua casa e serem nos dias mais difíceis meu suporte. Admiro muito o amor que tem nesta família, obrigada por todos os conselhos, lições e pelo esforço de me fazerem sentir em casa.

Às minhas amigas Áurea Regina, Hellen Marinna, Ana Clara e Alice por fazerem parte da minha vida há mais tempo do que posso me lembrar e se mostrarem presentes sempre que precisei. Da infância à adolescência, da adolescência à vida adulta, estamos e estaremos juntas em todas as fases. Obrigada por serem apoio, por me escutarem, vocês foram essenciais.

Às minhas duplas, Marina Dantas, Camila Soares e Édson Trindade, por terem sido muito mais que uma dupla. Ouviram-me quando eu sequer pedi, acalmaram-me quando precisei e me ensinaram quando eu não sabia.

Ao Luis Guilherme e ao Vinicius Batista por cada almoço, conversas, brincadeiras e desabafos. Vocês tornam meus dias mais leves, e por isso sou muito grata por todo o carinho, irmandade e amizade que construímos juntos ao longo deste percurso que levarei para a vida.

Ao Josué Cutrim, Juliana, Mônica, Zahy e Juca, por serem família e me acolherem. Nunca conseguirei ser grata o suficiente pelo privilégio de ter conhecido vocês, e minha caminhada final até a graduação só foi possível com a ajuda, apoio e incentivo de vocês.

Aos meus professores, em destaque Elizabeth Lima, Luana Cantanhede, Deco Ferreira, Ivone Lima e Luciana Branco por todo conhecimento e apoio nos meus momentos mais delicados. A vocês dedico com honrosa menção meu diploma em Odontologia, pois ninguém chega à vitória sem ombros para segurar.

À minha orientadora, Cadidja do Carmo, por quem tenho profunda admiração pelo exemplo de profissional, docente e ser humano.

À Aurora, meu instante constante de sorte, obrigada por me devolver cor a vida e principalmente o dom de sonhar, a você dedico todo o meu esforço, as minhas conquistas e sucesso.

“É justo que muito custe o que muito vale.”

(Santa Teresa D'Ávila)

RESUMO

Introdução A violência contra crianças e adolescentes é qualquer forma de abuso ou negligência que cause danos reais ou potenciais, sendo considerado um problema crítico de saúde pública. A Odontologia desempenha papel estratégico na identificação desses casos, devido à frequência de lesões orofaciais associadas aos maus-tratos. Contudo, muitos cirurgiões-dentistas ainda apresentam insegurança diagnóstica e desconhecimento dos fluxos legais, refletindo lacunas na formação e ausência de protocolos institucionais. **Objetivo:** This study aimed to describe the role of the dentist in cases of child abuse, identifying their actions and attitudes from the ethical and legal aspects of the profession. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. A busca foi realizada nas bases PubMed, SciELO, LILACS e Periódicos CAPES, utilizando os descritores e operadores booleanos. Foram incluídos artigos publicados no período de 2015 a 2025. **Resultados:** A revisão mostrou que ainda há fragilidades significativas na identificação e denúncia de maus-tratos infantis, agravadas pela falta de capacitação e pela baixa articulação intersetorial. Neste cenário, a Odontologia apresenta papel essencial, visto que sinais de abuso — como lesões orofaciais e lesões cáries associadas à negligência — podem ser identificados em consulta. Contudo, muitos profissionais demonstram desconhecimento dos protocolos, medo de retaliações e insegurança diagnóstica, o que contribui para a subnotificação ou para a não denúncia dos casos. Estudos indicam que tanto cirurgiões-dentistas quanto estudantes de Odontologia apresentam preparo insuficiente para lidar com esses casos, com evidências de subnotificação, especialmente durante a pandemia da COVID-19, reforçando a necessidade de aprimoramento técnico e institucional. **Conclusão:** Embora sejam observadas lacunas na formação profissional sobre a violência infantil, é importante considerar que o cirurgião-dentista é um profissional legalmente obrigado a notificar suspeitas de maus-tratos infantis, e que o consultório odontológico parece ser um local estratégico para identificar precocemente os sinais físicos e comportamentais de violência. Do mesmo modo, o conhecimento sobre as leis que tratam sobre maus-tratos, embora pouco compreendidos pelos profissionais, deve ser considerado relevante para que haja um melhor entendimento sobre os seus fundamentos éticos e jurídicos

Palavras-chave: Maus-tratos infantis. Cirurgiões-dentistas. Normas Legais.

ABSTRACT

Introduction: Violence against children and adolescents is any form of abuse or neglect that causes actual or potential harm, and it is considered a critical public health problem. Dentistry plays a strategic role in identifying these cases due to the frequency of orofacial injuries associated with mistreatment. However, many dentists still exhibit diagnostic uncertainty and lack knowledge of legal procedures, reflecting gaps in training and the absence of institutional protocols. **Objective:** This study aimed to review the scientific literature on the different types of child violence, as well as to analyze the professional conduct of dentists in relation to the identification, management, and reporting of cases of child abuse. **Methodology:** This is a narrative literature review. The search was conducted in the PubMed, SciELO, LILACS, and CAPES Journals databases, using descriptors and Boolean operators. Articles published from 2015 to 2025 were included. **Results:** The review showed that there are still significant weaknesses in the identification and reporting of child abuse, worsened by a lack of training and low intersectoral coordination. In this scenario, Dentistry plays a key role, as signs of abuse — such as orofacial injuries and carious lesions associated with neglect — can be identified during consultations. However, many professionals demonstrate a lack of knowledge of protocols, fear of retaliation, and diagnostic insecurity, which contributes to underreporting or failing to report cases. Studies indicate that both dentists and dental students are inadequately prepared to handle these cases, with evidence of underreporting, especially during the COVID-19 pandemic, reinforcing the need for technical and institutional improvement. **Conclusion:** Although gaps in professional training on child violence are observed, it is important to consider that the dentist is a professional legally required to report suspected child abuse, and that the dental office seems to be a strategic place to early identify the physical and behavioral signs of violence. Likewise, knowledge about the laws addressing abuse, although poorly understood by professionals, should be considered relevant for a better understanding of its ethical and legal foundations.

Keywords: Child Abuse. Dental Surgeons. Legal Standards

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|---|
| CD | Cirurgião-dentista |
| CEO | Código de Ética Odontológica |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| HPV | Papilomavírus Humano |
| HSV-1 | Vírus da Herpes Simples do tipo 1 |
| IST's | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| SBP | Sociedade Brasileira de Pediatria |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| VIVA | Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. REFERENCIAL TEÓRICO..... | 10 |
| 1.1 MAUS-TRATOS INFANTIS: CONCEITO, CLASSIFICAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA .. | 10 |
| 1.1.1 Abuso Físico..... | 10 |
| 1.1.2 Abuso Sexual..... | 11 |
| 1.1.3 Abuso Psicológico..... | 11 |
| 1.1.4 Negligência..... | 12 |
| 1.2 MANIFESTAÇÕES ORAIS E FACIAIS DA VIOLÊNCIA | 13 |
| 1.2.1 Lesões Sentinelas | 13 |
| 1.2.2 Lesões de Mordida | 13 |
| 1.2.3 Queimaduras..... | 14 |
| 1.2.4 Equimose de Sucção..... | 14 |
| 1.2.5 Hematomas..... | 15 |
| 1.2.6 Lesões Verrucosas | 16 |
| 1.2.7 Cancro Duro | 16 |
| 1.2.8 Vesículas..... | 17 |
| 1.2.9 Injúrias de Lábios e Freios Labial e lingual | 17 |
| 1.2.10 Lesão esbranquiçada removível por raspagem..... | 18 |
| 1.2.11 Petéquias e eritemas no palato..... | 18 |
| 1.2.12 Lesões vesículo-pustular e pseudomembranosa..... | 19 |
| 1.2.13 Traumatismo dentário..... | 19 |
| 1.2.14 Cárie severa | 20 |
| 1.3 O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA..... | 20 |
| 1.3.1 Procedimentos e condutas | 21 |
| 1.4 PRINCIPAIS ENTRAVES PROFISSIONAIS À DENÚNCIA E/OU NOTIFICAÇÃO | 22 |
| 2 ARTIGO CIENTÍFICO | 25 |
| 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 49 |
| REFERÊNCIAS | 50 |
| ANEXO A: Ficha de Notificação Individual. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Ministério da Saúde. | 56 |
| Anexo B. Modelo de Registro de Revelação Espontânea | 58 |
| ANEXO C – NORMAS DA REVISTA | 60 |

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 MAUS-TRATOS INFANTIS: CONCEITO, CLASSIFICAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

Os maus-tratos infantis constituem uma grave violação dos direitos humanos e da proteção integral assegurados às crianças pelo Estatuto da Criança e do Adolescente definindo-se como qualquer ação ou omissão que resulte em dano físico, psicológico, sexual ou negligência à criança (Brasil, 1990). De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (2024), maus-tratos abrangem todas as formas de violência que comprometam o desenvolvimento e o bem-estar da criança, podendo ocorrer no ambiente familiar ou comunitário.

Nesse sentido, a violência contra infantes deve ser considerada um problema mundial, apesar de frequentemente subnotificada, especialmente em contextos de vulnerabilidade social, com estimativa de que 1 bilhão de crianças sofram violência e menos de 10% recebam ajuda. Dessa forma, a compreensão clara do conceito e das classificações dos maus-tratos é fundamental para a prevenção, diagnóstico precoce e a intervenção adequada (ONU News, 2024), assim como o entendimento das diretrizes éticas e legais que devem nortear a conduta profissional, incluindo os profissionais da saúde.

1.1.1 Abuso Físico

A violência física se caracteriza pelo uso de força que causa injúrias à integridade da saúde corporal, causando sofrimento à criança, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, estrangulamento, mutilações, dentre outras formas de agressão. O agressor deve ter a intenção de causar à vítima dor e sofrimento, imputando a elas uma relação de autoritarismo e submissão. É a forma de violência de maior identificação, uma vez que, hematomas, queimaduras e ferimentos no corpo das vítimas são indicativos do ato violento (OMS, 2022).

No contexto brasileiro, entre 2015 e 2023, as notificações de violência física infantil mantiveram-se em níveis elevados, refletindo a persistência da violência, agravada com o período de pandemia – 2020 a 2021, em que o isolamento social corroborou para que as crianças permanecessem mais tempo em casa com o agressor (Brasil, 2023).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, com base nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2023 foram notificadas, em média, 243 ocorrências diárias de agressões contra crianças e adolescentes de até 19 anos, sendo 60% dos casos ocorridos no ambiente domiciliar. Em crianças com menos de 4 anos, na última década houve aproximadamente 25.000 notificações por dia (SBP, 2024). Os dados apontam ainda que, em 2019, foram registrados 88.572 casos de violência, sendo 71% deles classificados como violência física, o que representa um aumento de 268% em relação a 2010, quando foram registrados 24.040 casos (SBP, 2020).

1.1.2 Abuso Sexual

É definido pela utilização da força física e/ou coerção para obrigar a criança ou o adolescente a realizar, presenciar ou produzir conteúdo de atos libidinosos, ou ainda, o contato sexual consumado ou tentado sem consentimento e atos de natureza sexual que não envolvem contato; atos de tráfico sexual cometidos contra alguém que não pode consentir ou recusar; e exploração online (OMS, 2022). Comporta-se como abuso silencioso, em que os sinais de violência podem ser discretos, sendo estes principalmente a mudança de comportamento como isolamento social, mudanças no rendimento escolar e medo em relação à alguma pessoa (Sousa et. al., 2024)

O surgimento de lesões intraorais como ferimentos ulcerados, petéquias na região do palato, fraturas ósseas na região mandibular devido a força empregada pelo abusador, hematomas na face e pescoço, lesões associadas a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST'S) como vesículas ao redor da boca sugestivas de herpes, verrugas nos lábios e na lateral da língua que indicam infecção por Papilomavírus Humano (HPV) e úlceras provenientes da manifestação oral de sífilis, sugerem que o infante pode ser vítima de violência sexual (Silveira et. al. 2023).

No período que compreende 2011 a 2019, foram registradas 87.141 notificações de violência sexual infantil no SINAN. Durante esse período, a taxa de notificação de violência sexual infantil apresentou um crescimento anual significativo de 11,4% ao ano. Em 2019, o registro nacional atingiu níveis expressivos, com uma tendência crescente observada em todas as regiões do país (Sartori et. al., 2023).

1.1.3 Abuso Psicológico

O abuso psicológico ou emocional envolve padrões comportamentais repetidos que expõem a vítima à humilhação e degradação da dignidade, restringindo os movimentos da criança, ridicularizando, ameaçando, intimidando, discriminando, rejeitando e outras formas não físicas de tratamento hostil que resultam em transtornos psicológicos capazes de perdurar por toda a vida (OMS, 2022). Em casos como esses, a ausência de achados físicos dificulta a identificação e sua detecção pode depender da interpretação do ambiente familiar em que a criança está inserida. Em algumas situações, no contexto familiar em questão, há uma linha tênue entre a obediência e imposição de autoridade- abuso, dificultando a determinação de quando se trata de violência (Henriques et. al., 2022).

Durante a pandemia de COVID-19, essa taxa teve aumento significativo, aproximadamente 39% das crianças sofreram abuso psicológico, evidenciando o impacto das crises sociais e econômicas sobre a vulnerabilidade infantil. Em países de baixa renda, as taxas variam amplamente, podendo chegar até 77%, ressaltando a importância de fatores culturais e socioeconômicos na exposição das crianças a esse tipo de violência (Lee e Kim, 2022).

A violência emocional/psicológica configura-se como uma das formas mais prevalentes de maus-tratos no Brasil, especialmente por sua ocorrência silenciosa e muitas vezes invisibilizado. Dados do Disque 100 revelam que, somente em 2021, foram registradas 13.557 denúncias de insubsistência afetiva e 8.837 de tortura psíquica, além de 7.838 de constrangimento, 7.685 de exposição, 5.648 de ameaça ou coação e 4.317 de injúria, todas formas de violência emocional (Núcleo Ciência pela Infância, 2023, p. 26)

Esses números colocam esse tipo de violência entre as principais causas de notificação por violação de direitos de crianças e adolescentes no país. O documento também destaca que, apesar da subnotificação, a violência emocional apresenta elevada frequência e severos impactos no bem-estar psicológico e no desenvolvimento infantil, sendo fortemente associada a quadros como depressão, ansiedade, dificuldades cognitivas e até transtornos psiquiátricos (Núcleo Ciência pela Infância, 2023).

1.1.4 Negligência

É definida pela omissão do responsável legal em atender às necessidades básicas da criança, como uma higiene corporal precária, lesões de pele de repetição, condição precária de saúde bucal, desnutrição, recusa em seguir recomendações médicas e não participação parental no contexto escolar, configurando como um ato de violência contra a criança e o adolescente. Esse tipo de violência não se expressa por atos agressivos explícitos, mas por uma falha persistente em garantir condições mínimas para o adequado desenvolvimento da criança (Cota et. al., 2019).

A negligência apresenta natureza silenciosa e crônica, o que dificulta sua percepção e intervenção precoce, geralmente resultando de uma combinação de fatores, e estando associada com frequência a sistemas familiares em situações econômicas desfavoráveis, que estão inseridas em ambientes que não ofertam dignidade. As famílias em que os pais apresentam distúrbios de saúde mental não tratados ou capacidade intelectual limitada, associada também à depressão pós-parto, possuem aproximadamente 3 vezes maior probabilidade de negligenciar os filhos (OMS, 2022).

Nesse contexto, tal violência causa a maioria (70%) das mortes relacionadas a maus-tratos, 48% das quais ocorre antes do primeiro ano de vida da criança (Bartlett e Easterbrooks, 2015). No contexto brasileiro, a negligência é apontada como a forma mais comum de maus-tratos infantis, especialmente em crianças menores de cinco anos, sendo responsável por aproximadamente 40 % das fatalidades decorrentes de violência contra infantes (Nunes e Sales, 2016).

Quando se fala em negligência odontológica deve-se considerar as consequências que podem existir não somente no contexto bucal, mas também na saúde infantil como um todo, como nos casos de negligência generalizada associada a maus tratos infantis. Para desenvolver estratégias eficazes de otimização do atendimento odontológico em casos de negligência, é necessário um melhor

entendimento da situação e, em particular, uma investigação das questões ainda não resolvidas pelos profissionais envolvidos no caso (Hartung et al, 2019).

1.2 MANIFESTAÇÕES ORAIS E FACIAIS DA VIOLÊNCIA

A identificação de lesões associadas aos maus-tratos infantis constitui uma etapa fundamental na prevenção da violência e na proteção da infância, tendo em vista a ligação estreita entre os sinais de abuso infantil, suas diversas características e manifestações, e os tipos de violências cometidos. Dessa forma, profissionais de saúde devem estar atentos a sinais físicos como hematomas em diferentes fases de cicatrização, queimaduras, fraturas inexplicáveis, marcas de mordidas e lesões em regiões do corpo não usualmente afetadas por acidentes (OMS, 2019).

1.2.1 Lesões Sentinelas

As lesões “sentinelas” são relativamente leves e frequentemente se manifestam em bebês como hematomas faciais sutis, lesões intraorais, principalmente na forma de lacerações do freio labial, e hemorragias subconjuntivais, e se diferenciam por estarem presentes em crianças incapazes de serem os próprios causadores destas lesões (Spiller, 2024). Dessa forma, ao surgirem em crianças, fora das áreas consideradas acidentais como joelhos, panturrilhas, porção externa de braços e pernas e região frontal da cabeça, são comumente associadas a maus-tratos infantis (Herrera e Melani, 2015).

Além disso, é necessário considerar a idade cronológica e de desenvolvimento da criança, uma vez que, cada faixa etária possui um nível de evolução motora, e infantes menores de seis meses, não devem apresentar lesões, uma vez que não possuem mobilidade que justifique a ocorrência de acidentes. A presença de uma ou mais equimoses em criança em idade anterior a fase de engatinhar ou caminhar, podem ter correlação com abuso (Herrera e Melani, 2015).

Figura 1 – Criança com lesão sentinela resultante de maus-tratos infantis.



Fonte: OPEN AI 2025

1.2.2 Lesões de Mordida

Marcas de mordida em crianças são sempre um possível indicador de violência, e ao

serem identificadas é necessária a realização de uma anamnese minuciosa para verificar o tempo transcorrido desde o trauma por mordida e se a marca pertence a humano ou animal. Lesões de mordidas produzidas por humanos adultos, possuem no geral um padrão oval ou circular, equimótico, com uma distância intercanino medindo mais de três centímetros. Ademais, deve-se avaliar se a história da origem possui correlação com a fisionomia, extensão e gravidade da lesão (Costacurta et. al. 2015).

Figura 2 – Presença de lesão de mordida facial resultante de maus-tratos infantis.



Fonte: OPEN AI 2025

1.2.3 Queimaduras

São lesões de difícil distinção entre o acidental e o intencional. A relação entre a presença dessa forma de abuso com maus-tratos infantis leva em consideração a faixa etária, sendo a de crianças menores de 4 anos a mais comum. A forma de apresentação pode indicar o objeto utilizado para infligir a queimadura, e a presença de outras lesões em diferentes estágios de evolução ou explicação inconsistente e morosidade na busca por intervenção médica, apontam para uma maior probabilidade de ocorrência de m provocada (Herrera e Melani, 2015).

Figura 3 – Presença de lesão queimadura resultante de maus-tratos infantis.



Fonte: OPENAI. 2025

1.2.4 Equimose de Sucção

A equimose por sucção é uma lesão cutânea caracterizada pelo extravasamento de sangue

para os tecidos subcutâneos decorrente de uma pressão negativa localizada, podendo ser provocada pela ação de sucção com a boca, formando marcas circulares ou ovais arroxeadas (Metzker e Merlob, 1992). A presença dessas lesões em crianças, especialmente em regiões anatômicas protegidas como a face e pescoço deve levantar suspeita de maus-tratos infantis (Silveira et. al., 2023).

Figura 4 – Presença de equimose de sucção resultante de maus-tratos infantis.



Fonte: OPENAI. 2025

1.2.5 Hematomas

Lesão comum em infantes vítimas de abuso físico, com informações importantes como localização, formato, quantidade e estágio de evolução, capazes de produzir provas sobre o tipo desta agressão e frequência de ocorrência. Ademais a coloração do hematoma revela o período em que a criança sofrera a injúria, sendo uma lesão de cor no espectro de azul ou vermelha um indício de que o abuso ocorreu entre um a três dias, enquanto colorações que perpassam pelo amarelo-esverdeado a castanho-amarelada sugerem que a lesão ocorreu no período entre até uma semana a aproximadamente 30 dias, respectivamente (Delfino et. al., 2024).

Figura 5 – Presença de hematoma facial resultante de maus-tratos infantis.



Fonte: OPENAI. 2025

1.2.6 Lesões Verrucosas

As lesões verrucosas são manifestações orais da infecção por HPV, essas possuem aspecto verrucoso semelhante a um “couve-flor”, de coloração esbranquiçada, rosada ou semelhante ao tom do tecido em que se encontra, geralmente são localizadas na região dos lábios e língua (Silveira et. al. 2023). A identificação dessas lesões em crianças pode ser indicativa de abuso sexual, principalmente quando não há no histórico de saúde do infante contaminação vertical durante o parto.

Figura 6 – Presença de lesão verrucosa no lábio inferior resultante de maus-tratos infantis.



Fonte: OPENAI. 2025

1.2.7 Cancro Duro

A lesão de cancro duro é uma manifestação oral da sífilis primária, localizada na cavidade bucal com aspecto firme, unitária, de superfície endurecida e indolor. Contudo há casos em que ocorrem múltiplas lesões ou dolorosas, embora possuam baixa frequência, refletindo o ponto de penetração do *Treponema pallidum* (Villar et al., 2023).

Em crianças, cancros orais são raros, mas quando presentes, geralmente são indicativos de contato sexual, uma vez que a sífilis primária é mais comumente transmitida por via sexual, com o contato urogenital (CDHO, 2015). No entanto, há casos em que a transmissão não sexual pode ocorrer em crianças por via vertical – com a transmissão entre o binômio mãe e filho (Aboudawoud et. al., 2024).

Figura 7 – Presença de lesão de cancro duro na língua resultante de maus-tratos infantis.



Fonte: (OPENAI. 2025)

1.2.8 Vesículas

As lesões vesiculobolhosas representam uma manifestação típica de herpes secundário na região perioral. Inicialmente surgem como vesículas agrupadas que, em até 24 horas, tendem a se romper, originando pequenas úlceras superficiais. Essas lesões evoluem para a formação de crostas, com processo de cicatrização espontânea que ocorre geralmente entre 6 e 10 dias (Guimarães et. al., 2022). Nesse contexto, é válido pontuar que o *Vírus da Herpes Simples do tipo 1* (HSV-1) é comum e geralmente não é relacionado a abuso, e a possibilidade de transmissão sexual deve ser considerada se houver revelação de contato oral-genital, se a lesão estiver temporariamente condizente a tal revelação ou se houver outros indicadores de abuso. As diretrizes recomendam considerar informações adicionais, como o histórico de lesões orais da criança e o histórico ginecológico da mãe, para esclarecer a probabilidade de transmissão sexual em casos de infecção por herpes (Adams et. al., 2016)

Figura 8 – Presença de vesículas em comissura labial resultante de maus-tratos infantis.



Fonte: (OPENAI. 2025)

1.2.9 Injúrias de Lábios e Freios Labial e lingual

As lacerações em tecidos moles são feridas causadas pela ruptura ou rasgo irregular da pele ou mucosa, geralmente resultantes de traumas contundentes que provocam cortes profundos e irregulares nos tecidos, frequentemente observadas em decorrência de agressões físicas. Essas injúrias podem envolver lábios em porção externa e interna freios labial e lingual. Em pacientes pediátricos vítimas de abuso infantil, as lacerações correspondem a uma das lesões mais prevalentes, em regiões intra e extraorais (Figueiró et al., 2016).

Figura 9 – Presença de injúria de lábios e freios decorrente de maus tratos infantis.



Fonte: (OPENAI. 2025)

1.2.10 Lesão esbranquiçada removível por raspagem

A infecção por *Candida albicans* gera manifestações em língua, lábios, palato, bochechas, amígdalas e garganta. As lesões podem ser sangrantes à remoção e causar dor e inchaço, não sendo classificada como IST, mas podendo indicar abuso sexual, visto que, podem ser transmitidas por relação sexual desprotegida. O surgimento dessa lesão em crianças requer atenção e investigação para identificar a origem (Sousa et. al., 2024).

Figura 10 – Lesão esbranquiçada removível por raspagem resultante de maus-tratos infantis.



Fonte: (OPENAI. 2025)

1.2.11 Petéquias e eritemas no palato

A presença de lesões de coloração vermelho-arroxeadas no palato duro e/ou mole são manifestações características da felação – prática sexual oral forçada (Guimarães et. al., 2022). A detecção dessas lesões em infantes, sem uma explicação plausível, gere fortes indícios de abuso sexual.

Figura 11 – Presença de petéquias e equimoses na região de palato resultante de maus-tratos infantis.



Fonte: (OPENAI. 2025)

1.2.12 Lesões vesículo-pustular e pseudomembranosa

As lesões vesículo-pustular e pseudomembranosas são manifestações da Gonorreia, sendo esta a IST mais frequente em crianças vítimas de abuso sexual. Os sinais clínicos podem ser encontrados na região de lábios, língua, palato, face e principalmente na faringe. Os aspectos das lesões podem ter algumas variações como eritemas, ulcerações e vesículas com presença de material purulento ou pseudomembranoso. A confirmação do diagnóstico requer um teste de cultura, em casos de resultado positivo em crianças é um indicador maus-tratos infantis (Guimarães et. al., 2022).

Figura 12 – Presença de lesões vesículo-pustular em mucosa jugal resultante de maus-tratos infantis.



Fonte: (OPENAI. 2025)

1.2.13 Traumatismo dentário

A presença de fraturas dentárias, deslocamentos, avulsões, mobilidade não fisiológica, e mudanças na coloração (necrose pulpar) podem indicar traumas resultantes de violência física. Crianças que apresentam mobilidade dentária não fisiológica possuem maior propensão a serem vítimas de violência. Em casos suspeitos de maus-tratos infantis, o responsável pela criança deve descrever uma explicação concisa sobre a origem do trauma (Costacurta et. al., 2015).

Figura 13 – Presença de fratura dentária resultante de maus-tratos infantis.



Fonte: (OPENAI. 2025)

1.2.14 Cárie severa

Lesões de cárie isoladas não configuram negligência, sendo comumente associadas a ao consumo de açúcares e à higienização oral incorreta. Contudo, a junção de fatores como a condição de saúde bucal, lesões extensas e avançadas, e a morosidade para buscar tratamento associado a não colaboração com os cuidados indicados, podem configurar negligência parental (Baptista et. al., 2017).

Figura 14 – Presença de múltiplas lesões cariosas em estágio avançado resultante de maus-tratos infantis.



Fonte: (OPENAI. 2025)

1.3 O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA

Os cirurgiões-dentistas são parte integrante da abordagem multidisciplinar da proteção da criança, dada a elevada prevalência de lesões craniofaciais e intraorais em infantes vítimas de abuso. Em análise de casos de homicídios de crianças que sofreram violência intrafamiliar, observou-se que 90% das vítimas apresentavam algum tipo de trauma orofacial, sendo os lábios o local mais acometido por lesões provocadas, seguidos por mucosa oral, dentes, gengivas e língua. A presença de lacerações na região de freios orais, especialmente em bebês que ainda não desenvolveram mobilidade independente, constitui um importante marcador de agressão física e frequentemente está acompanhada de outros indícios clínicos de maus-tratos graves, crianças menores de quatro anos com equimoses localizadas na face, devem estar inseridas na classificação

de elevado risco para ocorrência de abuso físico e, conseqüentemente, para a progressão de episódios violentos mais intensos no futuro (Tate et. al., 2024).

Dessa forma, o cirurgião-dentista ocupa uma posição de grande importância na rede de proteção à infância, sendo frequentemente um dos primeiros profissionais da saúde a identificar sinais de maus-tratos em crianças, possuindo um papel que abrange da identificação à denúncia obrigatória de casos suspeitos de abuso infantil. É responsabilidade do profissional descrever em prontuário o caso com o máximo de informações possíveis, dados da vítima e do suposto agressor, sinais clínicos observados, histórico do atendimento, frequência e padrão das lesões, além de reportar o caso às autoridades competentes, e estar disponível a testemunhar caso necessário (Vollu et. al., 2018).

As normativas estabelecidas pelas Portarias nº 1.968/2001 e nº 104/2011 promulgam a obrigatoriedade da notificação compulsória, independentemente de confirmação diagnóstica ou autorização familiar, sendo realizada preferencialmente via Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) com garantia de sigilo ao denunciante. Esta obrigatoriedade reforça que o compromisso do profissional da saúde vai além do atendimento individual, independentemente do setor em que atue (Sousa et. al., 2023).

No âmbito ético, o Código de Ética Odontológica orienta que o profissional deve zelar pela saúde e dignidade do paciente, o que inclui agir diante de suspeitas de maus-tratos. O sigilo profissional, nesse contexto, não é obstáculo à denúncia, pois o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código de Ética Odontológica asseguram que, em situações de risco, o dever de proteger a vida e os direitos da criança se sobrepõe à confidencialidade. A omissão configura infração ética e compromete a proteção da criança, e o cirurgião-dentista deve, portanto, estar ciente de seu papel na rede de proteção, conciliando o sigilo profissional com a necessidade de proteger a vítima (CFO, 2012; ECA, 2021)

Sendo assim, o cirurgião-dentista tem não apenas o dever legal, mas também o compromisso ético de atuar na defesa dos direitos da criança. Sua escuta qualificada, olhar clínico e sensibilidade profissional são peças-chave na interrupção de ciclos de violência, sendo o principal papel do profissional o de proteger, acolher e comunicar, garantindo a integridade da criança e sua inserção na rede de cuidados (CFO, 2012).

1.3.1 Procedimentos e condutas

O processo de denúncia envolve a notificação às autoridades locais de saúde relevantes, como as secretarias municipais ou estaduais de saúde, e pode incluir também o Conselho Tutelar, que é o principal órgão responsável por proteger os direitos das crianças no Brasil. A denúncia

deverá ser feita o mais breve possível após a suspeita. Contudo, o processo possui os entraves de conhecimento sobre onde e como relatar, bem como as preocupações com a confidencialidade, são barreiras significativas a comunicação dos casos e principal contribuidor para a subnotificação da violência (Silva-Oliveira et. al., 2020).

A Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA) estabelece em seu art. 13 a obrigatoriedade de comunicação aos órgãos competentes em caso de suspeita ou confirmação de violência. Já o artigo 262 estabelece que, nas localidades onde ainda não houver Conselho Tutelar instituído, suas atribuições deverão ser exercidas pela autoridade judiciária competente. Nesses casos, as notificações devem ser encaminhadas ao Juizado da Infância e Juventude, à Vara de Família, ao Ministério Público ou a outra autoridade judicial presente no município de residência da vítima. A omissão dessa comunicação por parte de profissionais de saúde constitui infração administrativa passível de sanções, conforme o artigo 245 do mesmo estatuto (Brasil, 1990, art. 13, 245 e 262).

Além disso, o Disque 100 – serviço nacional de utilização pública para denúncia de abuso de qualquer forma de violência infantil- conforme previsto no Decreto nº 10.174, de 13 de dezembro de 2019, caracteriza-se como um mecanismo emergencial de proteção dos direitos humanos, destinado a atender situações graves de violação que estejam em curso ou que tenham ocorrido recentemente, acionando os órgãos competentes para viabilizar a intervenção imediata e a formalização do flagra (Brasil, 2025).

A atuação integrada entre sociedade civil, profissionais de saúde e educação e os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos é essencial para garantir a proteção e a dignidade de crianças e adolescentes vítimas de violência.

1.4 PRINCIPAIS ENTRAVES PROFISSIONAIS À DENÚNCIA E/OU NOTIFICAÇÃO

A Resolução CNE/CES nº 3/2021, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, estabelece no art. 5º um conjunto de competências e habilidades específicas essenciais à formação do cirurgião-dentista. Essas diretrizes não apenas orientam a formação técnica do profissional, mas também norteiam sua atuação social, ética e interdisciplinar no sistema de saúde. Nesse sentido, a formação preconizada pela resolução postula a atuação do cirurgião-dentista não apenas como um agente de promoção da saúde bucal, mas também como parte ativa da rede de proteção à infância (Brasil, 2021).

Nesse contexto, a atuação do cirurgião-dentista diante dos casos de violência infantil exige além do conhecimento clínico, o compromisso com a proteção integral da criança, sendo indispensável que o profissional possua formação compatível com as exigências éticas, legais e sociais que permeiam a identificação e o encaminhamento de situações de violência. No entanto,

apesar da relevância do tema, existem lacunas na formação acadêmica de cirurgiões-dentistas, especialmente no que diz respeito ao reconhecimento de sinais clínicos compatíveis com abuso, bem como à condução adequada dos casos no contexto da rede de proteção. Essa fragilidade compromete a eficácia da intervenção odontológica como instrumento de vigilância e cuidado ampliado à saúde infantil (Nunes et. al., 2021).

Desafios significativos ainda limitam a atuação do cirurgião-dentista. Muitos profissionais apresentam lacunas no conhecimento sobre identificação e manejo da violência infantil, o que resulta em subnotificação e perda de oportunidades de intervenção. Estudos apontam que mais da metade (55,6%) dos cirurgiões-dentistas que atuam na rede pública não receberam formação acadêmica sobre manejo de maus-tratos infantis, e quase 100% afirmam não possuírem cursos de capacitação sobre a temática ao ingressar no serviço público (Demarco, Junior e Azevedo, 2021).

O medo de implicações legais, conflitos familiares, incerteza do diagnóstico bem como a ausência de protocolos institucionais claros, que apontam o papel do profissional mediante casos de violência, também dificultam a atuação efetiva (Delfino, Andrade e Colodette, 2025).

A ausência de familiaridade com os protocolos de notificação contribui significativamente para a baixa taxa de detecção e suspeita de maus-tratos infantis por parte dos cirurgiões-dentistas. Essa limitação pode ser atribuída à escassez ou inadequação da abordagem do tema durante a formação acadêmica e a carência de programas de capacitação profissional contínua. Além disso, a estrutura organizacional do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), que é a porta de entrada ao sistema de saúde para grande parte da população brasileira, em sua maioria não oferece suporte técnico e institucional suficientes para que os profissionais reconheçam e intervenham de forma eficaz diante de situações de violência contra crianças (Moreira et al., 2015).

Outro aspecto deste estudo aponta que 68,4% dos cirurgiões-dentistas afirmaram não realizar leituras sobre a temática, além de relatarem a ausência de discussões sobre o assunto no ambiente de trabalho. Esses dados indicam que a abordagem da violência contra crianças e adolescentes na APS ainda ocorre de maneira incipiente, pontual e desarticulada. Como consequência, muitos profissionais relatam insegurança e despreparo tanto para a identificação quanto para o adequado encaminhamento desses casos (Moreira et al., 2015).

Dessa forma, postula-se a lacuna existente na rede de proteção infantil, uma vez que há no contexto dos profissionais de saúde a falta de informações no que diz respeito aos maus-tratos infantis, justificando o alerta dos pesquisadores quanto à necessidade de capacitação dos servidores públicos, especialmente os profissionais de saúde, no que tange o reconhecimento, manejo e denúncia de violência infantil (Moreira et al., 2015).

Assim, o presente estudo tem o objetivo de descrever o papel do cirurgião-dentista diante de maus-tratos infantis, identificando suas condutas e atitudes sob os aspectos ético-legais da profissão.

2 ARTIGO CIENTÍFICO

Sugestão de publicação: Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada (PBOCI)
Qualis CAPES: A4

Odontologia e Maus Tratos Infantis: Como Proceder Diante de Sinais de Violência?

Dentistry and Child Abuse: How to Proceed When Facing Signs of Violence?

Camila Rodrigues de Aguiar¹, Cadidja Dayane Sousa do Carmo²

¹Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luis, Maranhão, Brasil. ²Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luis, Maranhão, Brasil.

RESUMO

Objetivo: O presente estudo tem como objetivo descrever o papel do cirurgião-dentista diante de maus-tratos infantis, identificando suas condutas e atitudes sob os aspectos ético-legais da profissão. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura realizada a partir da busca científica nas principais bases PubMed, SciELO, LILACS e Periódicos CAPES. Foram incluídos artigos publicados no período de 2015 a 2025, publicados em português, inglês e espanhol. **Resultados:** A revisão mostrou que ainda há fragilidades significativas na identificação e denúncia de maus-tratos infantis, agravadas pela falta de capacitação e pela baixa articulação intersetorial dos serviços de saúde. Apesar disso, os resultados evidenciam o papel essencial da Odontologia, com a possibilidade de identificação de sinais de abuso infantil pelos cirurgiões-dentistas. Contudo, muitos profissionais demonstram desconhecimento dos protocolos, medo de retaliações e insegurança diagnóstica, o que contribui para a subnotificação ou para a não denúncia dos casos, apesar das diretrizes éticas e legais existentes como respaldo para sua atuação frente aos abusos infantis com o dever de denunciar e notificar. **Conclusão:** Os cirurgiões-dentistas, como cidadãos e como profissional da saúde, têm o dever constitucional de agir frente à suspeita ou confirmação de violência infantil, agindo com responsabilidade técnica e ética, ao comunicar obrigatoriamente a autoridade competente, como conselho tutelar ou autoridade policial. Sua omissão configurará em infração administrativa e até penal.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis. Cirurgião-Dentista. Normas Legais.

ABSTRACT

Objective: The present study aims to describe the role of the dentist in cases of child abuse, identifying their actions and attitudes in terms of the ethical and legal aspects of the profession.

Methodology: This is a narrative literature review conducted based on a scientific search in the main databases PubMed, SciELO, LILACS, and CAPES Journals. Articles published between 2015 and 2025, in Portuguese, English, and Spanish, were included. **Results:** The review showed that there are still significant weaknesses in the identification and reporting of child abuse, worsened by a lack of training and low intersectoral coordination of health services. Despite this, the results highlight the essential role of Dentistry, with the potential for dentists to identify signs of child abuse. However, many professionals demonstrate a lack of knowledge of protocols, fear of retaliation, and diagnostic insecurity, which contributes to underreporting or failure to report cases, despite existing ethical and legal guidelines supporting their responsibility to act in cases of child abuse with the duty to report and notify. **Conclusion:** Dentists, both as citizens and as health professionals, have the constitutional duty to act in the face of suspected or confirmed child abuse, acting with technical and ethical responsibility by mandatorily reporting to the appropriate authority, such as the guardianship council or the police. Their omission will constitute an administrative and even criminal offense.

Keywords: Child Abuse. Dental Surgeons. Legal Standards

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se maus-tratos infantis toda e qualquer situação de abusos e negligências sofridos por crianças menores de 18 anos, incluindo maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência, descuido e exploração comercial ou de qualquer outra natureza, que resultem em danos reais ou potenciais à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder [1].

Neste contexto, a legislação brasileira oferece um arcabouço robusto para a proteção da criança e do adolescente. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) estabelece que é dever de todos — inclusive dos profissionais da saúde — zelar pela integridade física, psíquica e moral dos menores, sendo obrigatória a comunicação de qualquer situação de risco aos órgãos competentes. O Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848/1940) prevê sanções para a omissão de socorro e para a conivência com atos de violência. Já o Código de Ética Odontológica (Resolução CFO nº 118/2012) determina que o cirurgião-dentista deve atuar com

responsabilidade social, ética e legal, sendo vedada a omissão diante de situações que comprometam a saúde e a dignidade do paciente [2]

Diante disso, a Odontologia, como área da saúde com atuação clínica direta, apresenta uma posição estratégica na detecção de sinais indicativos de maus-tratos infantis nas regiões de cabeça, pescoço e cavidade oral. Dessa forma, a atuação do cirurgião-dentista demanda compreensão dos aspectos clínicos da violência, como também as implicações éticas, legais e sociais envolvidas no manejo de tais casos, sendo imprescindível que as ações destes profissionais contemplem a proteção da criança, a identificação dos sinais de violência, os procedimentos legais de notificação, assim como os órgãos de denúncia e de proteção [3]

O conhecimento de cirurgiões-dentistas sobre obrigações legais em casos de maus tratos e violência infantil geralmente está associado à maior experiência profissional, maior familiaridade com o tema e experiência com o atendimento odontopediátrico. Muitos profissionais aumentam o seu potencial de reconhecimento a partir de experiência prévia com casos de suspeita de violência infantil, tornando-se cada vez mais capazes de reconhecer as características orofaciais e achados indicativos [4].

Apesar disso, muitos profissionais se acham despreparados para essa função, podendo estar relacionado à necessidade de treinamento prático para o reconhecimento das situações de risco de abuso quanto para conhecer os protocolos a serem seguidos nesses casos. E como consequência da falta de treinamento adequado, a incerteza quanto ao diagnóstico de abuso muitas vezes acaba sendo uma barreira para a notificação de casos de abuso infantil [5]. Dessa forma, reconhece-se como possíveis barreiras à atuação dos cirurgiões-dentistas enquanto denúncias de maus tratos infantis, o desconhecimento das leis, legislações e diretrizes, o receio quanto à responsabilização legal, a insegurança diante da confirmação de uma suspeita e a ausência de protocolos institucionais que orientem a conduta do profissional frente a esses casos [6]

Diante disso, o presente estudo tem o objetivo de descrever o papel do cirurgião-dentista diante de maus-tratos infantis, identificando suas condutas e atitudes sob os aspectos ético-legais da profissão.

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de Estudo e Fontes de Dados

Trata-se de revisão de literatura do tipo narrativa, com abordagem descritiva, desenvolvida a partir do levantamento de dados científicos atualizados e inerentes ao tema.

A coleta de dados foi realizada a partir de buscas na literatura científica nas principais bases de dados em saúde como Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PUBMED, além de sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), dados de organizações/instituições governamentais, normativas legais e éticas inerentes ao tema.

2.2 Estratégias de Busca

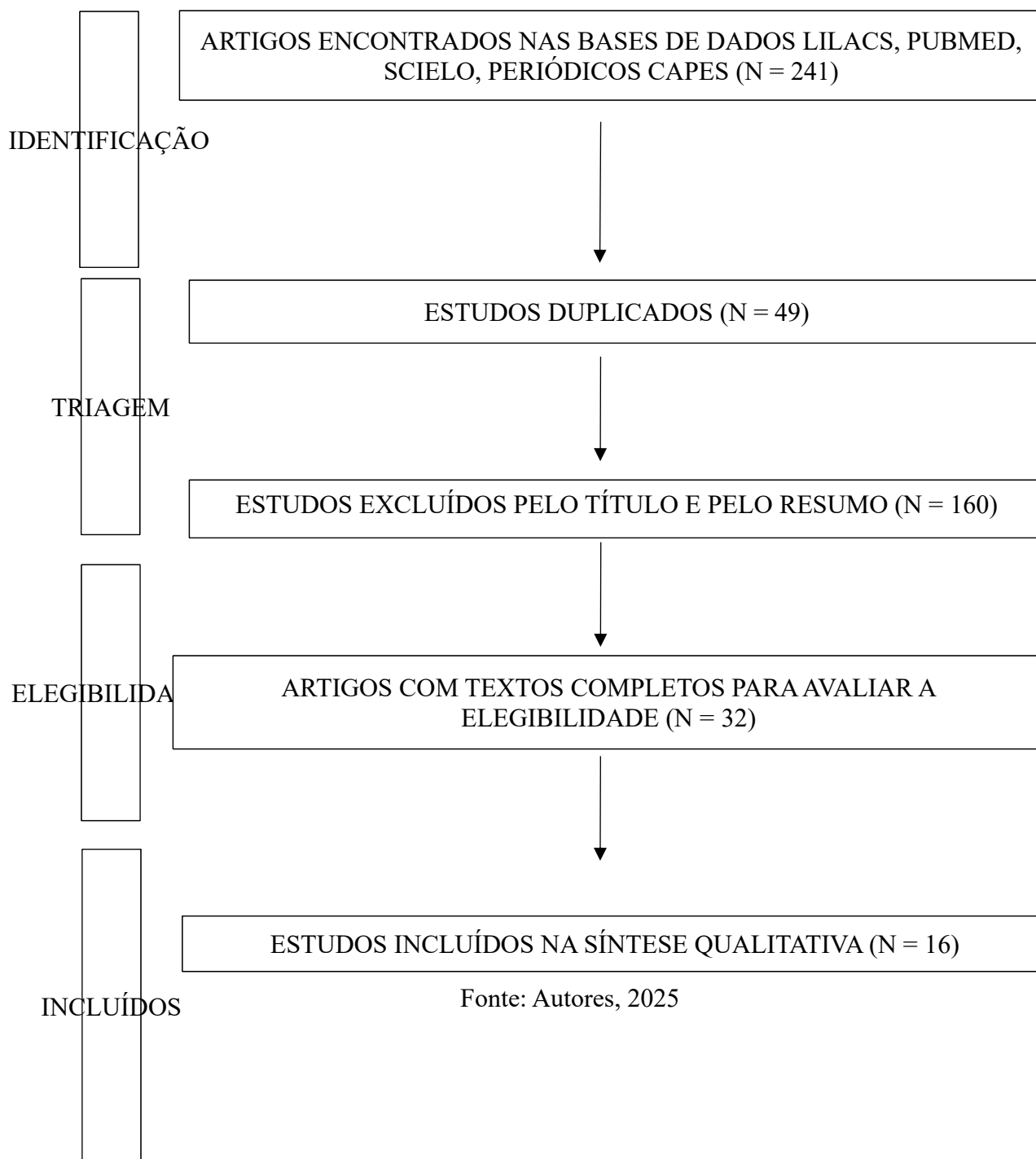
Foram empregados termos de busca relacionados aos maus tratos infantis e à Odontologia, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, com suporte de operadores booleanos, combinando palavras-chave estratégicas, como (“odontologia legal” OR “responsabilidade do cirurgião-dentista”) AND (“violência infantil” OR “maus-tratos infantis”) AND (“denúncia” OR “notificação obrigatória”).

Como caracterização temporal dos estudos, foram incluídas publicações de até 10 anos (2015-2025), de todos os tipos de estudos, incluindo revisões sistemáticas, relatos de casos, revisões integrativas da literatura e outros, excluindo-se trabalhos de conclusão de curso, apresentações/resumos de eventos científicos, projetos de pesquisa e dados não publicados, assim como estudos de temática relacionada aos maus tratos infantis não relacionados à Odontologia.

2.3 Organização e Análise de Dados

Após seleção dos estudos, preferencialmente publicados na íntegra, os dados foram extraídos e organizados de forma sistemática em tabelas, buscando a identificação das principais características da publicação científica, para análise a partir dos aspectos inerentes aos maus tratos infantis e sua identificação pelos cirurgiões-dentistas, assim como os aspectos legais e éticos norteadores de sua conduta profissional diante de casos de maus tratos infantis (figura 1).

Figura 1 - Fluxograma das etapas de seleção e análise dos artigos



3 RESULTADOS

3.1 Caracterização dos Estudos

Considerando os 16 estudos selecionados, foram discriminadas as características: tipo do estudo, ano de publicação e base de dados. Os artigos selecionados foram publicados nos últimos dez anos (2015-2025), destacando-se os anos de 2023 e 2024 que obtiveram a mesma quantidade de artigos e os maiores números de estudos (n=3), representando 18,75%, seguidos dos anos 2015 (n=2), 2022 (n=2) e 2017 (n= 2), representando 12,5% dos estudos, e com 1 estudo os anos de 2016, 2020 e 2025, com 6,25% dos estudos. Quanto à base de dados, 18,75% dos estudos foram encontrados na LILACS, 12,5% no PubMed, 43,75% na SciELO e 25% no CAPES. Além disso, foram incluídas as principais diretrizes éticas e legais que devem nortear as condutas de proteção à criança e ao adolescente, como Constituição Federal do Brasil, Estatuto da Criança e do Adolescente, Código Penal Brasileiro e Código de Ética Odontológica.

Tabela 1 – Síntese dos estudos incluídos na revisão

| Autor | Título | Tipo de estudo | Objetivos | Conclusões |
|--------------------|---|-----------------------|--|---|
| Cavalcanti et.al | Maxillofacial Injuries in Brazilian Children and Adolescents Victims of Physical Violence: A Single Forensic Center Analysis. | Estudo retrospectivo. | Identificar a incidência de traumas maxilofaciais decorrentes de violência contra crianças e adolescentes no Brasil.. | O número maior de vítimas pertence ao sexo feminino (60.3%) entre 15-19 anos (57.6%). As agressões ocorrem em ambiente familiar (50.6%), os agressores costumam ser membros da família (91.5%). Aproximadamente 76% das vítimas apresentam múltiplas injúrias, envolvendo três regiões do corpo (93.4%). Lesões por objetos não perfurante são mais frequentes em 86,2% dos casos. A prevalência de lesões maxilofaciais é de aproximadamente 37%, com baixo percentual de envolvimento da cavidade oral (8.4%). Há uma associação significativa entre a presença de lesões na face e as variações “perpetuantes” (p=0.015) e o número de lesões (p=0.006). |
| Dalledone et. al., | Child abuse: perception and knowledge by Public Health Dentistry teams in Brazil | Estudo observacional | Avaliar a experiência, conhecimento e conduta de CD e TSB que atuam na unidade básica de saúde em um município do estado do Paraná, em relação a casos de abuso contra crianças e adolescentes | A maioria dos dentistas e TSBs atendia mais de 10 crianças por semana. Apesar de 185 casos suspeitos de maus-tratos identificados por dentistas, apenas cerca de um terço foi notificado; entre TSBs, o índice foi de 22,08%. Quase metade dos dentistas e 14,28% dos TSBs trataram traumas orofaciais nos últimos seis meses. Embora 83% soubessem como notificar, o medo de retaliação e as dificuldades no diagnóstico foram os principais motivos para a subnotificação. |
| Egry et. al. | Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e | Estudo qualitativo | Analisar os fluxos da rede de proteção à violência contra a criança, com enfoque à notificação e às condutas. | A presença de dificuldades e fragilidades na rede assistencial no enfrentamento a violência infantil. O estudo aponta a necessidade de ações |

| | | | | |
|------------------|--|--|--|--|
| | processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde | | | intersetoriais e de capacitação dos profissionais para o atendimento e denúncia em casos de violência. |
| Emiliano et. al. | Conhecimentos e condutas dos cirurgiões-dentistas do estado do Rio Grande do Norte sobre denúncias e notificações de maus-tratos infantis. | Estudo quantitativo, observacional, transversal e descritivo | Apontar as experiências e conduta dos CD do estado do Rio Grande do Norte sobre maus-tratos infantis. | O estudo obteve 100 questionários respondido e desses apenas 14% relataram contato com casos suspeitos de violência e nenhuma denúncia. Os números não corroboram com a quantidade de profissionais que acreditam na capacitação continuada sobre a temática. |
| Lacerda et. al. | O papel do Cirurgião-dentista na identificação e conduta ética perante o abuso infantil | Revisão Integrativa de literatura | Estudar a importância ético-profissional do conhecimento de estudantes, docentes e cirurgiões-dentistas sobre o abuso infantil e a conduta frente a essa situação. | O estudo aponta que apenas 6 estudos relataram o conhecimento do CD como médio/suficiente frente a casos de violência infantil, embora o papel do profissional seja imperativo nesses casos. |
| Lima et. al | Exploring subtypes of child maltreatment in a large Brazilian sample: Co-occurrence patterns and associated characteristics | | Identificar subgrupos de maus-tratos infantis com base em relações sistemáticas entre os subtipos de maus-tratos e explorar se esses subgrupos diferem de acordo com as características dos casos. | Foram identificados quatro subtipos: “polivitimização” (19,4%), “violência sexual” (27,0%), “negligência” (30,7%) e “violência física” (22,9%). A “polivitimização” e “violência sexual” eram constituídas principalmente por meninas, indivíduos multirraciais e pessoas com deficiência, tendo como agressores comuns pessoas da família ou cônjuges. Meninos mostraram-se mais vulneráveis à negligência em idades mais jovens e à violência física em idades mais avançadas, sendo a negligência frequentemente perpetrada por pais/padrastos e ambas as formas de maus-tratos cometidas por mães/madrastas. |

| | | | | |
|-------------------|--|-----------------------|---|--|
| Malta et. al. | Fatores associados à notificação de violência na infância no Brasil | | Relatar as características da violência praticadas contra crianças e adolescentes. | Foram notificados 38.899 casos de violência contra crianças, com maior frequência em meninas de até 1 ano, 2 a 5 anos e 6 a 9 anos. A maioria dos episódios ocorreu em ambiente familiar, com os principais agressores sendo mãe, pai e padrasto. Os tipos de violência variaram conforme a idade: negligência em crianças de até 1 ano, abuso sexual em crianças de 2 a 5 anos e violência física e psicológica em crianças de 6 a 9 anos, com ocorrência também em escola e via pública. As meninas de 2 a 5 anos foram as principais vítimas, e a mãe foi o agressor mais frequente |
| Moreira et. al. | Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária | | Analisar a atuação do CD na identificação de violência contra crianças e adolescentes na atenção primária. | Baixo número de profissionais identificaram maus-tratos, revelando uma lacuna na proteção à criança e adolescente. As análises mostraram que ter capacitação contínua e conhecer a ficha de notificação aumentou a chance de identificar maus-tratos. |
| Rodrigues et. al. | As potencialidades e fragilidades da atenção básica na prevenção à violência infantil. | Revisão Integrativa | Analisar as lacunas e pontos positivos da atenção básica na identificação e lidar com a proteção à crianças vítimas de violência. | A falta de protocolos concisos para notificação, aliado ao sentimento de insegurança, a baixa de capacitação dos profissionais e falta de suporte dos órgãos competentes, corroboram para a fragilização da prevenção à violência infantil. |
| Rodrigues et. al. | Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry | Revisão Sistemática I | Analisar o conhecimento e conduta do CD na detecção e manejo dos casos de violência doméstica infantil. | Em 39% dos artigos o conhecimento dos estudantes frente a casos de MTI foi insuficiente. Em casos suspeitos e denúncia aproximadamente 78% dos estudos os profissionais consideram denunciar as |

| | | | |
|-----------------|---|---|--|
| | | | autoridades. Contudo, 31,2% dos artigos, os CD não sabem a quais órgãos reportar. |
| Rios et. al. | Conhecimento dos cirurgiões – dentistas que atuam em unidades básicas de saúde frente aos abusos e maus-tratos infantis | Estudo Descritivo, Transversal e Quantitativo | Avaliar o conhecimento dos CD que atuam nas SUS de um município de Minas Gerais, frente violência infantil, bem como a necessidade de educação permanente acerca do tema. Mais de 80% dos profissionais possuem conhecimento sobre violência infantil, 60% teriam informações sobre como diagnosticar e denunciar, 54,8% não saberiam lidar frente a casos suspeitos de maus-tratos infantis. |
| Sartori et. al. | Notificações de violência física, violência sexual, violência psicológica e negligência praticadas contra crianças no Brasil, 2011 2019: estudo ecológico de série temporal | Estudo ecológico de série temporal | Foram analisadas 88.820 notificações de violência física, 87.141 de violência sexual, 52.359 de violência psicológica e 166.664 notificações de negligência. Identificou-se tendência de aumento contínuo de notificações de todos os tipos de violência no Brasil e ambos os sexos. Negligência apresentou a maior taxa [95,24 notificações/100 mil crianças (2019)], as regiões Nordeste e Sudeste apresentaram tendência crescente para todas as violências. |
| Silva et al. | Violência infantil no Brasil: Panorama das notificações e indicadores desse fenômeno | Revisão sistemática | A literatura identificou oito tipos de violência, destacando a sexual. Foram constatados diversos sinais, sendo ressaltados: os danos psicológicos/emocionais, injúrias/doenças físicas, abuso de substâncias lícitas e ilícitas, dificuldades no desenvolvimento. Em contraste, o SINAN NET, que notifica compulsoriamente, evidenciou a negligência, seguida do abuso físico. Já o IBGE, que levanta dados sociodemográficos, apresentou informações mais generalistas e escassas. |

| | | | | |
|------------------------|---|-----------------------|---|---|
| Silveira <i>et al.</i> | Dentistry Students' Knowledge of Pediatric Patients Who Suffered Violence | Revisão Sistemática | Identificar o conhecimento de estudantes de Odontologia sobre maus-tratos infantis. | A revisão incluiu 22 artigos publicados entre 1998 e 2021, sendo o Brasil responsável por quase metade das publicações. A maioria dos estudos apontou conhecimento insuficiente dos estudantes de odontologia sobre violência infantil, reforçando que qualquer forma de abordagem profissional ao tema é relevante. |
| Simeão <i>et al.</i> | Negligência odontológica e abuso infantil: uma revisão de literatura | Revisão de Literatura | Identificar os aspectos orofaciais de violência física, sexual e negligência em contra crianças. | O estudo mostra que as lesões de cárie severa na infância estão associadas ao abuso infantil e a negligência provoca distúrbios perpetrados na vida adulta, entre eles: ansiedade odontológica; comportamento; saúde agravada; evasão do atendimento odontológico; má higiene oral; halitose, cárie dentária severa, infecções odontogênicas, placa e cálculo, úlceras aftosas. |
| Souza <i>et al.</i> | Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista. | Revisão de Literatura | Descrever, por meio de uma revisão de literatura, os tipos de maus-tratos infantis, os principais sinais orofaciais que podem ser identificados e a conduta do profissional mediante esses casos. | Os tipos de violência mais citados nos estudos foram a negligência, mais presente na forma de saúde bucal precária, e violência física com lesões orofaciais. Sendo o papel do CD de extrema importância tanto na identificação primária quanto na notificação. |
| | Constituição Federal do Brasil | Lei Federal | Decretar lei que garanta à criança proteção frente à violência. | As leis presentes na constituição asseguram a proteção integral de crianças, prevenindo qualquer forma de violência. Além de orientar as políticas públicas de proteção à infância |
| | Estatuto da Criança e do Adolescente | Lei Federal | Instituir um conjunto de leis que promovem direitos e orientam políticas públicas visando a defesa da infância e adolescência. | O ECA consolida a doutrina da proteção integral, garantindo que crianças e adolescentes sejam reconhecidos como sujeitos de direitos, devendo receber prioridade absoluta em ações de promoção, defesa e atendimento, prevenindo qualquer forma de violência ou discriminação. |

| | | | |
|-----------------|---------------------|---|---|
| Código Penal | Lei Federal | Proteger a ordem social e jurídica, estabelecendo quais condutas são consideradas crimes e determinar as penalizações. | O conjunto de leis tipifica os crimes cometidos contra crianças e adolescentes, estabelecendo punições específicas para agressões, abusos e violações, contribuindo para a responsabilização dos agressores e para a proteção jurídica da população infantojuvenil |
| Código de Ética | Normas Diretrizes e | Orientar a conduta ética dos cirurgiões-dentistas e demais profissionais da Odontologia, estabelecendo princípios, deveres e limites para o exercício responsável da profissão. | O Código de Ética Odontológica estabelece diretrizes para uma prática profissional ética e responsável, reforçando o dever do cirurgião-dentista de identificar, registrar e notificar suspeitas de maus-tratos, garantindo a proteção do paciente e o cumprimento das obrigações legais. |

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025

4 DISCUSSÃO

A análise dos estudos incluídos nesta revisão demonstrou que ainda persistem fragilidades relevantes no processo de identificação e denúncia de maus-tratos infantis por cirurgiões-dentistas, sendo muito deles desconhecedores de sua obrigatoriedade em notificá-los e denunciá-los. A ausência de ações intersetoriais associado a falta de capacitação continuada aos profissionais da saúde corroboram para uma rede assistencial frágil e com entraves no atendimento às vítimas de violência e notificação dos casos de maus tratos infantis [7].

O presente estudo também reconhece o fundamental papel do cirurgião-dentista nesta cadeia de profissionais que perpassam o atendimento e o contato com as vítimas, podendo identificar os sinais de maus tratos infantis na própria consulta odontológica. Nesse sentido, a literatura aponta que os cirurgiões-dentistas podem e devem reconhecer os sinais que podem indicar casos suspeitos, como lesões severas de cárie envolvidas com o contexto de negligência, assim como a presença de lesões orofaciais decorrentes de violência física [8] [9].

A atuação e o conhecimento dos cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal (TSB) e assistentes de saúde bucal (ASB) enquanto profissionais responsáveis pela denúncia e notificação dos casos foi avaliado como médio/suficiente em poucos estudos [10]. Resultados semelhantes têm sido observados em um estudo observacional, em que apenas 1/3 dos casos suspeitos foram notificados por cirurgiões-dentistas, e entre os TSB o índice foi de 22,08%, contrastando com os grandes índices de atendimento a traumas orofaciais registrados entre o público infantil. Tal entrave pode se justificar pela presença de sentimentos de medo de retaliações aliada às lacunas de conhecimento para realização de diagnósticos formam os principais motivos da subnotificação [10] [11].

De forma convergente, a literatura aponta que mais de 54,8% dos cirurgiões-dentistas não se sentem preparados para atuar diante de casos suspeitos de maus-tratos infantis. Essa deficiência formativa pode ser justificada pela ausência de conteúdos obrigatórios específicos sobre violência infantil nos currículos de graduação em Odontologia, conforme evidenciado pela análise das Diretrizes Curriculares Nacionais (Resolução CNE/CES n 3/2021), que embora estabeleçam competências para atuação social e interdisciplinar, não determinam especificamente a inclusão de conteúdos sobre identificação e notificação de maus-tratos [12].

Tal desconhecimento técnico-científico, corrobora para o despreparo do profissional frente a situações de violência, e alcança a odontologia a nível acadêmico. Um estudo de revisão sistemática, apontou que em 39% dos artigos o conhecimento dos estudantes é insuficiente. De forma semelhante, outro estudo que considerou os artigos publicados entre 1998 e 2021, pontuou como insatisfatória a competência técnica frente a casos de violência infantil [12] [13].

Outro aspecto a ser considerado é o próprio contexto do abuso, caracterizado pelo sigilo e pela intimidade familiar, o que dificulta a coleta de evidências diretas e gera insegurança no profissional [14].

Tornando esse cenário ainda mais crítico, 50,6% das agressões ocorrem em ambiente familiar, sendo 91,5% dos agressores membros da família, sendo as principais faixas etárias com maiores incidências, o primeiro ano de vida da criança (predominância da negligência), 2 a 5 anos (abuso sexual) e 6 a 9 anos (violência física e psicológica). Nesse contexto, a atuação do cirurgião dentista na identificação da denúncia torna-se imperativo no rompimento do ciclo de violência. Tendo em vista que esse profissional frequentemente é um dos primeiros a atender crianças vítimas de violência em situações nas quais o abuso não é explicitamente relatado. Contudo, baixo número de profissionais que sabem identificar casos de maus tratos, 31,2% não tem conhecimento sobre a quais órgãos reportar, e sem preparo adequado, essa posição estratégica permanece subutilizada, contribuindo para a perpetuação da violência e subnotificação dos casos [15] [16] [17].

A análise conjunta das publicações revela quão ampla é essa discussão, diante da ausência de protocolos institucionais claros como principal barreira à atuação efetiva. Sem diretrizes padronizadas nos serviços de saúde, os profissionais encontram-se inseguros quanto aos procedimentos técnicos e legais, contribuindo diretamente para a subnotificação [17].

Estudo analisado demonstra crescimento anual de 11,4% nas notificações de violência sexual infantil entre 2011 e 2019, com números expressivos também para negligência (166.664), violência física (88.820) e psicológica (52.359). No entanto, o estudo apontou forte subnotificação, agravada durante o período pandêmico (2020-2021), quando o isolamento social contribuiu para o aumento da violência doméstica e simultânea redução das denúncias. Nesse período pandêmico o SINAM (Sistema de informação de agravos de notificação) registrou 1.208.914 notificações. Dessas, 444.906 foram de violências contra crianças e adolescentes, 37% do total de notificações. O aumento observado não indica necessariamente crescimento nos casos de violência física contra crianças e adolescentes,

embora o período de isolamento social tenha contribuído diretamente para aumento da violência, visto o maior tempo em que as vítimas e os agressores passaram juntos, a subnotificação pode se dar também pela falta de atuação mais incisiva do profissional no ato da denúncia, favorecendo uma intervenção menos eficiente perante os casos identificados, conforme corroborado pelo Fórum de Segurança Pública [18] [19] [20].

Apesar das fragilidades profissionais e da omissão em notificações e denúncias, os profissionais da saúde, ao se depararem com uma suspeita ou confirmação de violência infantil, tal como reconhecido pelo presente estudo, têm a obrigação legal e moral de identificar e notificar o caso. E para isso, o trabalho intersetorial deve ser ativamente incentivado entre profissionais. Os serviços envolvidos na implementação de sistemas de proteção da criança devem considerar a busca de informações odontológicas, e incluir o exame oral realizado e documentado pelo odontopediatra/cirurgião-dentista como parte de uma avaliação de proteção à criança, bem como a avaliação formal dos tecidos moles dentários e orais também deve ser realizada por um profissional devidamente treinado. Por isso é imprescindível o registro completo e preciso de informações forenses sobre lesões bucomaxilofaciais, como o tamanho, o local, o formato e a cor, além de outros indicadores de abuso, como o possível instrumento utilizado no ato, o possível mecanismo e o suposto agressor. para avaliação e diagnóstico de violência e/ou maus tratos infantis, principalmente a violência física. Sendo assim, postula-se como fundamental que todos os membros da equipe odontológica que têm contato com crianças ou jovens recebam treinamento de proteção adequado [21] [22] [23].

Para isso, têm-se a garantia dos direitos de crianças e adolescentes estabelecida a partir da efetivação de instrumentos normativos como a Constituição Federal do Brasil (1988), a Convenção Internacional dos Direitos da Criança (1989) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), fazendo com que o Brasil se diferencie por suas deliberações legais na área das políticas para crianças e adolescentes, além dos conselhos tutelares organizados pela própria sociedade/comunidades [24]

Assim, reconhece-se o direito de toda criança e adolescente de ter sua vida e sua saúde protegidas a partir de políticas sociais públicas que permitam nascer e se desenvolver de forma saudável, equilibrada e digna (ECA, 1990), sendo dever da família, da sociedade e do Estado garantir este direito de forma prioritária, inclusive livrando-os de qualquer conduta negligente, discriminatória, violenta, cruel, opressiva ou exploratória, conforme o artigo 227

da Constituição Federal Brasileira. E contrário a isso, a lei brasileira deverá punir de forma severa os casos de abuso, violência e a exploração sexual da criança e do adolescente [25].

Para o cirurgião-dentista, esse princípio implica um dever constitucional de agir diante de qualquer suspeita de violência infantil, não apenas como cidadão, mas como profissional da saúde com responsabilidade técnica e ética. O artigo 5º, inciso XIV (“é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional”), também da Constituição Federal, garante o direito à informação, reforçando a importância da comunicação entre os profissionais da saúde e os órgãos de proteção. Dessa forma, conforme a Constituição Federal do Brasil, reconhece-se a vulnerabilidade inerente à infância, assim como se determina a proteção integral de crianças e adolescentes como uma obrigação coletiva e institucional, desdobrando-se em responsabilidades específicas aos profissionais da saúde, como os cirurgiões-dentistas. A Constituição Federal, funciona, então, como um marco normativo central da conduta ética e legal destes profissionais diante de casos de violência infantil, sendo complementada por legislações infraconstitucionais como o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), o Código Penal e o Código de Ética Odontológica, [26].

Previsto na lei nº 8.069/90 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), foi criado em 1991 pela Lei nº 8.242, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA, para integrar a estrutura básica do Ministério dos Direitos Humanos, como principal órgão do sistema de garantia de direitos das crianças e dos adolescentes, definindo as políticas para a infância e a adolescência e fiscalizando as ações executadas pelo poder público neste âmbito [27].

Como forma de viabilidade prática das diretrizes estabelecidas pelo CONANDA, e de garantia da necessária e fundamental proteção integral à criança e ao adolescente, trabalham conjuntamente o governo e sociedade civil por meio dos conselhos municipais, estaduais, distrital e nacional dos direitos da criança e do adolescente, sendo partes do Sistema de Garantia de Direitos (SGD), composto por vários órgãos e instituições do poder público e da sociedade civil, como Poder Judiciário, Ministério Público, delegacias, hospitais, abrigos, fundações e vários outros, para a aplicação de instrumentos normativos e funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos humanos da criança e do adolescente, nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal, [24].

Diante disso, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, através da Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, e o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) reconhecem como estratégias

fundamentais para a promoção e a defesa dos direitos de crianças e adolescentes o devido fortalecimento e a articulação entre esses órgãos colegiados [24]

Conforme o ECA (Lei nº 8.069/1990), marco legal mais específico sobre os direitos da criança e do adolescente, e que regulamenta os direitos fundamentais da criança e do adolescente e define mecanismos de proteção contra violência, no seu artigo 13 determina que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos devem ser comunicados obrigatoriamente à autoridade competente, especificamente ao conselho tutelar ou à autoridade policial, os quais, por sua vez, cientificarão imediatamente o Ministério Público [28]

E no seu artigo 245, o ECA prevê multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência, para o professor, profissional da saúde ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche que deixar de comunicar às autoridades os casos de que tenha conhecimento; reforçando no artigo 70 que é dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança [28].

Dessa forma, o cirurgião-dentista, ao identificar lesões compatíveis com agressão, como fraturas dentárias, hematomas faciais ou marcas de mordida, deve acionar os órgãos competentes, como as autoridades policiais, Conselho Tutelar, Ministério Público e/ou os juízes da infância, e sua omissão pode configurar infração administrativa e até penal. E para isso, os marcos legais não exigem a confirmação diagnóstica do ato violento, mas apenas e tão somente a sua suspeita fundamentada, protegendo o profissional de eventuais responsabilizações indevidas e reforçando o caráter preventivo da notificação.

As implicações também estão previstas no Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848/1940) para os casos de omissão de socorro e para a conivência com atos de violência. Nesses casos, por exemplo, o artigo 135 aborda a omissão de socorro, punindo quem se abstém de prestar assistência a pessoa em perigo iminente, sem risco pessoal, como criança abandonada ou extraviada como pena de detenção de um a seis meses ou multa. Podendo ser aumentada pela metade, se a omissão resultar em lesão corporal grave, e triplicada se resultar em morte, [29].

Já o artigo 13, §2º, retrata os casos de omissão quando o omitente deve e pode agir para evitar a continuidade da violência, sendo responsáveis por agir nesses casos, por exemplo, omitentes que tenham por lei a obrigação do cuidado, proteção ou vigilância, conforme o Código Penal Brasileiro [33]. Assim, entende-se que o cirurgião-dentista, ao assumir o cuidado de uma criança, torna-se responsável por agir diante de sinais de maus-tratos e/ou violência infantil.

Conforme a Resolução do Conselho Federal de Odontologia (CFO) nº 118/2012, que aprova o Código de Ética Odontológica, o cirurgião-dentista deve ter o compromisso ético com a saúde e a dignidade do paciente (art.3), constituindo como direitos fundamentais, a guarda do sigilo a respeito das informações adquiridas no desempenho de suas funções (art.5). Assim, será infração ética, “revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão”, compreendendo-se como justa causa, dentre elas, a notificação compulsória de doença e a colaboração com a justiça nos casos previstos em lei [29]. O que é corroborado pelo ECA (art. 13), que estabelece como obrigatória a comunicação à autoridade competente dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos à criança e ao adolescente [28].

De acordo com a Lei nº 13.341, de 4 de abril de 2017, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão criar serviços de atendimento, de ouvidoria ou de resposta, pelos meios de comunicação disponíveis, integrados às redes de proteção, para receber denúncias de violações de direitos de crianças e adolescentes, devendo as denúncias serem encaminhadas: a) à autoridade policial do local dos fatos, para apuração; b) ao conselho tutelar, para aplicação de medidas de proteção; e c) ao Ministério Público, nos casos que forem de sua atribuição específica [31].

Além da denúncia, é válido destacar que a notificação de violências contra crianças, adolescentes é uma exigência legal, de modo a revelar a sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos, assim como para proteger e garantir direitos por meio da rede de atenção e proteção, prevenindo a violência de repetição e permitindo que a rede de proteção e de garantia de direitos seja acionada e se articule. A notificação é uma dimensão da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência [32], que prevê também o acolhimento, o atendimento, os cuidados profiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social, além das ações de vigilância, prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura da paz.

A notificação é uma responsabilidade institucional, e não meramente individual, ou ainda restrita a categorias profissionais específicas. Todos(as) os profissionais de saúde devem notificar, idealmente aquele que fez o atendimento, podendo o cirurgião-dentista realizar a notificação por meio da Ficha de Notificação Compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas, disponível nos sistemas de saúde pública, ou diretamente ao Conselho Tutelar, Ministério Público ou autoridade policial. Entretanto, a equipe ou o serviço de saúde tem autonomia para estabelecer qual profissional preencherá a ficha de notificação de violência

interpessoal e autoprovocada (anexo A), de acordo com o contexto de cada caso, sem a identificação do (a) profissional ou o serviço que notificou, como meio de proteção aos profissionais que realizam as notificações [32].

Para além disso, os órgãos de saúde, assistência social, educação, segurança pública e justiça adotarão os procedimentos necessários por ocasião da revelação espontânea da violência, e diante desses casos, a criança e o adolescente serão chamados a confirmar os fatos por meio de escuta especializada e depoimento especial, salvo em caso de intervenções de saúde [37]. Para isso, emprega-se o modelo de instrumento de Registro da Revelação Espontânea, adotado pelos órgãos da rede de atenção e proteção no âmbito da saúde, assistência social e educação, podendo utilizar-se outro instrumento desde que cumpra com os objetivos, a depender das especificidades e escolhas de cada localidade (anexo B).

Este documento não substitui a necessidade de preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada ou qualquer outro instrumento previamente pactuado na Rede de Proteção/Atenção. E este fluxo de encaminhamento do Registro de Revelação Espontânea deverá ser deliberado pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, reconhecendo a autonomia para a definição da Política de Proteção Municipal, [33].

Considerando os casos de maus tratos ou violência à criança e ao adolescente, cabe à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios promover, periodicamente, campanhas de conscientização da sociedade, promovendo a identificação das violações de direitos e garantias de crianças e adolescentes e a divulgação dos serviços de proteção e dos fluxos de atendimento, como forma de evitar a violência institucional. Podendo ser promovidas ações como a capacitação interdisciplinar continuada, preferencialmente conjunta, dos profissionais; o estabelecimento de mecanismos de informação, referência, contrarreferência e monitoramento e o planejamento coordenado do atendimento e do acompanhamento, respeitadas as especificidades da vítima ou testemunha e de suas famílias [32].

A abordagem adotada no presente estudo permitiu uma visão abrangente da violência infantil, articulando conceitos, dados epidemiológicos, manifestações clínicas relevantes e aspectos ético-legais à prática odontológica. Assim, o trabalho integrou de forma consistente os aspectos clínicos, éticos e legais que norteiam a conduta profissional, reforçando a responsabilidade do cirurgião-dentista enquanto agente ativo da rede de proteção à infância.

Nesse sentido, os achados apresentam aplicabilidade prática, ao evidenciar lacunas persistentes na formação acadêmica e na capacitação continuada dos profissionais da Odontologia frente aos casos de maus-tratos infantis. Entretanto, algumas limitações devem

ser consideradas no estudo, com a predominância de estudos nacionais, fato que restringe comparações com contexto internacional, com diferentes modelos de formação e atuação profissional. Outrossim, parte das informações analisadas baseia-se em dados sujeitos à subnotificação, reconhecida como um desafio recorrente nos sistemas oficiais de vigilância.

Apesar dessas limitações, o estudo contribui de maneira significativa para o fortalecimento da Odontologia como área fundamental na proteção integral da criança, ao evidenciar a necessidade de aprimoramento da formação acadêmica, da capacitação profissional e da implementação de protocolos institucionais claros,

5 CONCLUSÃO

A presente revisão de literatura permitiu evidenciar que a violência contra crianças e adolescentes constitui um problema complexo e multifatorial, caracterizado como questão de saúde pública e demanda ações intersetoriais para sua identificação, notificação e enfrentamento. Verificou-se que os cirurgiões-dentistas possuem papel relevante no reconhecimento de maus-tratos, considerando que lesões orofaciais são frequentemente observadas nos casos de violência, além da obrigatoriedade constitucional em denunciar e notificar os casos de violência e/ou maus-tratos à criança e ao adolescente.

A análise dos estudos demonstrou que, especialmente na Odontologia embora exista na legislação brasileira a obrigatoriedade da notificação por parte dos cirurgiões-dentistas, persistem dificuldades significativas na prática cotidiana, como: lacunas na formação acadêmica, insegurança profissional no diagnóstico, a falta de domínio das condutas necessárias, desconhecimento dos fluxos, a ausência ou fragilidade de protocolos institucionais, somada à insuficiente articulação entre os serviços que compõem a rede de proteção, compromete a efetividade das ações de vigilância e acompanhamento das vítimas.

Dessa forma, a conduta mediante a casos de maus-tratos infantis exige uma atuação ética, sensível e tecnicamente fundamentada por parte dos profissionais da saúde, incluindo os cirurgiões-dentistas.

6 REFERÊNCIAS

- [1] World Health Organization. Violence against children. WHO Fact Sheet, Geneva: WHO; 29 nov. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>. Acesso em: 1 jul. 2025.
- [2] Brasil. Resolução do Conselho Federal de Odontologia - CFO 118 de 11.05.2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. [internet]. Conselho Federal de Odontologia, 2012. Disponível em: <https://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cfo-118-2012.htm>
- [3] Carneiro, L.; et al. A importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de lesões e maus-tratos na infância e adolescência. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 9, p. e3712943026–e3712943026, 16 set. 2023
- [4] Buldur B, Büyükkök Ç, Cavalcanti AL. Knowledge, attitudes, and perceptions regarding child abuse and neglect among dentists in Turkey. *Braz Oral Res*. 2022 Jan 14;36:e001. doi: 10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0001. PMID: 35081219
- [5] Kuganathan S, Nguyen T, Patel J, Anthonappa R. Knowledge, experiences and attitudes of dental health professionals towards reporting child abuse in Western Australia. *Aust Dent J*. 2021 Jun;66(2):194-200. doi: 10.1111/adj.12823. Epub 2021 Feb 9. PMID: 33450084
- [6] Lima, S. D.; Pieri, F. A. Maus-tratos infantis: percepção, preparo e conduta do cirurgião-dentista diante de casos suspeitos de violência. *Archives of Health Investigation*, v. 9, n. 1, p. 25–30, 2020
- [7] Egry, E. Y.; Apostolico, M. R.; Morais, T. C. P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde *Ciencia & saude coletiva*, v. 23, n. 1, p. 83–92, 2018
- [8] Simeão G. C. et. al. Negligência odontológica e abuso infantil: uma revisão de literatura. *Gestão & Saúde*, v., n., p. 281-291
- [9] Souza C. E. et. al. violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista – Revisão de literatura. *Revista Brasileira de Odontologia Legal*, v. 4, n.1, p:53-63, 2017
- [10] Dalledone, M. et al. Child abuse: perception and knowledge by Public Health Dentistry teams in Brazil. *Brazilian journal of oral sciences*, v. 14, n. 3, p. 224–229, 2015
- [11] Lacerda G. P. et. al. O papel do Cirurgião-dentista na identificação e conduta ética perante o abuso infantil. *Revista Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Camaragibe* v.24, n.2, p. 23-33, abr./jun. 2024

- [12] Rios, E. B. et al. Conhecimento dos cirurgiões–dentistas que atuam em unidades básicas de saúde frente aos abusos e maus-tratos infantis. *Revista de APS*, v. 25, n. 1, 25 jul. 2022.
- [13] Silveira, I. A.; et. Al. Dentistry students’ knowledge of pediatric patients who suffered violence: A systematic review. *Pesquisa brasileira em odontopediatria e clinica integrada*, v. 24, 2023.
- [14] Nunes, T. F. A. DA H. et al. Diagnóstico e notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes: conhecimento de estudantes de Odontologia. *Revista da ABENO*, v. 21, n. 1, p. 936, 2021.
- [15] Cavalcanti, A. F. C. et al. Maxillofacial injuries in Brazilian children and adolescents victims of physical violence: A single forensic center analysis. *Pesquisa brasileira em odontopediatria e clinica integrada*, v. 20, 2020
- [16] Malta, D. C. et al. Fatores associados à notificação de violência na infância no Brasil. *Ciencia & saude coletiva*, v. 30, n. 2, p. 1-11, 2025
- [17] Rodrigues, J. L. S. A. et al. Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry – A systematic review. *Journal of forensic and legal medicine*, v. 43, p. 34–41, 2016
- [18] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: dados de 2023*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- [19] Sartori, L. R. M.; et. al. Notifications of physical, sexual and emotional violence and neglect against children in Brazil, 2011-2019: na ecological time-series study. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 32, n. 3, 2023
- [20] Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021*. São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/>. Acesso em: 20 nov. 2023
- [21] ROSA, A. C. de M et al. The conduct of the dental surgeon facing child abuse: a literature review. *Revista Uningá*, 58, eUJ3585. 2021.
- [22] Ridsdale L. et al. British Society of Paediatric Dentistry: A policy document on dental neglect in children. *Int J Paediatr Dent*. 2024 Mar;34(2):160-168.
- [23] Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH). Child Protection Evidence Systematic Review on Dental Neglect. [internet]. November, 2024. Disponível em: <https://childprotection.rcpch.ac.uk/child-protection-evidence/dental-neglect-systematic-review/>
- [24] Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. [recurso eletrônico] — Brasília: Conselho Nacional dos

Direitos da Criança e do Adolescente, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-conanda/conanda>.

[25] Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. [recurso eletrônico] — Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Altos Estudos, Pesquisas e Gestão da Informação, 2024. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoconstituicao/anexo/cf.pdf>.

[26] Brasil. Resolução do Conselho Federal de Odontologia - CFO 118 de 11.05.2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. [internet]. Conselho Federal de Odontologia, 2012. Disponível em: <https://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cfo-118-2012.htm>

[27] Brasil. Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006. Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. 2006.

[28] Brasil. *Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069/1990*. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional os Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/trinta-e-um-anos-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-confira-as-novas-acoes-para-fortalecer-o-eca/ECA2021_Digital.pdf

[29] Brasil. Código penal. Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, Edição atualizada até abril de 2017b. 138 p. [internet]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo_penal_1ed.pdf

[30] Brasil. Lei nº 13.341, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Presidência da república. Brasília: 2017a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113431.htm

[31] Brasil. Lei nº 13.341, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Presidência da república. Brasília: 2017a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113431.htm

[32] Brasil. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde,

2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/acidentes-e-violencia/cartilha_notificacao_violencias_2017.pdf

[33] Força-Tarefa Infância Segura – Fortis. Prevenção e Combate aos Crimes Contra a Criança. Nota Técnica FORTIS Nº 001/2020. Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho. Departamento de Políticas Públicas da Criança e do Adolescente. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Julho, 2020. Disponível em: https://www.infanciasegura.pr.gov.br/sites/crianca-segura/arquivos_restritos/files/documento/2020-08/Nota%20t%C3%A9cnica.pdf

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que a região orofacial é frequentemente acometida nos casos de maus-tratos, reforçando o papel estratégico da Odontologia na detecção precoce da violência. No entanto, essa potencialidade ainda não se traduz plenamente em prática clínica efetiva. Embora a legislação estabeleça a obrigatoriedade da notificação e denúncia, existem fragilidades significativas na formação e na atuação dos cirurgiões-dentistas, especialmente no reconhecimento dos sinais clínicos de violência, na condução adequada dos casos e no cumprimento dos fluxos formais de notificação.

Ademais, a literatura sintetizada indica falhas na articulação entre os serviços que compõem a rede de proteção, o que compromete o acompanhamento e a continuidade do cuidado às vítimas. Assim, conclui-se que o enfrentamento da violência infantil exige ações integradas que fortaleçam a formação acadêmica, qualifiquem o atendimento nos serviços de saúde e promovam maior integração intersetorial.

Espera-se que os resultados deste trabalho contribuam para o aprimoramento das práticas profissionais e para o fortalecimento das estratégias de proteção à infância, assegurando notificações mais eficazes e um cuidado mais seguro e responsável às crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

ABOUDAWOUD, O. et al. Reemergence of Congenital Syphilis in the United States: A Narrative Review. *Venereology*, v. 3, n. 2, p. 89–95, 1 jun. 2024.

ADAMS, J. A. et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, v. 29, n. 2, p. 81–7, 2016.

AGÊNCIA BRASIL. Quase 200 crianças e adolescentes são agredidos por dia no Brasil. Brasília: EBC, 2024. Disponível em: (<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2024-10/quase-200-criancas-e-adolescentes-sao-agredidos-por-dia-no-brasil>). Acesso em: 2 jul. 2025.

BAPTISTA, A. S. et al. Dental Neglect, one type of child abuse – Narrative review. *Medical Express*, v. 4, n. 3, 2017.

ALYCE S, TAGGART D, MONTAQUE I, TURTON J. Avoiding psychological (re)traumatisation in dentistry when working with patients who are adult survivors of child sex abuse. *Br Dent J*. 2022 Oct;233(8):666-670. doi: 10.1038/s41415-022-5103-z. Epub 2022 Oct 28. PMID: 36307712; PMCID: PMC9616715.

BARTLETT, J. D.; EASTERBROOKS, M. A. The moderating effect of relationships on intergenerational risk for infant neglect by young mothers. *Child Abuse & Neglect*, v. 45, p. 21–34, jul. 2015.

BARROS DE SOUSA, V.; BAISEREDO, A. M.; BAISEREDO DE CARVALHO, C. C. A conduta do odontopediatra em uti perante casos de abuso sexual infantil. *International Journal of Science Dentistry*, v. 1, n. 63, p. 66–73, 2023.

BRASIL. **Código penal**. Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, Edição atualizada até abril de 2017b. 138 p. [internet]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo_penal_1ed.pdf

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. [recurso eletrônico] — Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-conanda/conanda>.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. [recurso eletrônico] — Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Altos Estudos, Pesquisas e Gestão da Informação, 2024. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoconstituicao/anexo/cf.pdf>.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069/1990*. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional os Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/trinta-e-um-anos-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-confira-as-novas-aco-es-para-fortalecer-o-eca/ECA2021_Digital.pdf

BRASIL. Lei nº 13.341, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Presidência da república. Brasília: 2017a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113431.htm

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 União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 31 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 21 de junho de 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jan. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 25 jul. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/acidentes-e-violencia/cartilha_notificacao_violencias_2017.pdf

BRASIL. Resolução do Conselho Federal de Odontologia - CFO 118 de 11.05.2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. [internet]. Conselho Federal de Odontologia, 2012. Disponível em: <https://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cfo-118-2012.htm>

BRASIL. Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006. Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. 2006.

BULDUR B, BÜYÜKKÖK Ç, CAVALCANTIAL. Knowledge, attitudes, and perceptions regarding child abuse and neglect among dentists in Turkey. *Braz Oral Res.* 2022 Jan 14;36:e001. doi: 10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0001. PMID: 35081219.

CARNEIRO, L.; et al. A importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de lesões e maus-tratos na infância e adolescência. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 9, p. e3712943026–e3712943026, 16 set. 2023.

COSTACURTA, M.; et. al. Oral and dental signs of child abuse and neglect. *Oral & implantology*, v. 8, n. 2–3, p. 68–73, 2015.

CAVALCANTI, A. F. C. et al. Maxillofacial injuries in Brazilian children and adolescents victims of physical violence: A single forensic center analysis. *Pesquisa brasileira em odontopediatria e clinica integrada*, v. 20, 2020.

COTA, A. L. S.; et. al. Dentist's behavior regarding children and adolescents maltreatment. *Journal of Health Sciences*, v. 21, n. 1, p. 58, 2019.

DALLEDONE, M. et al. Child abuse: perception and knowledge by Public Health Dentistry teams in Brazil. *Brazilian journal of oral sciences*, v. 14, n. 3, p. 224–229, 2015.

DELFINO, A. F. DE S.; ANDRADE, J. V.; COLODETTE, R. M. Percepção e conduta de cirurgiões-dentistas em casos suspeitos de maus-tratos infantis: revisão narrativa. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 29, n. 1, p. 151–170, 2025.

DEMARCO, G. T.; SILVA-JÚNIOR, I.; AZEVEDO, M. S. Conhecimentos e atitudes de Cirurgiões-dentistas da rede pública de Pelotas-RS frente aos maus-tratos infantis. *Revista da ABENO*, v. 21, n. 1, p. 1077, 2021.

Denunciar violação de direitos humanos. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos/denunciar-violacao-de-direitos-humanos>>. Acesso em: 31 jul. 2025

DE SOUZA C. E. et. al. violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista – Revisão de literatura. *Revista Brasileira de Odontologia Legal*, v. 4, n.1, p:53-63, 2017.

EGRY, E. Y.; APOSTOLICO, M. R.; MORAIS, T. C. P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde *Ciencia & saude coletiva*, v. 23, n. 1, p. 83–92, 2018

EMILIANO, G. B. G. et al. Conhecimentos e condutas dos cirurgiões-dentistas do estado do Rio Grande do Norte sobre denúncias e notificações de maus-tratos infantis. *Revista Brasileira de Odontologia Legal*, p. 51–62, 2024.

FIGUEIRÓ, A. et al. Prevalência de injúrias em tecidos moles em pacientes atendidos em um centro especializado no tratamento de traumatismos dentários. *Revista da Faculdade de Odontologia da UPF*, v. 21, n.3, Passo Fundo, Set/Dez 2016.

FORÇA-TAREFA INFÂNCIA SEGURA – FORTIS. Prevenção e Combate aos Crimes Contra a Criança. Nota Técnica FORTIS Nº 001/2020. Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho. Departamento de Políticas Públicas da Criança e do Adolescente. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Julho, 2020. Disponível em: https://www.infanciasegura.pr.gov.br/sites/crianca-segura/arquivos_restritos/files/documento/2020-08/Nota%20t%C3%A9cnica.pdf

GUIMARÃES, L. A. et al. Abuso infantil: principais manifestações orofaciais e como intervir – revisão de literatura. *Revista Cathedral*, v. 4, n. 1, p. 63–70, 2022.

HARTUNG B, SCHAPER J, FISCHER K, RITZ-TIMME S. Care for children with dental neglect: identification of problems and approaches to solving them. *Int J Legal Med*. 133(2):641-650. Mar 2019.

HENRIQUES, C.G.P.; et. al. Violência emocional intrafamiliar contra crianças e adolescentes e suas repercussões: uma revisão sistemática de literatura. *Psico (Porto Alegre)*, v. 53, n. 1, 2022.

HERRERA, L. M.; STRAPASSON, R. A. P. Cartilha sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes para o Cirurgião-Dentista. São Paulo: OFLab – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2015. 23 p.

- KAIHARA Y et al. Establishment of indicator for screening of child abuse and neglect in primary school-age children. *Eur J Paediatr Dent.* 2022 Dec;23(4):315-320. doi: 10.23804/ejpd.2022.23.04.11. PMID: 36511906.
- KUGANANTHAN S, NGUYEN T, PATEL J, ANTHONAPPA R. Knowledge, experiences and attitudes of dental health professionals towards reporting child abuse in Western Australia. *Aust Dent J.* 2021 Jun;66(2):194-200. doi: 10.1111/adj.12823. Epub 2021 Feb 9. PMID: 33450084
- LACERDA G. P. et. al. O papel do Cirurgião-dentista na identificação e conduta ética perante o abuso infantil. *Revista Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Camaragibe* v.24, n.2, p. 23-33, abr./jun. 2024
- LIMA, R. F. F.; HABIGZANG, L. F.; DE MORAIS, N. A. Exploring subtypes of child maltreatment in a large Brazilian sample: Co-occurrence patterns and associated characteristics. *Child abuse & neglect*, v. 165, n. 107495, p. 107495, 2025
- LEE, H.; KIM, E. Global prevalence of physical and psychological child abuse during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, v. 135, p. 105984, dez. 2022.
- MALTA, D. C. et al. Fatores associados à notificação de violência na infância no Brasil. *Ciencia & saude coletiva*, v. 30, n. 2, p. 1-11, 2025.
- MELE F, INTRONA F, SANTORO V. Child abuse and neglect: oral and dental signs and the role of the dentist. *J Forensic Odontostomatol.* 2023 Aug 27;41(2):21-29. PMID: 37634173; PMCID: PMC10473457.
- MOREIRA, G. A. et al. Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária. *Saúde em Debate*, v. 39, n. spe, p. 257–267, 2015.
- NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA. Prevenção de violência contra crianças: por que isso importa e o que pode ser feito. São Paulo: NCPI, 2023. 44 p.
- NUNES, A. J.; SALES, M. C. V.. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 871–880, mar. 2016.
- NUNES, T. F. A. DA H. et al. Diagnóstico e notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes: conhecimento de estudantes de Odontologia. *Revista da ABENO*, v. 21, n. 1, p. 936, 2021.
- RODRIGUES P. S. et al. As potencialidades e fragilidades da atenção básica na prevenção à violência infantil: revisão integrativa. *Foco*, v. 16, n. 3, p. e1247–e1247, 6 mar. 2023.
- RODRIGUES, J. L. S. A. et al. Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry – A systematic review. *Journal of forensic and legal medicine*, v. 43, p. 34–41, 2016.
- RIDSDALE L. et al. British Society of Paediatric Dentistry: A policy document on dental neglect in children. *Int J Paediatr Dent.* 2024 Mar;34(2):160-168.
- ROSA, A. C. de M et al. The conduct of the dental surgeon facing child abuse: a literature review. *Revista Uningá*, 58, eUJ3585. 2021.
- RIOS, E. B. et al. Conhecimento dos cirurgiões–dentistas que atuam em unidades básicas de saúde frente aos abusos e maus-tratos infantis. *Revista de APS*, v. 25, n. 1, 25 jul. 2022.

ROYAL COLLEGE OF PAEDIATRICS AND CHILD HEALTH (RCPCH). Child Protection Evidence Systematic Review on Dental Neglect. [internet]. November, 2024. Disponível em: <https://childprotection.rcpch.ac.uk/child-protection-evidence/dental-neglect-systematic-review/>

SARTORI, L. R. M.; et. al. Notifications of physical, sexual and emotional violence and neglect against children in Brazil, 2011-2019: na ecological time-series study. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 32, n. 3, 2023.

SILVA-OLIVEIRA, F. et al. Reporting of child physical abuse by a group of Brazilian primary care health professionals and associated factors. *Child abuse & neglect*, v. 107, n. 104571, p. 104571, 2020.

SILVA, F. G. DA et al. Violência infantil no Brasil: Panorama das notificações e indicadores desse fenômeno. *Conjecturas*, v. 21, n. 5, p. 146–165, 2 nov. 2021.

SILVEIRA, I. A.; et. Al. Dentistry students' knowledge of pediatric patients who suffered violence: A systematic review. *Pesquisa brasileira em odontopediatria e clinica integrada*, v. 24, 2023.

SILVEIRA, R. E. DA et al. Manifestações orais e faciais do abuso sexual de crianças e adolescentes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 23, n. 3, p. e12476, 29 mar. 2023.

SIMEÃO G. C. et. al. Negligência odontológica e abuso infantil: uma revisão de literatura. *Gestão & Saúde*, v., n., p. 281-291,

SPILLER, L. R. Orofacial manifestations of child maltreatment: a review. *Dental Traumatology*, v. 40, supl. 2, p. 10-17, 2024. DOI: 10.1111/edt.12852

SYPHILIS (ALSO KNOWN AS “LUES”; CAUSED BY SPIROCHETE BACTERIUM *TREPONEMA PALLIDUM*; ALSO KNOWN GENERICALLY AS A “SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION” [STI], “SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE”, “STD”, “VENEREAL DISEASE”, AND “VD”) – CDHO. Disponível em: <https://cdho.org/factsheets/syphilis/>. Acesso em: 12 jul. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Quase 250 casos de tortura, violência física ou psicológica contra crianças e adolescentes são notificados todos os dias no Brasil. Rio de Janeiro: SBP, 2020. Disponível em: (<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/quase-250-casos-de-tortura-violencia-fisica-ou-psicologica-contra-criancas-e-adolescentes-sao-notificados-todos-os-dias-no-brasil/>). Acesso em: 2 jul. 2025.

TATE, Anupama Rao et al. Oral and dental aspects of child abuse and neglect: Clinical report. *Pediatrics*, [S. l.], v. 154, n. 3, e2024068024, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2024-068024>.
VOLLÚ, A. L. et al. The dentist as a child abuse informer: a case report. *Rio de Janeiro Dental Journal (Revista Científica do CRO-RJ)*, v. 3, n. 1, p. 77–81, 2018.

VILLAR, A. B. M.; et al. Clinical manifestations of syphilis in the oral cavity — a review. *Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases*, v. 35, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *INSPIRE handbook: Action for implementing the seven strategies for ending violence against children*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Violence against children. WHO Fact Sheet, Geneva: WHO; 29 nov. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>. Acesso em: 1 jul. 2025.

ANEXO A: Ficha de Notificação Individual. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Ministério da Saúde.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|----------------------------|--|--|---|---------------------------------------|--|----------------|--|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | | 2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA | | Código (CID10) Y09 | | 3 Data da notificação | | |
| | 4 UF | 5 Município de notificação | | | Código (IBGE) | | | | |
| | 6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| | 7 Nome da Unidade Notificadora | | | | Código Unidade | | 9 Data da ocorrência da violência | | |
| 8 Unidade de Saúde | | | | Código (CNES) | | | | | |
| Notificação Individual | 10 Nome do paciente | | | | | | 11 Data de nascimento | | |
| | 12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano <input type="checkbox"/> | | 13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1- Ignorado | | 14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado | | 15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado | | |
| | 16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica | | | | | | | | |
| | 17 Número do Cartão SUS | | | | 18 Nome da mãe | | | | |
| Dados de Residência | 19 UF | | 20 Município de Residência | | | Código (IBGE) | | 21 Distrito | |
| | 22 Bairro | | 23 Logradouro (rua, avenida,...) | | | | | Código | |
| | 24 Número | | 25 Complemento (apto., casa, ...) | | | 26 Geo campo 1 | | | |
| | 27 Geo campo 2 | | 28 Ponto de Referência | | | 29 CEP | | | |
| | 30 (DDD) Telefone | | | 31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | | 32 País (se residente fora do Brasil) | | | |
| | Dados Complementares | | | | | | | | |
| Dados da Pessoa Atendida | 33 Nome Social | | | | 34 Ocupação | | | | |
| | 35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado | | | | | | | | |
| | 36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual <input type="checkbox"/> 2-Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado | | 37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transsexual <input type="checkbox"/> 3-Homem Transsexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado | | | | | | |
| | 38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | | 39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento | | | | | | |
| Dados da Ocorrência | 40 UF | | 41 Município de ocorrência | | | Código (IBGE) | | 42 Distrito | |
| | 43 Bairro | | 44 Logradouro (rua, avenida,...) | | | | | Código | |
| | 45 Número | | 46 Complemento (apto., casa, ...) | | | 47 Geo campo 3 | | 48 Geo campo 4 | |
| | 49 Ponto de Referência | | 50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | | 51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas) | | | | |
| | 52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> | | 04 - Local de prática esportiva | | 07 - Comércio/serviços | | 53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | |
| | 01 - Residência | | 05 - Bar ou similar | | 08 - Indústrias/construção | | 54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | |
| 02 - Habitação coletiva | | 06 - Via pública | | 09 - Outro | | | | | |
| 03 - Escola | | | | 99 - Ignorado | | | | | |

| | | | |
|--|--|---|---|
| Violência | 55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado | | |
| | 56 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil | 57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/espargamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Outro | |
| Violência Sexual | 58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros | | |
| | 59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei | | |
| Dados do provável autor da violência | 60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Outros | 62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> |
| | 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> | | |
| Encaminhamento | 64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) <input type="checkbox"/> 3-Jovem (20 a 24 anos) <input type="checkbox"/> 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) <input type="checkbox"/> 2-Adolescente (10 a 19 anos) <input type="checkbox"/> 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> | | |
| | 65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente | | |
| Dados finais | 66 Violência Relacionada ao Trabalho 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> | 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX |
| | 69 Data de encerramento | | |
| Informações complementares e observações | | | |
| Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____ | | | |
| Observações Adicionais: _____ _____ _____ | | | |
| Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 | | | |
| TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 | | | |
| Disque Direitos Humanos 100 | | | |
| Notificador | Município/Unidade de Saúde _____ | Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____ | |
| | Nome _____ | Função _____ | Assinatura _____ |

Violência interpessoal/autoprovocada

Sinan

SVS 15.06.2015

Fonte: Ministério da Saúde.

https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf

ANEXO C – NORMAS DA REVISTA

autores após a submissão do manuscrito à PBOCI. O número ORCID de todos os co-autores deve ser fornecido na página de rosto do manuscrito. O identificador ORCID pode ser obtido gratuitamente no endereço: <https://orcid.org/register>.

Instruções

O manuscrito deve ser escrito em inglês, de forma clara, concisa e objetiva. Entre em contato com a PBOCI pelo e-mail apesb@terra.com.br para obter informações sobre as empresas de tradução recomendadas. Revisões linguísticas realizadas por empresas que não fornecem o certificado mencionado não serão aceitas.

O texto deve ser fornecido como um arquivo do Word para Windows (doc), usando uma fonte tamanho 12 Times New Roman, tamanho de página A4, com espaçamento 1,5 e margens de 2,5 cm. A extensão do manuscrito é limitada a 16 páginas, incluindo referências, tabelas e figuras.

Página de Título (dados obrigatórios): Título, Autor (es) [Nomes de todos os autores escritos na íntegra, incluindo os respectivos números de telefone e endereços de e-mail para correspondência] e Autor para correspondência. Dados de afiliação institucional / profissional de todos os autores, incluindo Departamento, Faculdade / programa, Universidade (ou outra instituição), Cidade, Estado e País. NÃO INCLUIR os títulos do autor (DDS, MSc, Ph.D., etc.) ou cargo (Professor, Estudante de Graduação, etc.).

Exemplos:

Emmanuel O. Amobi¹, Jerome Mafeni², Comfort Ayodele Adekoya-Sofowora³

¹Department of Child Dental Health, Faculty of Dentistry, College of Medicine, University of Nigeria, Ituku-Ozalla, Enugu, Nigeria.

²African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships (ACHAP), Gaborone, Botswana.

³Department of Child Dental Health, Obafemi Awolowo University Teaching Hospitals Complex, Ile-Ife, Nigeria.

Texto Principal

Resumo: Máximo de 280 palavras. O resumo deve ser estruturado com as seguintes divisões: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão.

Palavras-chave: Variando de 3 (três) a 5 (cinco) palavras-chave, escolhidas entre as palavras-chave registradas no Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine (<https://meshb.nlm.nih.gov>)

Introdução: Declare o propósito e resuma a justificativa para o estudo ou observação. O (s) objetivo (s) e / ou a hipótese do estudo devem ser declarados no último parágrafo. Evite a apresentação de uma revisão extensiva do campo.

Material e Métodos: Descreva o desenho do estudo, bem como a seleção dos participantes para os estudos observacionais ou experimentais (pacientes ou animais de laboratório, incluindo controles) claramente, incluindo critérios de elegibilidade e exclusão e uma descrição da população. Identifique os métodos, equipamentos (nome e endereço – cidade, estado e país, do fabricante entre parênteses) e procedimentos com detalhes suficientes para permitir que outros pesquisadores reproduzam os resultados. Os autores devem ter considerado os aspectos éticos de suas pesquisas e devem assegurar que o projeto foi aprovado por um comitê de ética apropriado, que deve ser declarado. O tipo de análise estatística deve ser descrito de forma clara e cuidadosa, mencionando inclusive o software utilizado.

Resultados: Devem ser apresentados em uma sequência lógica no texto, tabelas e ilustrações, destacando as descobertas

principais ou mais importantes.

Discussão: Esta é a única seção apropriada para comentários subjetivos e referência à literatura anterior. Inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos resultados do estudo (generalização conservadora).

Conclusão: Deve explicitar claramente a(s) principal (ais) conclusão (ões) do trabalho, ressaltando sua importância e relevância.

Contribuições do autor: As contribuições individuais dos autores ao manuscrito devem ser especificadas nesta seção. As declarações CRediT devem ser fornecidas durante o processo de submissão e aparecerão acima da seção de reconhecimento do artigo publicado como mostrado: Conceituação, Metodologia, Software, Validação, Análise Formal, Investigação, Recursos, Curadoria de Dados, Redação - Rascunho Original, Redação - Revisão e Edição, Visualização, Supervisão, Administração de Projetos, Aquisição de Financiamento.

Exemplo:

- Conceptualization, Writing - Original Draft, Writing - Review and Editing, Supervision and Project Administration.

Suporte financeiro: Qualquer tipo de apoio financeiro (financiamento, subsídios, patrocínio) que você tenha recebido deve ser informado (agência e número de concessão).

Exemplos:

- Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina – Grant Number 06/2017
- This study was supported by the Coordination of Improvement of Higher Education Personnel (Capes) and the National Council for Scientific and Technological Development (CNPQ), Brazil.

Conflito de Interesse: Os autores devem declarar não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos: Quando apropriado, reconheça a assistência técnica, conselhos e contribuições dos colegas. As pessoas que contribuíram para o trabalho, mas não se encaixam nos critérios para os autores, devem ser listadas na seção Agradecimentos, juntamente com suas contribuições.

Disponibilidade de dados: A PBOCI encoraja ou exige o fornecimento de declarações de disponibilidade de dados.

Tabelas: As tabelas devem ser enviadas no Word (.doc) ou Excel (.xls), não como imagens. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos e devem ter um título explicativo. Cada tabela deve ser digitada em uma página separada com relação à proporção da coluna / página impressa e conter apenas linhas horizontais.

Figuras e ilustrações: Cada figura deve ter uma legenda.

Citação de Autores no Texto

As referências devem ser citadas em ordem crescente dentro do parágrafo.

Exemplo:

In Brazil, the association between socioeconomic conditions and higher levels of dental caries has been more evident among brown/black people [9], females [10], low-income and less educated groups [10]. Socioeconomic factors, such as income and schooling [11], are described as determinants in the development of dental caries [12,13].

Referências

- Todas as referências devem ser citadas no texto; caso contrário, essas referências serão removidas automaticamente.

- Os autores são responsáveis por garantir que as informações em cada referência sejam completas e precisas. No máximo 50 referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto (modelo Vancouver).
- Todas as referências devem ser numeradas consecutivamente e as citações de referências no texto devem ser identificadas usando números entre colchetes (por exemplo, “como discutido por alguns autores [2]”; “como descrito previamente [1,5,12]”). Os autores devem incluir, sempre que possível, o número DOI.
- Material não referenciado e, se possível, publicações em outros idiomas que não o inglês devem ser evitadas. Resumos de congressos, artigos não aceitos, observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser colocados na lista de referências.
- Se houver sete ou mais autores, listar os seis primeiros seguidos da expressão “et al.

As referências de periódicos e livros devem ser apresentadas como nos exemplos a seguir:

Artigos Publicados. Primeiros 6 autores seguidos por et al., Título, Jornal, Ano, Volume, número das páginas inicial e final ou o número ID do artigo.

Ayub A, Ali S, Issrani R, Sethi A, Khattak O, Iqbal A. Burnout among dental students of private and public dental colleges in Pakistan - A cross-sectional study. *Pesqui Brasileira Odontopediatria Clín Integr*, 2024, 24:e220176.
<https://revista.uepb.edu.br/PBOCI/article/view/3100>

Livro na íntegra. Autores, título do livro, edição, cidade, editora, ano.

Moursi AM, Truesdale AL. *Clinical Cases in Pediatric Dentistry*. 2nd. ed. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2020. 432p.

Capítulo de livro. Autores, Título do capítulo, Editores, Título do livro, Edição, Cidade, Editor, Ano, número das Páginas do capítulo.

Bardow A, Vissink A. Saliva and caries development. In: Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E. Dental Caries: The Disease and its Clinical Management. 4th. ed. London: Wiley-Blackwell; 2015.

Comunicação da Internet. Certifique-se de que as URLs estejam ativas e disponíveis. Forneça o DOI, se disponível. COVID-19 Economic Impact on Dental Practices. Available from: <https://www.ada.org/resources/research/health-policy-institute/impact-of-covid-19>. [Accessed on January 8, 2024].

Relatório. Ministry of Health, Department of Planning. Annual Statistical Report. Abu Dhabi: Ministry of Health, 2001.

Documentos Oficiais. Conselho Federal de Odontologia. Resolução nº. 162, de 03 de novembro de 2015. Reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião dentista. Diário Oficial da União 16 nov 2015; Seção 1. Available from: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2015/12/ResolucaoCFO-162-15.pdf> [Accessed on October 10, 2021]. [In Portuguese]. <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2015/12/ResolucaoCFO-162-15.pdf>

Questões

Dúvidas sobre submissões em andamento ou outras questões deverão ser encaminhadas para a Secretaria por meio do e-mail: apesb@terra.com.br

Provas Tipográficas

As provas tipográficas serão enviadas ao autor correspondente por correio eletrônico em formato PDF para aprovação final e deverão ser devolvidas com as correções, se necessário, em até 5 (cinco) dias.