



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

LUIS GUILHERME GALVÃO VIANA

**Fragilidades no Processo de Notificação de Maus-Tratos Infantis: Uma
Revisão de Literatura**

SÃO LUÍS - MA
2025

LUIS GUILHERME GALVÃO VIANA

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

Orientador: Prof. Dr. Pierre Adriano Moreno Neves

SÃO LUÍS – MA
2025

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

Viana, Luis Guilherme Galvão.

Fragilidades no Processo de Notificação de Maus-Tratos
Infantis: Uma Revisão de Literatura / Luis Guilherme
Galvão Viana. - 2025.

52 f.

Orientador(a): Pierre Adriano Moreno Neves.

Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão,
São Luis, 2025.

1. Maus-tratos Infantis. 2. Notificação de Abuso. 3.
Serviços de Saúde. 4. Odontólogos. 5. Serviços de
Proteção Infantil. I. Neves, Pierre Adriano Moreno. II.
Título.

VIANA, LGG. **Fragilidades no processo de notificação de maus-tratos infantis: uma revisão de literatura.** 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. Dr. Pierre Adriano Moreno Neves
(Orientador)

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

Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza
(Titular)

Prof. Dr. José Ferreira Costa
(Suplente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me conduzido até aqui, sendo meu auxílio e meu refúgio nos momentos de incerteza, e sempre me agraciando com saúde. Obrigado Pai por ter estado comigo até nos momentos que duvidei disso. Hoje sei que tudo posso, pois o Senhor me fortalece.

À minha família, em especial meu pai Luis Alberto e minha mãe Maria Gilvanete, que não mediram esforços para que se pudesse chegar até esse momento de grande alegria. Sou grato por cada decisão tomada, muitas vezes se sacrificando, para que nada faltasse para minha educação desde a base; à minha avó Maria do Socorro Galvão, que me ensinou desde cedo o poder da educação, e ao meu avô Raimundo Peres, que hoje torce por mim lá do céu, agradeço por toda a confiança depositada; ao meu irmão Yago e os demais familiares (tios e tias, primos e primas, afilhadas) por terem acrescentado na minha trajetória.

À minha dupla de curso Josué, um amigo e compadre formidável, que sempre me surpreendeu por sua capacidade e seu humor inabalável, mesmo quando as coisas pareciam desmoronar. E também aos meus amigos da graduação Malu, Cecília, Batista, Camila Aguiar, Camila Moraes, Marina, João Pedro, Késsia e Fayal, que muitas vezes foram as principais companhias durante a semana, e fizeram tudo parecer mais leve, seja com os momentos de almoço, ou os momentos de conversa pré atendimentos. Sem vocês a caminhada seria árdua e sem brilho.

Ao meu orientador Prof. Pierre, que além de um exemplo profissional, tornou-se uma inspiração pessoal. Obrigado pelas orientações e por ter sido um professor amigo durante essa trajetória acadêmica. Também, aos demais professores do curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão por todo ensinamento repassado com tanto comprometimento.

E a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho e para a construção desta trajetória acadêmica.

“Tudo posso naquele que me fortalece.”
(Filipenses 4: 13)

RESUMO

Introdução: Maus-tratos infantis são definidos como quaisquer ações ou omissões que causem ou possam causar danos físicos, emocionais, sexuais ou negligência contra crianças e adolescentes, geralmente praticadas por pessoas em posição de responsabilidade, confiança ou poder. Essa forma de abuso exige atuação ativa dos profissionais da saúde, por meio da notificação dos casos suspeitos ou confirmados, conforme prevê a legislação brasileira. Apesar de sua obrigatoriedade, a notificação ainda enfrenta diversos entraves, especialmente na área da Odontologia. **Objetivo:** revisar a literatura científica sobre as principais fragilidades e barreiras enfrentadas no processo de notificação de maus-tratos infantis nos serviços de saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida segundo as diretrizes do PRISMA-ScR e baseada no mnemônico PCC (População/Contexto/Conceito), com buscas realizadas nas bases LILACS, PubMed, SciELO e Periódicos CAPES, considerando publicações entre os anos de 2015 - 2025. **Resultados:** Após aplicação dos critérios de elegibilidade, 14 estudos compuseram a amostra final. A análise revelou que os principais entraves ao ato notificador incluem insegurança diagnóstica, medo de retaliações, desconhecimento sobre os fluxos da rede de proteção, ausência de protocolos institucionais claros e lacunas na formação acadêmica dos profissionais de saúde. Além disso, observou-se a desarticulação intersetorial e a ausência de devolutiva das notificações, o que contribui para a baixa adesão dos profissionais. **Conclusão:** Conclui-se que o processo de notificação ainda enfrenta limitações estruturais, técnicas e subjetivas que comprometem sua efetividade. Superar essas barreiras exige investimento em formação continuada, fortalecimento da rede de proteção, definição de fluxos mais claros e suporte institucional ao profissional que notifica. A realização de novos estudos que explorem experiências bem-sucedidas de notificação e a escuta dos profissionais envolvidos pode contribuir para aprimorar as estratégias de enfrentamento da violência contra crianças.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis. Notificação de abuso. Serviços de saúde. Odontólogos. Serviços de Proteção Infantil.

ABSTRACT

Introduction: Child abuse is defined as any actions or omissions that cause or may cause physical, emotional, sexual harm, or neglect to children and adolescents, usually perpetrated by people in positions of responsibility, trust, or power. This form of abuse requires active involvement from health professionals through the reporting of suspected or confirmed cases, as provided by Brazilian legislation. Despite its mandatory nature, reporting still faces various obstacles, especially in the area of Dentistry. **Objective:** to review the scientific literature on the main weaknesses and barriers encountered in the reporting process of child abuse in health services. **Methodology:** This is an integrative literature review, conducted according to the PRISMA-ScR guidelines and based on the PCC (Population/Context/Concept) model, with searches carried out in the LILACS, PubMed, SciELO, and CAPES Periodicals databases, considering publications between the years 2015 - 2025. **Results:** After applying the eligibility criteria, 14 studies constituted the final sample. The analysis revealed that the main barriers to the notification act include diagnostic insecurity, fear of retaliation, lack of knowledge about the protection network flows, absence of clear institutional protocols, and gaps in the academic training of health professionals. Additionally, there was observed disarticulation between sectors and the absence of feedback from notifications, which contributes to the low adherence of professionals. **Conclusion:** It is concluded that the notification process still faces structural, technical, and subjective limitations that compromise its effectiveness. Overcoming these barriers requires investment in ongoing training, strengthening the protection network, defining clearer flows, and institutional support for the professional who notifies. Conducting new studies that explore successful notification experiences and listening to the professionals involved can help improve strategies to combat violence against children.

Keywords: Child Abuse. Mandatory Reporting. Health Services. Dentists. Child Protective Services.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Código de Ética Odontológica
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
DPCA	Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
MP	Ministério Público
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a
Infância)	
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
1.1	Maus-tratos infantis: conceito e classificação.....	10
1.2	Epidemiologia da violência.....	11
1.3	Contexto legal e normativo sobre proteção à infância	13
1.4	A rede de proteção à criança e ao adolescente	15
1.5	O papel do cirurgião dentista	18
1.6	Ato Notificatório: desafios e obstáculos	20
2	ARTIGO CIENTÍFICO	22
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
	REFERÊNCIAS	41
	ANEXO A – NORMAS DA REVISTA.....	47

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Maus-tratos infantis: conceito e classificação

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os maus-tratos infantis como qualquer forma de abuso ou negligência que cause ou tenha o potencial de causar danos à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança. Isso inclui abusos físicos, emocionais e sexuais, além da exploração. Esses atos ocorrem no contexto de uma relação em que o agressor exerce responsabilidade, confiança ou poder sobre a criança (WHO, 2024).

Dentro dos maus-tratos infantis, a negligência infantil representa o maior número de casos notificados, e se define pela omissão de cuidados básicos, por parte do responsável, de modo que prejudique o desenvolvimento da criança e do adolescente e, os coloquem em um contexto de risco. Ainda, manifesta-se por sinais como higiene inadequada, ferimentos recorrentes e de difícil cicatrização, sugerindo falta de cuidados, desnutrição e abandono (Herrera; Strapasson; Melani, 2015).

Embora a negligência seja apontada como a forma mais comum de maus-tratos infantis, evidências indicam que o abuso físico é mais frequentemente identificado pelos serviços de saúde, principalmente devido à gravidade das lesões, as quais exigem atendimento médico imediato (Nunes; Sales, 2016). Dessa forma, o abuso físico é caracterizado pelo uso intencional da força contra a criança, com potencial ou efetivo prejuízo à sua saúde, desenvolvimento ou dignidade. Isso inclui agressões como bater, chutar, sacudir, morder, estrangular, queimar, envenenar ou sufocar, muitas vezes justificadas sob o pretexto de disciplina (WHO, 2006).

O abuso sexual infantil, por sua vez, refere-se à participação de uma criança em atividades de natureza sexual que ela não compreende completamente, para as quais não possui capacidade de consentimento ou, ainda, que violam normas legais e sociais. Nesse contexto, as meninas apresentam maior vulnerabilidade, com uma prevalência global de 18%, em comparação a 8% dos meninos, de modo que, esses números podem ser ainda mais elevados considerando a frequente subnotificação desses casos (WHO *et al.*, 2016).

No que se refere ao abuso emocional ou psicológico, este se manifesta tanto por episódios isolados quanto por um padrão contínuo de comportamentos hostis por parte dos cuidadores, que comprometem o ambiente de apoio necessário ao desenvolvimento infantil. Essa forma de violência inclui atitudes como rebaixamento, ameaças, intimidação, rejeição e ridicularização, com alto potencial de causar danos ao bem-estar

físico e mental da criança, bem como ao seu desenvolvimento moral, social e emocional (WHO, 2006).

Segundo Blakley e Brown (2019), a ocorrência de uma forma de maus-tratos não impede que outras também estejam presentes, sendo comum que uma criança sofra abusos múltiplos de forma simultânea, como nos casos em que vítimas de abuso sexual também são maltratadas psicologicamente, ou em que situações de negligência coexistem com violência física.

1.2 Epidemiologia da violência

Em 2023, foram registrados no Brasil 29.469 casos de maus-tratos contra pessoas de 0 a 17 anos, o que representa um aumento de 30,3% em relação ao ano anterior. O ambiente familiar, muitas vezes, é o principal cenário em que essas agressões ocorrem, de modo que em 93,8% dos casos, os agressores são familiares próximos, e o crime ocorre predominantemente dentro da residência da vítima. Além disso, a faixa etária mais vulnerável é a de 5 a 9 anos, que responde por 35,7% dos casos, seguida pelas crianças de 0 a 4 anos (25,1%). Isso sugere uma correlação entre o início da vida escolar, onde há maior possibilidade de denúncia. (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024).

Esses dados dialogam com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, que aponta mais de 200 mil notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes entre 2015 e 2021, com pico em 2021 (35.196 casos). A maioria das vítimas são meninas, que representaram 86,9% dos casos notificados, especialmente nas faixas etárias de 1 a 9 anos. Em contrapartida, acredita-se que os números entre meninos sejam subestimados, devido a estigmas de gênero e barreiras culturais que limitam a identificação e o relato dessas violências (Brasil, 2024).

Observa-se ainda, que os agressores, em sua maioria, são homens do círculo familiar, e a residência segue como o principal local das ocorrências. Cabe ressaltar que o aumento estatístico para o ano de 2021 pode estar associado ao contexto da pandemia de COVID-19, quando o isolamento social, especialmente no ano de 2020, favoreceu o controle dos agressores e dificultou o ato da denúncia (Brasil, 2024).

Sob esse prisma, estudos do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2021) reforçam que o contexto pandêmico provocou mudanças significativas no cenário da violência contra crianças e adolescentes, ao limitar o acesso aos canais formais de denúncia e interromper o funcionamento regular de instituições da rede de proteção,

como escolas e delegacias. Nesse contexto, observou-se uma redução expressiva de 47% nos registros de estupro entre março e maio de 2020, período correspondente ao pico do isolamento social. No entanto, as mortes violentas intencionais aumentaram no mesmo intervalo, o que reforça a hipótese de que a queda dos registros não corresponde a uma redução real dos casos, mas sim ao silenciamento das vítimas e à fragilidade dos mecanismos de denúncia durante a crise sanitária.

Outro ponto a ser abordado refere-se ao perfil das vítimas de violência letal e sexual no Brasil, o qual evidencia profundas desigualdades relacionadas à raça, gênero e faixa etária. Entre 2016 e 2020, foram registradas quase 35 mil mortes violentas intencionais de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, sendo que a maioria das vítimas eram adolescentes negros do sexo masculino, com idade entre 15 e 19 anos. Por outro lado, crianças de 0 a 9 anos são majoritariamente vitimizadas no ambiente doméstico, onde se concentram casos de agressões físicas e, principalmente, de violência sexual. No período de 2017 e 2020, foram registrados mais de 179 mil casos de abuso sexual, sendo que aproximadamente um terço das vítimas tinha até 10 anos de idade, o que evidencia a elevada vulnerabilidade das crianças pequenas (UNICEF; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021).

Nota-se, ainda, que os adolescentes tendem a ser vítimas de violência letal em espaços públicos, em sua maioria associados à violência urbana, com destaque para o uso recorrente de armas de fogo. Já as crianças mais novas são predominantemente expostas à violência dentro de casa, muitas vezes praticada por pessoas do próprio círculo familiar. Essa diferenciação nos perfis de vitimização reforça a necessidade de políticas públicas específicas, que considerem tanto a faixa etária quanto os contextos em que ocorrem as violações de direitos (UNICEF; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021).

No contexto do estado do Maranhão, os dados apresentados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2024), referentes ao ano de 2023, evidenciam a persistência de práticas abusivas contra crianças e adolescentes, apesar dos esforços normativos e institucionais voltados à sua prevenção. No referido período, foram registrados 182 casos de maus-tratos envolvendo vítimas de 0 a 17 anos, correspondendo a uma taxa de 9,0 ocorrências por 100 mil habitantes nessa faixa etária, o que representa uma redução de 10,8% em relação ao ano anterior (204 casos). Ainda assim, tais indicadores devem ser analisados com cautela, considerando os elevados índices de subnotificação, as fragilidades existentes na rede de proteção e a carência de políticas públicas intersetoriais efetivas que assegurem a identificação precoce e a

interrupção dos ciclos de violência.

1.3 Contexto legal e normativo sobre proteção à infância

No enfrentamento à violência infantil, diversas legislações consolidaram-se como instrumentos fundamentais de proteção à criança no Brasil. A Constituição Federal de 1988 representou um marco nesse processo, ao reconhecer a criança como sujeito de direitos e estabelecer, em seu artigo 227, que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, protegendo-os contra toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 1988).

Nesse mesmo sentido, a Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989 e ratificada por 196 países, incluindo o Brasil, reforçou a necessidade de proteção integral às crianças e estabeleceu que os Estados devem tomar todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais apropriadas para proteger a criança contra “todas as formas de violência física ou mental, lesão ou abuso, negligência ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, inclusive abuso sexual” (Art. 19). Este tratado internacional constitui um dos principais pilares da proteção dos direitos da infância, servindo como referência para a formulação de legislações nacionais. No caso do Brasil, exerceu influência direta na elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), orientando seus princípios e diretrizes com base na doutrina da proteção integral (ONU, 1989).

A Lei nº 8.069/1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), prevê uma rede capaz de garantir proteção integral a crianças e adolescentes. No Art. 5º, é estabelecido que:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (Brasil, 1990).

Além disso, o Art. 13 do ECA impõe obrigatoriedade de comunicação de suspeitas ou confirmação de maus-tratos por parte de profissionais da saúde e educação. Esse dever é reforçado pelo Art. 245, que tipifica como infração administrativa a omissão injustificada dessa comunicação (Brasil, 1990).

No campo penal, o Código Penal Brasileiro também prevê a responsabilização daqueles que submetem crianças a situações de violência. O artigo 136 tipifica o crime de maus-tratos como a conduta de expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob autoridade, guarda ou vigilância, especialmente quando essa exposição se dá sob a justificativa de educação, ensino, tratamento ou custódia. As penas variam de dois meses a um ano de detenção ou multa, podendo ser agravadas para reclusão de um a quatro anos nos casos de lesão corporal grave, e de quatro a doze anos quando os maus-tratos resultarem na morte da vítima. Essa gradação evidencia o reconhecimento legal da gravidade dos maus-tratos, sobretudo quando dirigidos a sujeitos em condição peculiar de desenvolvimento, como as crianças (Brasil, 1940).

Em consonância com a obrigatoriedade da comunicação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos prevista no ECA, a Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001, do Ministério da Saúde, estabelece a obrigatoriedade da notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência contra menores de 18 anos atendidos em serviços de saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo tanto unidades públicas quanto estabelecimentos privados conveniados. Além disso, a normativa orienta sobre a importância do sigilo das informações, bem como da capacitação das equipes de saúde, recomendando que os profissionais estejam preparados para identificar e manejar casos de violência de forma ética e técnica (Brasil, 2001).

Nesse contexto de fortalecimento das políticas públicas voltadas à prevenção e ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, destaca-se também a promulgação da Lei nº 13.010/2014, conhecida como Lei Menino Bernardo ou Lei da Palmada, criada com o objetivo de assegurar o direito de crianças e adolescentes a uma educação livre de violência. A norma proíbe o uso de castigos físicos e de tratamentos cruéis ou degradantes, prevendo medidas protetivas e educativas aos responsáveis que pratiquem tais condutas. Para isso, alterou o ECA, inserindo o Art. 18-A, que garante o direito à educação sem violência; o Art. 18-B, que define castigo físico como o uso da força com finalidade disciplinar ou punitiva que resulte em sofrimento ou lesão, e tratamento cruel ou degradante como qualquer conduta que humilhe, ridicularize ou ameace gravemente a integridade da criança ou do adolescente; e o Art. 70-A, que estabelece diretrizes para a implementação de campanhas educativas e medidas preventivas voltadas à promoção de práticas de cuidado não violentas (Brasil, 2014).

Outro avanço normativo importante no Brasil foi a promulgação do Marco Legal da Primeira Infância pela Lei nº 13.257/2016, que define diretrizes para políticas públicas voltadas ao desenvolvimento integral de crianças de até seis anos. Assim, estabelece

que as ações voltadas à primeira infância devem priorizar o ambiente familiar seguro e livre de violência, e prevê a atuação articulada de setores como saúde, educação, assistência social e justiça. Desse modo, reforça a responsabilidade compartilhada do Estado, da sociedade e da família na garantia de direitos fundamentais desde os primeiros anos de vida, de modo a garantir a prevenção das diversas formas de violência que afetam a infância (Brasil, 2016).

A proteção da infância no sistema jurídico brasileiro tem sido ampliada por meio de marcos legais que reconhecem a vulnerabilidade peculiar da criança e sua condição de sujeito de direitos. Mais recentemente, a promulgação da Lei nº 14.344/2022, conhecida como Lei Henry Borel, inspirada em um caso emblemático de violência letal na primeira infância, insere mecanismos jurídicos similares aos previstos na Lei Maria da Penha, adaptando-os à proteção infantojuvenil. Entre suas principais disposições, estão a possibilidade de aplicação de medidas protetivas de urgência, como o afastamento do agressor do lar ou local de convivência com a vítima, a proibição de contato com a criança e seus familiares, e a priorização da escuta protegida no processo judicial (Brasil, 2022).

1.4 A rede de proteção à criança e ao adolescente

A rede de proteção à criança e ao adolescente é formada por um conjunto articulado de serviços, órgãos e instituições responsáveis por assegurar os direitos fundamentais previstos na legislação brasileira, especialmente no ECA. O Art. 131 desse estatuto define o Conselho Tutelar como órgão de base comunitária, autônomo e não vinculado ao Poder Judiciário, com atuação preventiva, protetiva e corretiva diante de ameaças ou violações de direitos. Também compõem essa rede o Ministério Público (MP), encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, por meio de medidas judiciais e extrajudiciais, incluindo a proposição de ações protetivas e de responsabilização criminal em casos graves de maus-tratos; e o Poder Judiciário, responsável por decisões relacionadas à perda do poder familiar, acolhimento institucional, guarda, adoção e aplicação de medidas socioeducativas a adolescentes autores de ato infracional (Brasil, 1990).

O Conselho Tutelar configura-se como uma das principais engrenagens da rede de proteção à infância e adolescência no Brasil. Em 2024, aproximadamente 30 mil conselheiros tutelares tomaram posse em mais de 5,5 mil municípios brasileiros,

resultado de um processo eleitoral que contou com a maior participação social da história, com mais de 2,3 milhões de eleitores em todo o país (Brasil, 2024).

A atuação desses órgãos é orientada pelas diretrizes do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), que estabelece como fundamentais a garantia de estrutura física adequada, equipe de apoio, formação continuada e autonomia de atuação dos conselheiros, a fim de assegurar a eficácia e a capilaridade de suas intervenções na proteção dos direitos infantojuvenis (Brasil, 2010).

Apesar de sua reconhecida importância institucional no sistema de garantia de direitos, os Conselhos Tutelares enfrentam diversos desafios que comprometem a efetividade das políticas públicas voltadas à infância. Como apontam Pase *et al.* (2020), o Conselho Tutelar possui uma potencialidade central na proteção de crianças e adolescentes, especialmente nos casos em que há ausência ou omissão dos responsáveis legais. No entanto, sua atuação ainda é limitada por fatores como a fragmentação da rede de proteção, a predominância de uma postura reativa, pautada principalmente por denúncias, e a carência de condições estruturais que possibilitem o desenvolvimento de ações preventivas e contínuas.

Além disso, a insuficiência de recursos humanos qualificados representa um desafio significativo para muitos Conselhos Tutelares. A falta de conselheiros capacitados e o número reduzido de profissionais para atender uma demanda crescente resultam em sobrecarga de trabalho, prejudicando a capacidade desses órgãos de acompanhar adequadamente os casos, realizar visitas domiciliares, promover ações preventivas e intervir prontamente em situações de violação de direitos (Oliveira; Medeiros; Zenardi, 2023).

Outro fator que limita consideravelmente a atuação dos Conselhos Tutelares é a violência intrafamiliar, de modo que, muitas vezes, os casos deixam de ser notificados, o que impede que os conselheiros tomem conhecimento das situações de violação de direitos. A família, que deveria ser o espaço primário de proteção, pode tornar-se o agente de violação, recorrendo a ameaças físicas e psicológicas para silenciar as vítimas e impedir qualquer forma de intervenção externa. Ainda, é comum a propagação de uma visão distorcida sobre a função do Conselho Tutelar, equivocadamente associado à punição dos pais e à retirada compulsória das crianças do convívio familiar. Essa falsa concepção reforça o medo e o silêncio no interior das famílias, dificultando ainda mais a atuação dos conselheiros e o encaminhamento adequado das situações à rede de proteção (Fraga, 2024) (Prandi *et al.*, 2020).

A família é um importante componente da rede de apoio à criança e ao

adolescente, atuando não apenas como espaço de convivência, mas como instância potencial de proteção, cuidado e vínculo afetivo. No entanto, é comum que a própria família seja responsabilizada de forma isolada pelas situações de negligência, desconsiderando-se os fatores estruturais que influenciam sua capacidade de cuidado, como a pobreza, o abandono estatal e a falta de acesso a serviços públicos essenciais (Sabino *et al.*, 2024).

Soma-se a isso a ausência de uma articulação funcional entre os diversos órgãos da rede, marcada pelo desconhecimento generalizado das atribuições do Conselho Tutelar o qual atinge a sociedade, os profissionais da rede de proteção e até os próprios conselheiros. Por consequência, essa desinformação compromete a cooperação intersetorial e favorece a propagação de concepções equivocadas, simbolizada por expressões como “polícia das crianças”. Desse modo, para que o Conselho Tutelar possa efetivamente cumprir seu papel de defesa dos direitos infantojuvenis, torna-se imprescindível o fortalecimento da rede por meio da definição clara de competências, fluxos de atuação e estratégias integradas de trabalho (Prandi *et al.*, 2020).

Além do Conselho Tutelar, a rede de proteção à infância no Brasil conta com outros mecanismos e serviços essenciais, como o Disque 100, também conhecido como Disque Direitos Humanos. Trata-se de um serviço de utilidade pública do Governo Federal, criado com o objetivo de receber e encaminhar denúncias de violações de direitos humanos. O canal teve origem em 1997, a partir de iniciativas de organizações da sociedade civil voltadas ao enfrentamento da exploração sexual de crianças e adolescentes, sendo posteriormente institucionalizado pelo Estado brasileiro em 2003, quando passou a integrar oficialmente a política nacional de direitos humanos (Ministério Público do Paraná, 2024).

Atualmente, esse atendimento é coordenado pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, conforme previsto no Decreto nº 10.174, de 13 de dezembro de 2019. O serviço funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo feriados. As denúncias podem ser feitas gratuitamente por telefone (discando 100), além de estarem disponíveis outros canais, como site, e-mail e WhatsApp, garantindo acessibilidade e sigilo ao denunciante. Após o registro, as denúncias são analisadas e encaminhadas aos órgãos competentes, como Conselhos Tutelares, Ministério Público e Defensorias Públicas, para as providências cabíveis (Brasil, 2023).

O Disque 100 abrange denúncias envolvendo diversos grupos em situação de vulnerabilidade, com destaque para crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas

com deficiência, população em situação de rua e vítimas de violência institucional. No ano de 2024, o serviço recebeu 657.200 denúncias, representando um aumento de 22,6% em relação a 2023 (Brasil, 2025).

Cabe destacar ainda a atuação das Delegacias de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA). Tratam-se de unidades especializadas da Polícia Civil que integram formalmente o Sistema de Garantia dos Direitos previsto na Lei nº 13.431/2017. Essas delegacias são responsáveis por receber denúncias de violência física, psicológica, sexual, abandono e negligência, instaurar inquéritos e conduzir a investigação criminal dos casos. A DPCA desempenha também função articuladora, encaminhando os casos apurados ao Conselho Tutelar, ao Ministério Público e aos serviços de saúde e assistência social (Brasil, 2017).

De modo complementar às instâncias investigativas e jurídicas, os profissionais da educação e da saúde desempenham um papel central na detecção precoce de maus-tratos em crianças e adolescentes, atuando como agentes da rede de apoio. A atuação de profissionais capacitados e sensibilizados para identificar e intervir em situações de violência contra crianças e adolescentes é fundamental para assegurar sua proteção integral e reduzir o sofrimento decorrente dessas vivências (Silva; Camargo, 2023).

No contexto da atual política de saúde, destaca-se o papel estratégico das equipes da atenção primária, que, por estarem territorialmente próximas das famílias e envolverem-se em ações de cuidado individual e coletivo, têm maior possibilidade de reconhecer sinais de violência. Isso se dá por meio do acolhimento, diagnóstico, tratamento, notificação dos casos e encaminhamento adequado às redes de cuidado e proteção social (Egry; Apostolico; Moraes, 2018).

1.5 O papel do cirurgião dentista

O cirurgião-dentista (CD) ocupa uma posição privilegiada na rede de proteção à infância, especialmente por atuar diretamente sobre regiões anatômicas frequentemente acometidas por agressões físicas, como a cabeça, a face e a cavidade bucal o que confere ao CD uma função estratégica na identificação precoce de situações de violência contra crianças e adolescentes (Silva; Santos; Figueiredo, 2021).

Entre as manifestações clínicas mais recorrentes nos casos de abuso físico encontram-se equimoses, lacerações nos freios labiais, fraturas dentárias, lesões na mucosa oral e hematomas nos lábios, muitas vezes associadas a justificativas

inconsistentes por parte dos responsáveis. Já nos casos de abuso sexual, podem ser observados sinais como petéquias no palato, eritemas, vesículas, lesões sugestivas de doenças sexualmente transmissíveis e marcas de mordida (Lira; Sousa; Antunes, 2022).

Além disso, a negligência odontológica é uma das formas de maus-tratos infantis menos perceptíveis, mas que podem comprometer significativamente a saúde bucal e geral da criança. De acordo com a definição da *American Academy of Pediatric Dentistry*, citada por Blakley e Brown (2019), ela ocorre quando pais ou responsáveis deixam de buscar ou seguir tratamentos necessários para manter um nível básico de saúde bucal, o qual assegure funções essenciais e previna dor e infecções. Esse tipo de omissão, quando deliberada, deve ser entendido como uma forma de abuso e requer atenção por parte dos profissionais da Odontologia.

Ainda assim, em casos de negligência odontológica, é importante que o CD e sua equipe saibam diferenciar entre a falta de conhecimento dos pais ou responsável sobre as necessidades de atendimento odontológico de uma criança, daqueles que tiveram informações prévias e ainda assim não agiram de acordo com as recomendações (Blakley; Brown, 2019).

Para que essa conduta seja adotada de forma responsável e eficaz, é imprescindível que os CDs realizem uma anamnese minuciosa, observem com rigor os achados clínicos intra e extraorais e estejam preparados para lidar com a complexidade emocional desses casos. A realização de exames detalhados, acompanhada do registro fotográfico e da documentação em prontuário, são práticas recomendadas para fortalecer a credibilidade do diagnóstico e fornecer subsídios para a atuação das autoridades competentes (Lira; Sousa; Antunes, 2022; Silva et al., 2021; CEO, 2012).

O Código de Ética Odontológica (CEO), 2012, aprovado pela Resolução CFO nº 118/2012, estabelece princípios fundamentais que orientam a conduta dos profissionais da Odontologia, entre eles o compromisso com a proteção da saúde, da dignidade e da vida dos pacientes. O artigo 9º, inciso VII, reforça esse compromisso ao afirmar que é dever do cirurgião-dentista: "zelar pela saúde e dignidade do paciente". Dessa forma, quando o CD deixa de comunicar suspeitas de maus-tratos, ou violência identificadas durante a prática profissional, infringe não apenas normas legais, mas também comete uma infração ética, passível de sanções disciplinares no âmbito do Conselho Regional de Odontologia.

Contudo, ainda que o CD exerça sua profissão em espaço propício a diagnóstico de maus-tratos, a notificação não ocorre por conta de algumas barreiras: desconfiança no

diagnóstico assertivo, medo de se envolver e de questionar pais ou responsáveis, medo de perder o paciente, desconhecimento da temática, insegurança acerca do manejo da situação (Junior *et al.*, 2015).

Sob essa perspectiva, é importante que o CD atue com ética e preparo técnico, o que depende de uma formação acadêmica que aborde os maus-tratos infantis de forma clara e prática (Nunes *et al.*, 2021).

1.6 Ato Notificatório: desafios e obstáculos

A Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, do Ministério da Saúde, dispõe sobre a notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovocada em todo o território nacional, no âmbito dos serviços públicos e privados de saúde. Essa norma determina que todos os profissionais de saúde, independentemente do vínculo empregatício ou da esfera de atuação (pública ou privada), são obrigados a notificar casos suspeitos ou confirmados de violência, incluindo maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais e negligência, especialmente quando envolvem crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas e pessoas com deficiência (Brasil, 2014).

Além disso, na mesma portaria é estabelecido que as notificações devem ser registradas por meio da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada e inseridas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que centraliza os dados para análise epidemiológica. Ademais, determina-se que a notificação deve ocorrer em até 24 horas após o atendimento, garantindo resposta rápida por parte dos órgãos de proteção (Brasil, 2014).

Cabe ressaltar, que a obrigatoriedade de notificar casos de violência contra crianças e adolescentes apresenta duas vias legais distintas e complementares: a notificação compulsória, prevista na Portaria nº 1.271/2014 do Ministério da Saúde, e a comunicação obrigatória disposta no ECA. A primeira visa alimentar o SINAN com o intuito de subsidiar ações de vigilância epidemiológica e formulação de políticas públicas, enquanto a comunicação obrigatória tem como foco acionar imediatamente os mecanismos de proteção social, como o Conselho Tutelar, diante de suspeitas ou confirmações de maus-tratos (Brasil, 1990; Brasil, 2025).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2024), ao longo de 2023, apresentou-se uma média de 196 notificações diárias, em combate à violência física contra crianças e adolescentes, nas unidades de saúde em todo o Brasil. Entretanto,

esse número está longe de refletir a realidade enfrentada por milhares de vítimas, visto que os registros oficiais representam apenas uma pequena fração dos casos reais, devido à elevada subnotificação.

Segundo o estudo de Martins Júnior *et al.* (2017), no campo da saúde a categoria dos médicos é a que mais denuncia, em contrapartida, o cirurgião-dentista o que menos realiza a denúncia. Além disso, aponta que 40,7% dos dentistas já presenciaram algum caso de maus-tratos, porém, apenas 7,4% realizaram a denúncia. Entre as justificativas para não a realizar, 72,6% dos profissionais entrevistados na pesquisa, relataram a falta de informação, o medo de se envolver no caso e a falta de discussão desse tema na sua formação acadêmica.

Diante do exposto, torna-se relevante refletir sobre os limites e obstáculos que cercam o processo de notificação dos maus-tratos infantis, especialmente no campo da odontologia. Portanto, esse estudo objetiva revisar a literatura acerca das fragilidades do processo de notificação de maus-tratos infantis.

2 ARTIGO CIENTÍFICO

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

Fragilidades no Processo de Notificação de Maus-Tratos Infantis: Uma Revisão de Literatura

Weaknesses in the Child Abuse Notification Process: A Literature Review

Luis Guilherme Galvão Viana¹, Pierre Adriano Moreno Neves²

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: Este estudo teve como objetivo revisar a literatura científica sobre as principais fragilidades e barreiras enfrentadas no processo de notificação de maus-tratos infantis nos serviços de saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, elaborada com base nas diretrizes do PRISMA-ScR e estruturada segundo o modelo PCC (População, Conceito e Contexto). A busca foi realizada nas bases PubMed, SciELO, LILACS e Periódicos CAPES, utilizando descritores controlados e operadores booleanos. Foram incluídos artigos publicados no período de 2015 – 2025, resultando em uma amostra final de 14 estudos. **Resultados:** Os achados revelaram que os principais entraves enfrentados pelos profissionais de saúde incluem insegurança quanto ao diagnóstico, medo de retaliações, receio de rompimento do vínculo com os pacientes, ausência de protocolos institucionais claros, desconhecimento sobre os fluxos da rede de proteção e lacunas na formação acadêmica. Também foram evidenciadas fragilidades na articulação entre os serviços da rede, com destaque para a falta de devolutiva das notificações e a sobrecarga dos Conselhos Tutelares. **Conclusão:** Conclui-se que o processo de notificação ainda apresenta limitações significativas, tanto de ordem técnica quanto estrutural e subjetiva, que comprometem sua efetividade. A superação desses desafios requer estratégias intersetoriais que envolvam capacitação contínua dos

profissionais, definição de fluxos padronizados de atendimento, fortalecimento da rede de proteção e suporte institucional para garantir segurança e respaldo ético e legal ao profissional notificante.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis. Notificação de abuso. Serviços de saúde. Odontólogos. Serviços de Proteção Infantil.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to review the scientific literature on the main weaknesses and barriers faced in the process of reporting child abuse in health services. **Methodology:** This is an integrative literature review, prepared based on the PRISMA-ScR guidelines and structured according to the PCC (Population, Concept, and Context) model. The search was conducted in the PubMed, SciELO, LILACS, and CAPES Journals databases, using controlled descriptors and Boolean operators. Articles published between 2015 and 2025 were included, resulting in a final sample of 14 studies. **Results:** The findings revealed that the main obstacles faced by health professionals include insecurity regarding the diagnosis, fear of retaliation, fear of breaking the bond with patients, lack of clear institutional protocols, lack of knowledge about the flows of the protection network, and gaps in academic training. Weaknesses in the articulation between the network services were also highlighted, with emphasis on the lack of feedback on reports and the overload of the Guardianship Councils. **Conclusion:** It is concluded that the notification process still has significant limitations, both technical and structural, and subjective, which compromise its effectiveness. Overcoming these challenges requires intersectoral strategies that involve continuous training of professionals, definition of standardized service flows, strengthening of the protection network, and institutional support to ensure safety and ethical and legal support for the notifying professional.

Keywords: Child Abuse. Mandatory Reporting. Health Services. Dentists. Child Protective Services.

1 INTRODUÇÃO

Os maus-tratos infantis constituem uma problemática recorrente em diversos setores da sociedade, caracterizando-se pelo uso de força ou poder por parte dos pais ou responsáveis sobre a criança. Essa forma de violência está diretamente relacionada à limitada capacidade de

defesa e à elevada dependência emocional das crianças e adolescentes em relação aos adultos, acentuando ainda mais sua condição de vulnerabilidade. [1].

No Brasil, o combate à violência infantil ganhou impulso em 1990, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que reconhece a vulnerabilidade desse grupo e o estabelece como prioridade absoluta, prevendo a criação de uma rede articulada para assegurar sua proteção integral. Adicionalmente, o Art. 13 do estatuto, determina a obrigatoriedade da notificação por parte dos profissionais da saúde e da educação, em comunicação conjunta com o conselho tutelar, em casos de confirmação ou suspeita de maus-tratos [2].

A notificação representa uma etapa essencial no enfrentamento da violência infantil, pois é a partir dela que se articulam ações da rede de atenção e proteção, voltadas à promoção da saúde, prevenção de novas ocorrências e à construção de um cuidado contínuo para as vítimas. Além de seu caráter protetivo imediato, a notificação também contribui para a geração de dados que subsidiam decisões estratégicas no planejamento e aprimoramento das políticas públicas em nível local e nacional [3]. Nesse contexto, o Disque 100 atua como um canal essencial na defesa dos direitos humanos de crianças e adolescentes, oferecendo orientação à população sobre o funcionamento da rede de proteção, acolhendo denúncias de violência e contribuindo tanto para a aplicação de medidas protetivas quanto para a responsabilização dos agressores [4].

Dentro dessa temática, o Código de Ética Odontológico estabelece, no Art. 9º, inciso VII, como dever do cirurgião-dentista zelar pela saúde e dignidade do paciente, sendo considerado o não cumprimento uma infração ética [5]. Entretanto, apesar do dever ético e legal da notificação, é comum a omissão do ato notificador por parte dos profissionais da saúde que, por consequência, dificulta a aplicação da legislação e, assim, perpetua a posição de vulnerabilidade das crianças [6].

Ademais, a notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes no Brasil enfrenta diversos obstáculos como as incertezas dos profissionais da saúde quanto à identificação e diagnóstico da violência, inseguranças relacionadas ao sigilo profissional e receio de envolvimento com questões legais. Somam-se a esses, o medo de sofrer represálias, a falta de credibilidade nos serviços de proteção e a descrença na responsabilização dos agressores, que contribuem significativamente para a subnotificação dos casos [4].

O entendimento das agressões e do ato notificador encontra-se em evolução entre os profissionais da área da saúde, visto que se trata de um processo multidisciplinar em que se combina o correto diagnóstico e a notificação aos órgãos competentes. Portanto, a capacitação

e sensibilização desses profissionais faz-se imprescindível, de modo que sejam capazes de intervir em situações de violência e, assim, assegurar proteção integral a [1, 7].

É fundamental que, desde a graduação, os acadêmicos sejam preparados para identificar situações de maus-tratos infantis. A insegurança em relação ao diagnóstico está frequentemente associada ao tratamento superficial do tema nos cursos de graduação, o que reforça a importância de incluir conteúdos mais específicos e aprofundados sobre violência infantil nos projetos pedagógicos dos cursos de Odontologia [8].

Ressalta-se que o enfrentamento da violência infantil exige não apenas preparo técnico, mas também o fortalecimento da responsabilidade ética e legal dos profissionais, sendo essencial que a atuação na rede de atenção combine conhecimentos técnicos e saberes sociais, promovendo a integração interinstitucional entre os serviços de saúde e a rede de proteção [1].

A complexidade da rede de proteção, e as dificuldades elencadas frente ao ato notificador revelam um cenário desafiador. Sob essa conjuntura, o presente artigo tem como objetivo descrever as principais fragilidades e barreiras enfrentadas no processo de notificação de maus-tratos infantis nos serviços de saúde por meio de uma revisão de literatura.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, guiada pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Re-views and Meta-Analyses Extension for Scoping Re-views Checklist* (PRISMA-ScR) [9]. Para a formulação da pergunta de pesquisa, foi utilizado o mnemônico PCC (População, Conceito, Contexto), conforme recomendado pelo *Joanna Briggs Institute* [10]. Nesse modelo, a população corresponde às crianças vítimas de maus-tratos, o conceito refere-se às fragilidades e barreiras enfrentadas no processo de notificação, e o contexto abrange os serviços de saúde. Com base nesses elementos, a seguinte pergunta norteadora foi elaborada: quais são as principais fragilidades e barreiras enfrentadas no processo de notificação de maus-tratos infantis nos serviços de saúde?

Para cada item do mnemônico foram definidos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles: (P) Criança; Adolescente; Pessoal de Saúde; (C) Maus-tratos infantis; Notificação de Doença; Notificação de Abuso; (C) Defesa da criança e do adolescente; Serviços de Saúde da Criança; Serviço de Saúde Bucal.

Para as estratégias de busca cruzou-se os descritores e os operadores booleanos AND e OR da seguinte forma: Criança OR Adolescente OR Pessoal de Saúde AND Maus-tratos

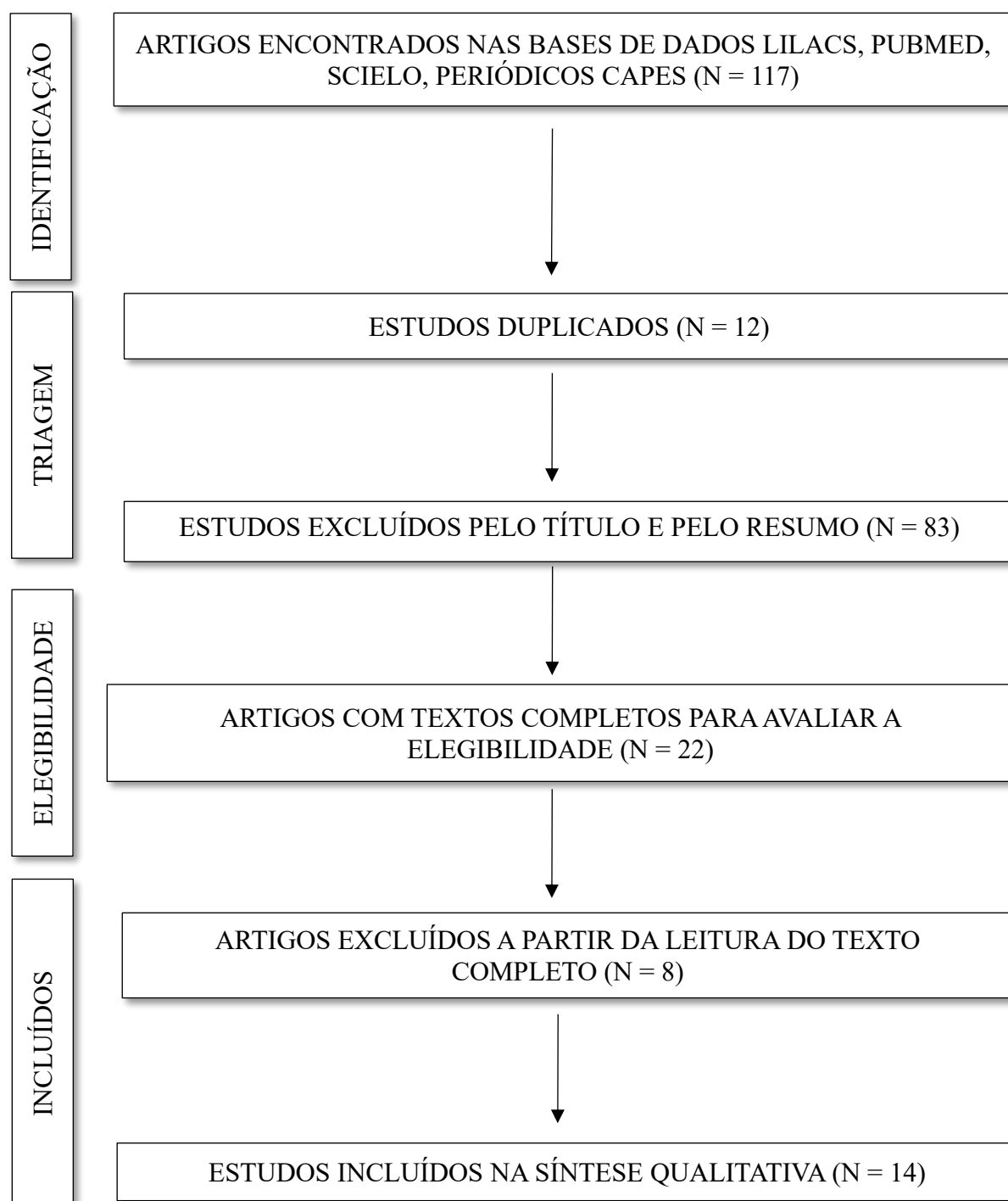
infantis OR Notificação de Doença OR Notificação de Abuso AND Defesa da criança e do adolescente OR Serviço de Saúde da Criança OR Serviço de Saúde Bucal.

A combinação dos descritores foi aplicada nas bases de dados PubMed, SciELO, LILACS, e no Portal de Periódicos da CAPES. Os resultados das buscas foram exportados e organizados no software gerenciador de dados Rayyan©, onde as publicações foram triadas e classificadas nas categorias: “incluídas”, “talvez” ou “excluídas”.

Os critérios de inclusão delineados foram: estudos publicados nos últimos dez anos, em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Como critérios de exclusão, foram considerados: estudos duplicados, artigos que não possibilitaram acesso ao texto completo, e publicações que, embora contivessem os descritores, não abordavam diretamente o tema proposto.

Após a busca nas bases de dados mencionadas, os estudos identificados passaram por uma triagem. Inicialmente, foram eliminados os registros duplicados; em seguida, os trabalhos foram avaliados por meio da leitura dos títulos e resumos, sendo excluídos aqueles que não atendiam aos objetivos da pesquisa. Posteriormente, procedeu-se à leitura na íntegra dos artigos restantes, resultando em uma amostra final de 14 estudos, selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. A Figura 1 a seguir ilustra o processo de seleção e análise dos estudos incluídos.

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



Fonte: Autores, 2025

A análise dos estudos selecionados foi realizada por meio de leitura exploratória e analítica dos textos completos, permitindo a extração e síntese dos principais achados. Os dados foram organizados em uma tabela-síntese contendo informações como: autor, ano, país de publicação, tipo de estudo, objetivos, principais resultados (Tabela 1).

3 RESULTADOS

Considerando os 14 estudos selecionados, foram catalogadas as variáveis: local do estudo, ano de publicação, base de dados. Em relação à distribuição geográfica, 80% dos estudos foram realizados na América do Sul, sendo 10 no Brasil e 1 na Colômbia; 15% na Europa, com dois estudos provenientes da Noruega; e 5% na América do Norte, com um estudo conduzido nos Estados Unidos. Quanto ao critério temporal, todos os artigos foram publicados nos últimos dez anos, com destaque para os anos de 2021, 2016 e 2015, que concentraram a maior parte das publicações (21,4% cada). Os demais anos — 2024, 2020, 2019, 2018 e 2017 — corresponderam a 7,1% cada do total de estudos. Quanto à base de dados, 70% dos estudos foram encontrados na LILACS, 20% no PubMed, 7% na SciELO e nenhum proveniente do Periódicos CAPES.

Quanto aos achados científicos provenientes dos artigos incluídos na revisão, a tabela 1 apresenta uma síntese contendo autor, país de publicação, título, tipo de estudo, objetivos e os principais resultados identificados em cada publicação.

Tabela 1 – Síntese dos estudos incluídos na revisão

Autor	Título	Tipo de estudo	Objetivos	Resultados
Galindo <i>et al.</i> , 2017	A violência infantil e juvenil sob a ótica da enfermagem.	Descritivo e exploratório de abordagem qualitativa.	Analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre os tipos de violência infantojuvenil, identificando as condutas, as dificuldades e as possíveis ações de prevenção e promoção da saúde.	Os enfermeiros não se sentem capacitados para lidar com a violência, e ainda há uma grande resistência desses profissionais em realizar a notificação, principalmente por receio de sofrer represálias.
Ribeiro; Fernandes; Melo, 2021	Rede de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência na visão dos profissionais.	Descritivo, de abordagem qualitativa	Analisar o conhecimento dos profissionais da rede de proteção sobre crianças e adolescentes em situação de violência e a funcionalidade, desdobramentos e desfechos dessa rede.	Os profissionais conhecem a violência contra crianças e adolescentes e alguns aspectos da rede de proteção, como serviços, conceitos e desfechos, mas desconhecem os protocolos e fluxos dos serviços dentro dessa rede.
Lima; Deslandes, 2015	Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil	Exploratório, pesquisa de natureza qualitativa	Analisar o processo de implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro.	A gestão em saúde ainda enfrenta obstáculos para incorporar permanentemente o tema da violência na agenda das políticas públicas, apesar dos esforços em capacitar profissionais e articular ações com a rede intra e intersetorial.
Morais; Sales; Rodrigues, 2015	Limites e possibilidades no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes	Qualitativo	Analisar os fatores que interferem no trabalho da rede profissional de atenção à criança e ao adolescente em situação de violência.	Inadequação estrutural dos serviços, insuficiência e ausência de capacitação profissional, falta de investimento na gestão pública, motivação da equipe em proporcionar ambiente acolhedor; envolvimento emocional dos profissionais, medo de represálias.

Burgette; Sadaloo; Nostrand, 2020	Child dental neglect laws: Specifications and repercussions for dentists in 51 jurisdictions	Busca sistemática, estudo qualitativo	Realizar uma comparação interjurisdicional de estatutos e regulamentos relativos à notificação de negligência odontológica infantil por dentistas.	Todas as jurisdições possuem leis de negligência infantil; no entanto, apenas oito especificam a não procura por tratamento odontológico como negligência infantil e nenhuma adota a definição da Academia Americana de Odontopediatria (AAPD).
Campoamor; Martinez; Santos, 2024	Fluxo da violência contra crianças e adolescentes na Rede de Atenção à Saúde: desafios e necessidades	Carta ao leitor	O artigo não apresenta objetivos de pesquisa formais, pois é uma carta ao editor que discute e analisa o fluxo da violência contra crianças e adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. Ele busca levantar desafios e necessidades nesse processo.	Apesar da legislação vigente, a notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes é frequentemente negligenciada em escolas e unidades de saúde, resultando em subnotificações. É necessária a reformulação de políticas públicas, melhor capacitação profissional, integração dos sistemas de informação e maior compromisso da sociedade, poder público e comunidade científica na abordagem do problema.
Brattabø et al., 2016	Experience with suspecting child maltreatment in the Norwegian public dental health services, a national survey	Qualitativo e quantitativo com utilização de questionário eletrônico	Avaliar a frequência de denúncias e omissões por parte dos profissionais da odontologia aos centros de bem-estar infantil e se essas frequências variavam de acordo com características pessoais, organizacionais e externas.	A maioria 60,0% dos participantes relatou ter enviado relatos de preocupação ao longo de sua carreira, 32,6% suspeitaram de maus-tratos infantis, mas não o denunciaram durante a sua carreira e 42,5% enviaram relatórios durante o período de três anos de 2012 a 2014.
Calza; Dell'Aglio; Sarriera, 2016	Direitos da criança e do adolescente e maus-tratos: epidemiologia e notificação	Qualitativo	Discutir criticamente estudos brasileiros sobre a temática dos maus-tratos.	Os resultados evidenciam o despreparo de profissionais, receios de retaliação e desconhecimento do processo de notificação.
Colomé; Lima; Zappe, 2021	Condução de um caso de violência contra a criança: relato de experiência	Relato de experiência	Descrever e analisar a condução de um caso de violação dos direitos da criança no contexto de um serviço de saúde mental infantojuvenil.	Os resultados mostraram divergências entre profissionais quanto à criação de uma linguagem comum e de estratégias conjuntas de notificação e enfrentamento da violência, especialmente em

				relação ao sigilo e à proteção do paciente. Além da necessidade de abordar essas questões na formação inicial e continuada dos profissionais, visando um enfrentamento mais eficaz das violações de direitos de crianças e adolescentes.
Brattabø <i>et al.</i> , 2018	Reasons for reported suspicion of child maltreatment and responses from the child welfare - a cross-sectional study of Norwegian public dental health personnel	Transversal	Explorar os motivos pelos quais os profissionais de odontologia enviam relatos de preocupação; examinar como respondem aos relatos.	O profissional de odontologia relata diversas formas de maus-tratos infantis e contribui na detecção de crianças vitimizadas.
Silva <i>et al.</i> , 2021	Abordagem da violência infantil na estratégia saúde da família: fatores intervenientes e estratégias de enfrentamento	Qualitativo	Identificar, na percepção de enfermeiros, os fatores intervenientes e as estratégias empregadas para a abordagem da violência infantil na Estratégia Saúde da Família.	Os enfermeiros revelaram inabilidade para lidar com situações de violência infantil.
Ferraz; Wünsch, 2016	A violência contra crianças e adolescentes e a notificação compulsória, no âmbito da saúde, como mecanismo de proteção social	Qualitativo	O papel do Sistema Nacional de Informações aos Agravos de Notificação como um instrumento criado no âmbito da Política de Saúde.	Os resultados apresentam o total de casos registrados no período do estudo, destacando a natureza da violência, o perfil das vítimas (crianças e adolescentes), as unidades de saúde responsáveis pelas notificações e os encaminhamentos realizados à rede de proteção social.
Silva <i>et al.</i> , 2019	(In) visibility of notifications of	Exploratório, descritivo, com	Conhecer a percepção de profissionais de saúde, educação e assistência social sobre os registros e notificações de	A análise evidenciou que o ato de registrar e notificar a violência contra crianças e adolescentes ainda

	violence against children and adolescents registered in a municipality in southern Brazil	abordagem qualitativa		violência contra crianças e adolescentes, realizado em um município do sul do Brasil.	não é uma prática rotineira para os profissionais de saúde.
Silva <i>et al.</i> , 2015	Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil	Revisão de literatura	de	Analisar as produções científicas acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes notificadas por profissionais de saúde.	Inúmeros problemas são detectados na literatura acerca do tema notificação da violência. A maioria está direcionada ao relato dos profissionais em relação às dificuldades enfrentadas para proceder à notificação e aos motivos apresentados pelos profissionais de saúde para não notificar os casos de violência.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025

4 DISCUSSÃO

A análise dos estudos incluídos nesta revisão de literatura evidenciou que, apesar dos avanços normativos e da existência de uma rede de proteção legalmente constituída, persistem fragilidades significativas no processo de notificação de maus-tratos infantis. Entre os principais entraves, destacam-se fatores emocionais e estruturais que impactam diretamente a conduta dos profissionais, como sentimentos de incerteza, medo de represálias, insegurança diante da confirmação diagnóstica e desconhecimento sobre os mecanismos legais de proteção ao denunciante [11].

A persistência de sentimentos como medo de represálias, receio de rompimento do vínculo terapêutico e insegurança diante da exposição do caso demonstram não apenas barreiras individuais, mas também um reflexo direto da fragilidade estrutural dos serviços e da ausência de suporte institucional aos profissionais. Em um relato de experiência [12], os autores evidenciam que, diante dessa situação, alguns profissionais optam pela transparência com os envolvidos, explicando a obrigatoriedade legal da denúncia e os limites éticos do sigilo. Por outro lado, há aqueles que preferem não comunicar diretamente a notificação ao Conselho Tutelar, com o intuito de preservar o vínculo terapêutico e evitar o abandono do acompanhamento por parte da família. Esse impasse revela um conflito ético recorrente nos serviços de saúde, em que o medo de provocar rupturas na relação profissional-usuário, somado à insegurança quanto às implicações da denúncia e a falta de protocolos claros, acabam por funcionar como um entrave à efetivação do ato notificatório.

A forma como o ato de notificar é culturalmente compreendido exerce forte influência sobre a conduta dos profissionais. Muitas vezes, a notificação é equivocadamente associada à punição, julgamento ou penalização da família, e não como uma medida de proteção e cuidado. Esse entendimento distorcido tende a gerar resistência, tanto por parte dos profissionais quanto das famílias, e favorece a ocultação dos casos de violência por parte dos agressores, que agem para evitar consequências legais. Para romper com essa abordagem punitiva, faz-se essencial que a notificação ao Conselho Tutelar seja conduzida de forma sensível e acolhedora, de modo que a criança, o adolescente e seus responsáveis se sintam protegidos e amparados, e não julgados ou criminalizados [12, 13].

Agravando esse cenário, destaca-se ainda a falta de apoio institucional e de mecanismos que garantam a segurança dos profissionais, o que intensifica o sentimento de medo diante da possibilidade de represálias por parte dos agressores ou de seus familiares [14].

A literatura demonstra que a lacuna formativa em relação à violência infantil é um fator estrutural que compromete a resposta dos serviços de saúde. A ausência de conteúdo aprofundado nos currículos, aliada à falta de treinamento contínuo, resulta em condutas hesitantes, subnotificação e encaminhamentos ineficazes. Mesmo entre profissionais experientes, a dúvida sobre como conduzir adequadamente uma suspeita de violência é recorrente, sendo comum a percepção equivocada de que a notificação só deve ocorrer mediante confirmação dos fatos.

Em estudo conduzido com enfermeiros [15], constatou-se que apenas 38,9% dos participantes reconheceram a obrigatoriedade da notificação com base na suspeita de maus-tratos, o que revela uma compreensão ainda insuficiente dos fundamentos legais e éticos que embasam esse procedimento. Essa lacuna formativa é reforçada por outro estudo da área da enfermagem [16], que destaca a persistência de dificuldades entre os profissionais no que diz respeito à identificação e condução adequada de casos de violência infantil.

No entanto, o desconhecimento sobre o processo notificador não se restringe à enfermagem. Como discutido por alguns autores, ao citarem os achados de um estudo elaborado com profissionais da saúde, 83% dos profissionais entrevistados, entre cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros, afirmaram não saber como documentar formalmente um caso de violência contra crianças, evidenciando uma deficiência generalizada no preparo técnico e ético desses profissionais [17,18].

Tal desconhecimento técnico-científico compromete a atuação integrada dos serviços de saúde na rede de proteção, uma vez que muitos profissionais sequer reconhecem seu papel dentro dessa estrutura, o que contribui para condutas omissas e favorece a perpetuação do ciclo de violência [19].

A fragilidade no reconhecimento do papel dos profissionais de saúde na rede de proteção também alcança a odontologia. Um estudo [20], que analisou legislações de 51 jurisdições norte-americanas, identificou que apenas oito mencionam expressamente o termo “negligência odontológica” no seu texto. A ausência dessa terminologia nas demais jurisdições gera insegurança quanto ao dever de notificação por parte dos cirurgiões-dentistas, além de evidenciar um descompasso entre a legislação vigente e o entendimento técnico da área como demonstra a definição da Academia Americana de Odontopediatria, que entende negligência odontológica como a recusa deliberada, mesmo diante do acesso ao cuidado, em buscar ou manter o tratamento necessário para garantir à criança uma condição bucal funcional e livre de dor e infecção.

Ainda com base na literatura internacional, estudos realizados nos serviços públicos de saúde bucal da Noruega evidenciam que os profissionais da odontologia têm um papel relevante na identificação precoce de casos de maus-tratos infantis. Essa identificação costuma ocorrer por meio da observação de sinais clínicos e comportamentais, como faltas frequentes às consultas, presença de cáries extensas, má higiene bucal e lesões orais. No entanto, os dados indicam que aproximadamente um terço dos casos suspeitos não chega a ser notificado. A decisão de notificar está frequentemente influenciada por fatores subjetivos, incluindo a insegurança quanto ao diagnóstico, experiências profissionais anteriores, características do município onde se atua e o tempo de exercício na profissão. Observou-se, ainda, que profissionais com menos de 40 anos de idade apresentaram maior propensão à notificação, possivelmente devido à abordagem mais intensa do tema dos maus-tratos infantis nas instituições de ensino norueguesas nos últimos anos [21, 22].

Análogo a isso, a literatura nacional também aponta que a experiência prática, aliada à formação teórica consistente, é fundamental para o desenvolvimento das competências necessárias à identificação precoce da violência e à realização segura da notificação [11].

Outrossim, ressalta-se a importância de que todos os profissionais envolvidos na proteção infantojuvenil compreendam o funcionamento da rede de proteção, uma vez que esse conhecimento contribui para encaminhamentos mais organizados e eficazes [19].

No cenário norueguês, quando os casos suspeitos são notificados, detecta-se que muitos dos relatos enviados aos serviços de bem-estar infantil são arquivados sem retorno, o que fragiliza o fluxo de resposta e desestimula o profissional notificador, evidenciando a necessidade de uma participação mais íntima e efetiva entre profissional e a intuição de apoio da criança e do adolescente [22].

Um grupo de autores [23] evidenciam esse distanciamento no contexto de um município brasileiro ao apontarem a falta de organização institucional, o que contribui para a desconfiança dos profissionais da saúde em relação à eficácia dos órgãos fiscalizadores. Soma-se a isso o fato de que muitas notificações encaminhadas aos serviços especializados são realizadas por meio do Disque 100, sem identificação do notificador, o que resulta em registros fragmentados. Essa fragmentação compromete tanto o diagnóstico quanto a atuação das instituições, refletindo uma articulação deficiente com a rede de proteção local.

Além disso, as ações de comunicação tornam-se essenciais para garantir fluxos contínuos e eficazes de informação, especialmente no diálogo e integração com os órgãos de proteção. No entanto, observa-se uma importante fragilidade relacionada ao Conselho Tutelar, que, enquanto instância responsável pela proteção e pela gestão de dados relativos às violações

de direitos, não dispõe de um sistema estruturado para registro e visualização dos casos atendidos. Nesse cenário de desintegração, destaca-se também a necessidade de devolver às equipes as informações e dados coletados a partir da notificação compulsória, por meio da ficha Sinan, ampliando o entendimento da situação e promovendo uma percepção mais crítica e abrangente do fenômeno para além dos limites do viés epidemiológico, de modo a fomentar e qualificar a notificação por parte dos profissionais de saúde [23, 24]. Dessa maneira, ao fortalecer a comunicação e ao integrar as informações entre serviços e instituições, torna-se possível avançar no enfrentamento da violência e no cuidado integral às vítimas.

Acrescenta-se ainda, que a implementação e o preenchimento das fichas de notificação enfrentam uma série de dificuldades, especialmente pela complexidade e extensão dos instrumentos, que apresentam muitos campos e variáveis e acabam gerando resistência por parte dos profissionais [24].

Dessa maneira, a uniformização de ações, o acesso às informações nos sistemas de informação e o investimento em pesquisas e qualificação profissional tornam-se elementos cruciais para melhorar a abordagem e garantir uma resposta mais eficaz e interdisciplinar frente à violência infantil [13].

Ademais, observa-se que a maioria dos encaminhamentos nos casos de violência contra crianças e adolescentes é direcionada ao Conselho Tutelar (63,28%), enquanto a articulação com outras instâncias sociojurídicas e serviços da assistência social ainda é limitada [25]. Essa centralização revela fragilidades nos fluxos intersetoriais da rede de proteção e contribui para a sobrecarga de um único órgão.

Os autores reforçam [19] que é necessário considerar os entraves estruturais que comprometem o funcionamento da rede de proteção. A escassez de recursos logísticos, pessoal qualificado e unidades do Conselho Tutelar suficientes para atender à demanda populacional, revela uma fragilidade institucional que compromete a resposta rápida e eficaz diante das situações de violência. Neste mesmo estudo, profissionais relataram dificuldades operacionais concretas, como a falta de combustível e de transporte para realização de visitas.

Desse modo, verificou-se que as limitações do processo notificador vão desde a necessidade de capacitação dos profissionais, com maior inserção da temática da violência nas grades curriculares dos cursos, especialmente na área da saúde, até a organização efetiva da rede de atendimento. Isso inclui a implementação de estratégias que tornem o processo de notificação de maus-tratos infantis mais resolutivo, acessível e passível de reprodução [11, 17].

A análise dos estudos permitiu compreender que tais fragilidades são interdependentes e demandam intervenções integradas e sistemáticas para fortalecer o enfrentamento da violência

infantojuvenil. Ademais, ainda é necessário o desenvolvimento de estudos mais aprofundados sobre o sistema de notificação dos agravos e sobre o acesso das vítimas à rede de saúde e à proteção social integral [25].

5 CONCLUSÃO

A presente revisão de literatura evidenciou que, apesar dos avanços legais e da existência de uma rede de proteção formalmente constituída, o processo de notificação de maus-tratos infantis ainda enfrenta obstáculos significativos nos serviços de saúde, especialmente na odontologia. Os principais entraves estão relacionados à insuficiente formação acadêmica sobre o tema, à insegurança diagnóstica, ao receio de retaliações e à fragilidade da articulação intersetorial da rede de proteção.

Ficou claro que a notificação é uma etapa fundamental na promoção de cuidados integrais e na interrupção dos ciclos de violência. No entanto, sua efetivação requer uma rede de proteção fortalecida, com fluxos bem definidos, retorno institucional às equipes notificadoras e valorização das ações de cuidado e escuta sensível.

Também é necessário ampliar investimentos na estrutura dos Conselhos Tutelares e demais serviços da rede, assegurando a resolutividade dos encaminhamentos e o acompanhamento contínuo dos casos.

Por fim, recomenda-se o desenvolvimento de novos estudos que explorem práticas exitosas de notificação, bem como investigações sobre o acesso e a efetividade das respostas oferecidas às vítimas de violência, com foco especial na atuação interdisciplinar e na perspectiva dos próprios profissionais envolvidos no cuidado.

6 REFERÊNCIAS

- [1] Silva BP, Camargo DD. As práticas profissionais realizadas em situações de maus-tratos infantis: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva* 2023;28(6):1703–1715. doi:10.1590/1413-81232023286.14022022
- [2] 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* 13 jul 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm [Acesso em 15 nov 2024].

- [3] Egry EY, Apostolico MR, Moraes TCP. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2018;23(1):83–92. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>
- [4] Faraj SP, Siqueira AC, Arpini DM. Notificação da violência: percepções de operadores do direito e conselheiros tutelares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, São Paulo, 36(4):907-920, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000622014>. [Acesso em: 19 abr. 2025].
- [5] Código de Ética Odontológica. Resolução CFO nº 118/2012. Conselho Federal de Odontologia 18 mai 2012. Disponível em: <http://www.cfo.org.br>. [Acesso em: 15 nov. 2024.]
- [6] Amaral LVOQ, Gomes AMA, Figueiredo SV, Gomes ILV. Significado do cuidado às crianças vítimas de violência na ótica dos profissionais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(4):497-504, dez. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000400019>. [Acesso em: 15 nov. 2024].
- [7] Sousa ES, Dutra JM., Oliveira BM, Teixeira DA, Silva LAH, Oliveira LMC, Alves FCTFA. Importância do cirurgião-dentista diante aos maus-tratos infantis. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(4): 14453-14468, 2023. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n4-039>. [Acesso em: 15 nov. 2024].
- [8] Salazar TS, Sá MM, Veloso KM. Nível de conhecimento de profissionais e estudantes de odontologia sobre abuso infantil: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira Odontologia Legal*, 8(2):84–92, 2021. Disponível em: <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/364>. [Acesso em: 15 nov. 2024].
- [9] Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, *et al.* A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46 (1), 2022. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.112>. [Acesso em: 21 abr. 2025].
- [10] Peters MDJ, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Khalil H, Parker D, *et al.* Methodology for JBI scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editores. *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. p. 1–24. 2015. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.
- [11] Silva PA da, Lunardi VL, Ribeiro JP, Oliveira AMN, Vasquez TCS. Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil. *Avances en Enfermería*. 2015 Aug;33(1):142–50. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a16.pdf>. [Acesso em: 15 mai 2025].
- [12] Colomé CS, Maliska JKL, Zappe JG. Condução de um caso de violência contra a criança: Relato de experiência. *Revista da SPAGESP*, 22(2), 104-117.
- [13] Campoamor MM, Martinez EZ, dos Santos CB. Fluxo da violência contra crianças e

adolescentes na Rede de Atenção à Saúde: desafios e necessidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 34, 2024. e34058. [Acesso em: 10 abr 2025].

[14] Moraes RLGL, Sales ZN, Rodrigues VP. Limites e possibilidades no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. *Journal of Nursing UFPE On Line*. Recife, 9(Suppl. 3):7664-81, abr., 2015. [Acesso em: 15 abr 2025].

[15] Galindo NAL, Gonçalves CFG, Neto NMG, dos Santos SC, de Santana CSC, Alexandre ACS. A violência infantil e juvenil sob a ótica da enfermagem. *Journal of Nursing UFPE On Line*. Recife, 11(Suppl. 3):1420-9, mar, 2017. [Acesso em: 15 abr 2025].

[16] Silva ALBS, Couto LCSMB, Oliveira MM, Amorim FCM, Magalhães JM, Sousa KHJF, *et al.* Abordagem da violência infantil na Estratégia Saúde da Família: fatores intervenientes e estratégias de enfrentamento. *Rev baiana enferm.* 2021;35:e42348. [Acesso em: 27 abr. 2025].

[17] Calza TZ, Dell’Aglia DD, Sarriera JC. Direitos da criança e do adolescente e maus-tratos: epidemiologia e notificação. *Revista da SPAGESP*, 17(1), 14-27.

[18] Granville-Garcia AF, Silva MJF, Menezes VA. Maus-tratos a crianças e adolescentes: um estudo em São Bento do Una, PE, Brasil. *Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integrada*. 2008;8(3):301–307.

[19] Ribeiro FMA, Fernandes FECV, Melo RA. Rede de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência na visão dos profissionais. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2021 May 17;35. e42099. [Acesso em: 12 mai 2025].

[20] Burgette JM, Safdari-Sadaloo SM, Van Nostrand E. Child dental neglect laws. *The Journal of the American Dental Association*. 2020 Feb;151(2):98-107.e5. DOI: 10.1016/j.adaj.2019.09.010. [Acesso em: 20 Mai. 2025].

[21] Brattabø IV, Iversen AC, Åstrøm AN, Bjørknes R. Experience with suspecting child maltreatment in the Norwegian public dental health services, a national survey. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2016 Sep 20;74(8):626–32. <https://doi.org/10.1080/00016357.2016.1230228>. [Acesso em: 27 abr. 2025].

[22] Brattabø IV, Bjørknes R, Åstrøm AN. Reasons for reported suspicion of child maltreatment and responses from the child welfare - a cross-sectional study of Norwegian public dental health personnel. *BMC Oral Health*. 2018 Mar 2;18(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0490-x>. [Acesso em: 27 abr. 2015].

[23] Silva PA, Lunardi VL, Meucci RD, Algeri S, Silva MP, Franciscatto FP. (In) visibility of notifications of violence against children and adolescents registered in a municipality in southern Brazil *Invest. Educ. Enfermagem*. 2019; 37(2):e11. DOI: 0.17533/udea.iee.v37n2e11.

[24] Lima JS, Deslandes SF. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo, 24(2):661-673, 2015. DOI 10.1590/S0104-12902015000200021. [Acesso em: 20 abr 2025].

[25] Ferraz LF, Wunsch DS. A violência contra crianças e adolescentes e a notificação compulsória, no âmbito da saúde, como mecanismo de proteção social. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, 25 (2): 63-7; jul./dez. 2016.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão de literatura permitiu identificar e compreender as principais fragilidades que envolvem o processo de notificação de maus-tratos infantis nos serviços de saúde. Os estudos analisados evidenciam que a notificação, embora seja um dever legal e ético dos profissionais da saúde, ainda é fortemente atravessada por barreiras de ordem técnica, institucional e subjetiva. Entre elas, destacam-se o desconhecimento sobre os fluxos de atuação, a insegurança diagnóstica, o medo de represálias, a ausência de protocolos bem definidos e as limitações na articulação entre os setores da rede de proteção.

No campo específico da Odontologia, verificou-se que, apesar da posição estratégica que o cirurgião-dentista ocupa para identificar sinais clínicos de violência, a notificação ainda é pouco realizada, em grande parte devido à deficiência na formação acadêmica e à insegurança sobre como proceder diante da suspeita.

Para que o ato notificador se efetive como instrumento de proteção e rompimento de ciclos de violência, é indispensável o investimento em estratégias formativas que promovam o preparo técnico e ético dos profissionais, bem como o fortalecimento da rede intersetorial.

Dessa forma, a superação das fragilidades identificadas neste estudo passa pela revisão de currículos acadêmicos, ampliação das políticas públicas de capacitação, e implementação de sistemas de informação mais integrados e acessíveis. Além disso, futuras pesquisas são recomendadas para explorar experiências bem-sucedidas de notificação e compreender melhor as práticas profissionais, especialmente na Odontologia, diante das diversas formas de violência contra crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

AMARAL, L. V. O. Q. *et al.* Significado do cuidado às crianças vítimas de violência na ótica dos profissionais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 34, n. 4, p. 497–504, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000400019>. Acesso em: 15 nov. 2024.

BLAKLEY, C.; BROWN, R. D. Child Abuse in the Dental Setting. *Adv Dent & Oral Health*, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Resolução nº 139, de 17 de março de 2010. Dispõe sobre os parâmetros para a criação e funcionamento dos Conselhos Tutelares no Brasil, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 mar. 2011. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-139-2010_112638.html. Acesso em: 1 jun. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 jun. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*: seção 1, p. 23941, 31 dez. 1940. Atualizado até 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. LEI Nº 13.010, DE 26 DE JUNHO DE 2014. Estabelece o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jun. 2014.

BRASIL. LEI Nº 13.257, DE 8 DE MARÇO DE 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 08 mar. 2016.

BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera o Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 65, p. 1–3, 5 abr. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso em: 22 abr. 2025.

BRASIL. LEI Nº 14.344, DE 24 DE MAIO DE 2022. Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente, nos termos do § 8º do art. 226 e do § 4º do art. 227 da Constituição Federal e das disposições específicas previstas em tratados, convenções ou acordos internacionais de que o Brasil seja parte; altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), e as Leis nºs 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal), 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), 8.072, de 25 de julho de 1990 (Lei de Crimes Hediondos), e 13.431, 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 dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 mai. 2022.

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*, Brasília, DF, 13 jul. 1990.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 15 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.968, de 23 de setembro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 out. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. Boletim Epidemiológico, Brasília, v. 54, n. 8, 29 fev. 2024. Disponível em: www.saude.gov.br/svs. Acesso em: 1 mai. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Cerca de 30 mil conselheiros tutelares tomam posse nesta quarta-feira (10) em todo o Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, Brasília, 9 jan. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2024/janeiro/cerca-de-30-mil-conselheiros-tutelares-tomam-posse-nesta-quarta-feira-10-em-todo-o-brasil>. Acesso em: 1 jun. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Disque 100 registra 657,2 mil denúncias em 2024 e crescimento de 22,6% em 2024. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, Brasília, 6 jan. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2025/janeiro/disque-100-registra-657-2-mil-denuncias-em-2024-e-crescimento-de-22-6-em-2024>. Acesso em: 1 jun. 2025.

BRASIL. Serviços e Informações do Brasil. Assistência Social. Denunciar violação de direitos humanos. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/denunciar-violacao-de-direitos-humanos>. Acesso em: 30 maio 2025.

BRATTABØ, I. V. et al. Experience with suspecting child maltreatment in the Norwegian public dental health services: a national survey. *Acta Odontologica Scandinavica*, v. 74, n. 8, p. 626–632, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1080/00016357.2016.1230228>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRATTABØ, I. V.; BJØRKNES, R.; ÅSTRØM, A. N. Reasons for reported suspicion of child maltreatment and responses from the child welfare: a cross-sectional study of Norwegian public dental health personnel. *BMC Oral Health*, v. 18, n. 1, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0490-x>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BURGETTE, J. M.; SAFDARI-SADALOO, S. M.; VAN NOSTRAND, E. Child dental neglect laws. *The Journal of the American Dental Association*, v. 151, n. 2, p. 98–107.e5, 2020. DOI: 10.1016/j.adaj.2019.09.010. Acesso em: 20 mai. 2025.

CALZA, T. Z.; DELL'AGLIO, D. D.; SARRIERA, J. C. Direitos da criança e do adolescente e maus-tratos: epidemiologia e notificação. *Revista da SPAGESP*, v. 17, n. 1, p. 14-27, 2016.

CAMPOAMOR, M. M.; MARTINEZ, E. Z.; SANTOS, C. B. dos. Fluxo da violência contra crianças e adolescentes na Rede de Atenção à Saúde: desafios e necessidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 34, e34058, 2024. Acesso em: 10 abr. 2025.

CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA (CEO). *Resolução CFO nº 118/2012*, de 18 de maio de 2012. Conselho Federal de Odontologia. Disponível em: <http://www.cfo.org.br>. Acesso em: 15 nov. 2024.

COLOMÉ, C. S.; MALISKA, J. K. L.; ZAPPE, J. G. Condução de um caso de violência contra a criança: relato de experiência. *Revista da SPAGESP*, v. 22, n. 2, p. 104-117, 2021.

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. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 83-92, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>.

FARAJ, S. P.; SIQUEIRA, A. C.; ARPINI, D. M. Notificação da violência: percepções de operadores do direito e conselheiros tutelares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 36, n. 4, p. 907-920, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000622014>. Acesso em: 19 abr. 2025.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). 15.º Anuário Brasileiro de Segurança Pública: 2021. São Paulo: FBSP; 2021. ISBN/ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/2c290f1f-6b52-4ba2-b1de-5bb33f7245fb>. Acesso em: 1 mai. 2025.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. São Paulo: FBSP; UNICEF, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/15726/file/panorama-da-violencia-letal-e-sexual.pdf>. Acesso em: 1 mai. 2025.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>. Acesso em: 1 jun. 2025

FRAGA, M. de A. Conselhos Tutelares: seu papel institucional e desafios enfrentados. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação (REASE)*. São Paulo, v. 10, n. 3, p. 1447-1463, mar. 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i3.13234. ISSN 2675-3375. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/13234>. Acesso em: 29 mai. 2025.

GALINDO, N. A. L. *et al.* A violência infantil e juvenil sob a ótica da enfermagem. *Journal of Nursing UFPE On Line*, v. 11, Suppl. 3, p. 1420-1429, mar. 2017. Acesso em: 15 abr. 2025.

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. Ministério Público do Paraná. Disque 100 – Disque Direitos Humanos – Disque Denúncia Nacional. 2024. Disponível em: <https://site.mppr.mp.br/crianca/Pagina/Disque-100-Disque-Direitos-Humanos-Disque-Denuncia-Nacional>. Acesso em: 30 maio 2025.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; SILVA, M. J. F.; MENEZES, V. A. Maus-tratos a crianças e adolescentes: um estudo em São Bento do Una, PE, Brasil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 8, n. 3, p. 301-307, 2008.

HERRERA, L. M.; STRAPASSON, R. A. P.; MELANI, R. F. H. Cartilha sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes para o cirurgião-dentista. São Paulo: OFLab – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2015.

JUNIOR, M. F. S. *et al*. Conhecimento de acadêmicos de Odontologia sobre maus-tratos infantis. *Arquivos em Odontologia*. 2015;51(3):138–144. DOI: <https://doi.org/10.7308/aodontol/2015.51.3.03>. ISSN 1808-2289. Acesso em: 1 mai. 2025.

LIMA, J. S.; DESLANDES, S. F. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências em uma metrópole do Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 661–673, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015000200021. Acesso em: 20 abr. 2025.

LIRA, A. G. *et al*. Child abuse: main orofacial manifestations and how to intervene – literature review. *Revista Cathedral*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 63–70, 2022. ISSN 1808-2289. Disponível em: <https://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/419>. Acesso em: 1 mai. 2025.

MARTINS-JÚNIOR, P. A. *et al*. Abuso físico de crianças e adolescentes: os profissionais de saúde percebem e denunciam? *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 24, n. 7, p. 2609-2616, out. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.19482017>. Acesso em: 15 nov. 2024.

MASSONI, A. C. de L. T. *et al*. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 2, p. 401-409, mar. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200016>. Acesso em: 15 nov. 2024.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758–764, dez. 2008.

MORAIS, R. L. G. L.; SALES, Z. N.; RODRIGUES, V. P. Limites e possibilidades no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. *Journal of Nursing UFPE On Line*, v. 9, Suppl. 3, p. 7664–781, abr. 2015. Acesso em: 15 abr. 2025.

MOREIRA, G. A. R. *et al*. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 10, p. 4267-4276, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.17052013>. Acesso em: 15 nov. 2024.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. Violence against children in Brazilian scenery. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 871–880, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>.

NUNES, L. S. *et al*. Prevalence of recognition and reporting of child physical abuse by dental surgeons and associated factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021 Nov 15;26(suppl 3):5013–5022. DOI: 10.1590/1413-812320212611.3.02442020. Acesso em: 1 mai. 2025.

OLIVEIRA, F. A.; MEDEIROS, G. V.; ZENARDI, V. A. Estatuto da Criança e do Adolescente: desafios. *Ensaios Pedagógicos*. Sorocaba, v. 7, n. 2, p. 36–45, mai./ago. 2023. DOI: 10.14244/enp.v7i2.309. ISSN 2527-158X. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/383619260_ESTATUTO_DA_CRIANA_E_DO_ADOLESCENTE_DESAFIOS_EMERGENTES. Acesso em: 5 abri. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Convenção sobre os Direitos da Criança. Nova Iorque, 1989.

PAGE MJ. *et al.* A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 46, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.112>. Acesso em: 21 abr. 2025.

PASE, H. L. *et al.* O Conselho Tutelar e as políticas públicas para crianças e adolescentes. *Cadernos EBAPE.BR*, v. 18, n. 4, p. 1000–1010, out. 2020.

PETERS, M. D. J. *et al.* Methodology for JBI scoping reviews. In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (ed.). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Adelaide: JBI, 2015. p. 1–24. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>. Acesso em: 21 abr. 2025.

PRANDI, L. R. *et al.* Conselho tutelar: o desconhecimento como impeditivo real à sua efetiva realização. *Akrópolis: Revista de Ciências Humanas da UNIPAR*, Umuarama, v. 28, n. 2, p. 223–231, jul./dez. 2020. DOI: 10.25110/akropolis.v28i2.7632. ISSN 1982-1093.

REDAÇÃO SBP. Quase 200 casos de violência contra crianças e adolescentes são notificados todos os dias no Brasil. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/news/quase-200-casos-de-violencia-contra-criancas-e-adolescentes-sao-notificados-todos-os-dias-no-brasil>. Acesso em: 21 abr. 2025.

RIBEIRO, F. M. A.; FERNANDES, F. E. C. V.; MELO, R. A. Rede de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência na visão dos profissionais. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 35, e42099, 2021. Acesso em: 12 mai. 2025.

SABINO, F. H. O. *et al.* Rede social de famílias envolvidas na negligência contra crianças e adolescentes: construindo um olhar multidimensional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 7, p.1-10, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024297.03132024. Acesso em: 27 abr. 2025.

SALAZAR, T. S.; SÁ, M. M.; VELOSO, K. M. Nível de conhecimento de profissionais e estudantes de odontologia sobre abuso infantil: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Odontologia Legal*, v. 8, n. 2, p. 84–92, 2021. Disponível em: <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/364>. Acesso em: 15 nov. 2024.

SILVA, A. L. B. S. *et al.* Abordagem da violência infantil na Estratégia Saúde da Família: fatores intervenientes e estratégias de enfrentamento. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 35, e42348, 2021. Acesso em: 27 abr. 2025.

SILVA, B. P.; CAMARGO, D. D. As práticas profissionais realizadas em situações de maus-tratos infantis: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 6, p. 1703–1715, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.14022022>.

SILVA, P. A. *et al.* (In)visibility of notifications of violence against children and adolescents registered in a municipality in southern Brazil. *Investigación y Educación en Enfermería*, v. 37, n. 2, e11, 2019. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e11>.

SILVA, P. A. *et al.* Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil. *Avances en Enfermería*, v. 33, n. 1, p. 142–150, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a16.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2025.

SILVA, S. S.; SANTOS, C. O.; FIGUEIREDO, C. V. O. A importância do cirurgião-dentista frente aos maus-tratos infantis: revisão de literatura. *RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar*, São Paulo, v. 2, n. 5, p. e25323, 14 jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i5.323>

SOUSA, E. S. *et al.* Importância do cirurgião-dentista diante aos maus-tratos infantis. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 4, p. 14453-14468, 2023. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n4-039>. Acesso em: 15 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) *et al.* INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>. Acesso em: 1 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization, 2006.

ANEXO A – 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) 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.