

ATUAÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS NO RECONHECIMENTO DE CASOS DE MAUS-TRATOS INFANTIS NO BRASIL¹

Keyla Zenaide Ferraz Ferreira²
Maria Luíza Cordeiro Ribeiro Ardizzon³
Emanuel Vieira Pinto⁴

RESUMO: O enfrentamento da violência infantil demanda uma abordagem interprofissional na saúde, em que o cirurgião-dentista ocupa uma posição estratégica, dada a frequência de lesões de maus-tratos manifestadas na região orofacial, área de rotineira atuação clínica. No entanto, a subnotificação persiste como um fator limitante fundamental à proteção desses indivíduos. Nesse contexto, questiona-se como os cirurgiões-dentistas atuam no reconhecimento e notificação dos casos de maus-tratos infantis no contexto brasileiro? Assim, este trabalho tem o objetivo geral de analisar a atuação do profissional na detecção precoce de sinais de violência e no fortalecimento da rede de proteção; também possui objetivos específicos de compreender as manifestações clínicas que sinalizam maus-tratos, sistematizar protocolos de notificação dos casos e investigar os desafios que dificultam essa prática no Brasil. A metodologia utilizada foi a de uma revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa, baseada na análise de artigos e documentos publicados entre 2020 e 2025. Os resultados evidenciaram uma significativa lacuna entre a capacidade técnica da profissão e a notificação compulsória, relacionada ao desconhecimento dos protocolos, à carência de preparo acadêmico específico e ao receio de se envolver em processos legais. Logo, necessita-se da conduta do cirurgião-dentista para o desenvolvimento de protocolos de atendimento claros, o aprimoramento da formação e o fortalecimento do trabalho em rede com os órgãos de proteção.

Palavras-chave: Violência Infantil. Maus-tratos. Protocolos de atendimento. Manifestações clínicas. Cirurgião-dentista.

ABSTRACT: Addressing child violence requires an interprofessional approach to health care, in which the dental surgeon occupies a strategic position, given the frequency of maltreatment-related injuries manifested in the orofacial region, an area of routine clinical practice. However, underreporting persists as a fundamental limiting factor to the protection of these individuals. In this context, the question arises: how do dental surgeons act in the recognition and reporting of child maltreatment cases in the Brazilian context? Thus, this study has the general objective of analyzing the professional's role in the early detection of signs of violence and in strengthening the protection network; it also has specific objectives of understanding the clinical manifestations that signal maltreatment, systematizing case reporting protocols, and investigating the challenges that hinder this practice in Brazil. The methodology used was an integrative literature review, with a qualitative approach, based on the

¹Artigo apresentado à Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Bacharel em Odontologia, em 2026.

²Graduanda em Odontologia pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas.

³Professora-Orientadora. Especialista em Odontopediatria. Docente na Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas.

⁴Professor, Escritor, Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Faculdade Vale do Cricaré – UNIVC (2012-2015). Especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Vale do Cricaré. Possui graduação em Biblioteconomia e Documentação pela Universidade Federal da Bahia (2004-2009), graduação em Sociologia pela Universidade Paulista (2017-2020) e graduação em Pedagogia pela FAVENI – Faculdade Venda Nova do Imigrante (2021-2024). Atualmente é coordenador da Biblioteca da Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas. Coordenador do NTCC e do NUPEX da FACISA, Pesquisador Institucional do sistema E-MEC/FACISA, Recenseur do Sistema CENSO MEC/FACISA e Avaliador da Educação Superior no BASis MEC/INEP.

analysis of articles and documents published between 2020 and 2025. The results revealed a significant gap between the profession's technical capacity and mandatory reporting, related to unfamiliarity with protocols, a lack of specific academic training, and fear of becoming involved in legal proceedings. Therefore, the conduct of the dental surgeon is needed for the development of clear care protocols, the improvement of training, and the strengthening of networked work with protection agencies.

Keywords: Child Violence. Maltreatment. Care protocols. Clinical manifestations. Dental surgeon.

1 INTRODUÇÃO

Maus-tratos são atos de violência física, emocional, abuso sexual, negligência ou exploração contra crianças e adolescentes, frequentemente praticados por figuras de autoridade, ocasionando traumas que perduram ao longo da vida. Essa violência abrange desde danos corporais evidentes até sequelas psicossociais, o que compromete o bem-estar emocional e o desempenho cognitivo. Assim, a exposição contínua ao agressor, aliada à ausência de modelos de relacionamentos positivos, pode comprometer o desenvolvimento emocional e comportamental de forma permanente.

Ao considerar esse cenário, a legislação brasileira estabelece a obrigatoriedade da notificação compulsória de maus-tratos por profissionais da saúde. O dentista ocupa uma posição de destaque na identificação de casos de violência infantil, devido à prevalência de lesões físicas na região orofacial, por ser uma área de seu domínio técnico e clínico. No entanto, a subnotificação persiste, impedindo medidas essenciais de proteção. Nesse contexto, como os cirurgiões-dentistas atuam no reconhecimento e notificação dos casos de maus-tratos infantis no contexto brasileiro?

Com base nessa problemática, o objetivo geral dessa pesquisa é analisar a atuação do profissional na detecção precoce de sinais de violência e no fortalecimento da rede de proteção. Como objetivos específicos, buscou-se compreender as manifestações clínicas que sinalizam maus-tratos, sistematizar protocolos de notificação dos casos e investigar os desafios que dificultam essa prática no Brasil.

O estudo justifica-se pela relevância da temática, uma vez que a omissão profissional está associada à formação acadêmica insuficiente e receio de retaliações por parte do agressor, o que dificulta a identificação e assistência às vítimas e compromete o suporte social e a segurança da criança. Assim, este estudo contribui para a comunidade acadêmica e para a prática clínica ao disponibilizar um material de referência que auxilia o profissional no fortalecimento da rede de proteção infantojuvenil.

A metodologia adotada consistiu em uma revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa, fundamentada na análise de artigos científicos e documentos normativos publicados entre 2020 e 2025. As etapas compreenderam a seleção de descritores com bases de dados especializadas, seguida pela filtragem de estudos por meio da aplicação de critérios de inclusão e exclusão. Por fim, realizou-se a análise crítica do conteúdo para a síntese dos dados e estruturação do embasamento teórico necessário para a compreensão do fenômeno da violência interpessoal.

Os resultados alcançados permitiram compreender as manifestações orofaciais indicativas de violência e a importância estratégica dos protocolos de fluxo de encaminhamento vigentes no sistema de saúde. A pesquisa constatou que, embora o cirurgião-dentista possua competência técnica para o diagnóstico clínico, fatores como o déficit na formação acadêmica e a insegurança jurídica contribuem para a ineficiência da notificação no país. Assim, conclui-se que o fortalecimento da rede de proteção depende da implementação de diretrizes operacionais claras e do aprimoramento da instrução profissional continuada.

2 METODOLOGIA

O presente estudo possui natureza exploratória e abordagem qualitativa, caracterizando-se como uma revisão integrativa da literatura. Trata-se de um método de caráter descritivo que, segundo Souza *et al.* (2010), permite a síntese de múltiplos estudos publicados e a incorporação de evidências relevantes na prática acadêmica e profissional, obtendo uma compreensão das dificuldades enfrentadas por cirurgiões-dentistas e crianças no cenário nacional, fundamentando-se na análise crítica do conhecimento científico já publicado.

A coleta de dados foi realizada em ambiente virtual. Utilizaram-se pesquisas eletrônicas com bases de dados científicas, abrangendo o período de janeiro de 2020 a outubro de 2025. As fontes de informação consultadas incluíram o PubMed/MEDLINE, a SciELO, sendo complementadas por busca manual de literatura pertinente. Para garantir um embasamento legal, foram consultados sites eletrônicos, incluindo o site oficial do Planalto, com o objetivo de fundamentar a análise da legislação pertinente à proteção da criança e do adolescente, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a plataforma da organização Childhood Brasil para detalhar os canais oficiais de denúncia e rede integrada de proteção contra violência infanto-juvenil, complementando a base normativa com os fluxos práticos de notificação.

A estratégia de busca foi planejada e orientada pela combinação de descritores específicos para conferir relevância à procura. Os descritores utilizados, em seus equivalentes em português

e inglês, foram: “Maus-tratos Infantis”, “Abuso Infantil”, “Cirurgião-Dentista”, “Odontologia Legal”, “Odontopediatria” e “Notificação Compulsória”. A busca foi programada para incluir materiais que abordassem as manifestações clínicas, a documentação legal e as implicações ético-legais para o profissional, garantindo a abrangência da pesquisa.

Para a elegibilidade do material, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Incluíram-se artigos completos publicados em periódicos científicos, nos idiomas português e inglês, dentro do período estabelecido entre 2020 e 2025. Adicionalmente, foram considerados documentos legislativos e institucionais relacionados à temática sem fazer restrição ao ano de publicação. Foram excluídos estudos duplicados, resumos de congresso, artigos de opinião e materiais sem aderência direta aos objetivos.

O processo de seleção do material seguiu as três etapas sucessivas: Inicialmente, realizou-se a filtragem pelo título e leitura dos resumos dos artigos encontrados nas bases de dados, sendo pré-selecionados um total de 25 estudos considerados potencialmente relevantes. Em seguida, 10 artigos foram excluídos por não apresentarem os critérios de inclusão previamente estabelecidos; os artigos pré-selecionados foram analisados para verificação da pertinência ao tema proposto, resultando em 13 artigos, 1 documento legislativo e 1 documento institucional, incluídos devido à relevância normativa e operacional para a temática investigada, totalizando assim 15 fontes elegíveis para a construção do trabalho. Por fim, os materiais foram submetidos à análise descritiva e interpretativa, sendo organizados em eixos temáticos que compõem a discussão, de modo a responder à problemática central da pesquisa.

4

3 MAUS-TRATOS INFANTIS

A definição de maus-tratos contra crianças e adolescentes é o ponto de partida para qualquer análise sobre a temática, sendo crucial por situar a violência dentro de uma relação de poder desigual, geralmente praticada por aqueles que deveriam prover cuidado e proteção, o que potencializa a vulnerabilidade da vítima e a severidade do trauma. No Brasil, o alicerce jurídico é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei nº 8.069/90), que consagra o princípio da proteção integral ao estabelecer, em seu Art. 5º 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).

Dessa forma, o conceito de maus-tratos abrange tanto a ação que causa danos quanto a omissão de cuidados, bem como a conduta de exploração econômica ou sexual, elementos que

violam os direitos fundamentais da criança. A partir dessa base conceitual e legal, para fins de detecção e protocolo, os maus-tratos são categorizados em quatro tipologias principais: física, psicológica, sexual e negligência. Essas categorias se referem a danos ou omissões que geram sinais clínicos e comportamentais, os quais constituem o foco de detecção dos profissionais de saúde para a correta identificação e a condução adequada da suspeita.

A notificação de casos suspeitos é uma obrigação legal relacionada às ocorrências de abuso infantil. O conhecimento do número de vítimas, bem como dos fatores associados ao reconhecimento, notificação e subnotificação, é fundamental na implementação de prevenção de abusos e proteção da criança (Nunes, 2021). Dessa forma, a persistente subnotificação por cirurgiões-dentistas evidencia divergência entre o dever profissional e a prática clínica, impulsionada pela insuficiência na formação e pelo receio de implicações legais. A omissão decorrente dessa insegurança, além de comprometer a ética profissional, resulta na invisibilidade epidemiológica da violência e na perpetuação do dano à vítima, configurando-se como um impacto social relevante.

Desse modo, a literatura científica sugere que a superação desse desafio exige a adoção de um protocolo padronizado de notificação compulsória, o qual se apresenta neste trabalho como uma ferramenta essencial para capacitar o profissional e traduzir obrigatoriedade legal em um fluxo de ação seguro e eficaz. Sob essa perspectiva, identifica-se a necessidade de medidas institucionais para a inclusão e o aprofundamento do tema nos currículos de Odontologia, garantindo o conhecimento da ficha de notificação e o resguardo institucional do cirurgião-dentista, favorecendo sua atuação efetiva na rede de proteção à criança e ao adolescente.

4 MANIFESTAÇÕES OROFACIAIS DE MAUS-TRATOS INFANTIS

A região orofacial é consistentemente apontada pela literatura como a área anatômica mais acometida por lesões de natureza agressiva em crianças. Desta forma, assume um papel diagnóstico importante, fornecendo marcadores clínicos para a detecção de maus-tratos por profissionais de saúde. A literatura reporta que até 50% de todas as crianças vítimas de violência sexual têm lesões orofaciais, o que confere aos profissionais de saúde odontológica uma posição estratégica para o reconhecimento e o relato de maus-tratos (Freitas, 2025). Esta alta prevalência reforça a responsabilidade do cirurgião-dentista, que deve assumir seu papel como um agente de saúde pública essencial na interrupção de situações de violência.

O abuso físico manifesta-se por meio de lesões em tecidos moles e estruturas adjacentes, sendo a identificação desses achados crítica para o diagnóstico. Os hematomas na face,

especificamente nas bochechas, são os achados mais comuns. Em bebês, por exemplo, qualquer hematoma sutil, ruptura de freio ou hemorragia subconjuntival, exceto arranhões autoinfligidos, deve ser considerado uma potencial lesão sentinela, pois essas injúrias leves frequentemente antecedem ferimentos mais graves. Outros achados suspeitos incluem hematomas sublinguais, sangramento inexplicável ou lesões lineares bilaterais nos cantos da boca que são sugestivas de amordaçamento (Spiller, 2024). Esses achados demonstram que existe uma gama de manifestações a qual exige que o odontólogo vá além da rotina clínica, focando em padrões de lesões os quais não se encaixam em relatos acidentais.

No exame intraoral, por exemplo, as rupturas do freio labial ou lingual são importantes indicadores que podem resultar de golpes diretos, tentativas de silenciamento ou alimentação forçada. Perfurações da orofaringe, embora incomuns em acidentes, são frequentes em traumas penetrantes por abuso. O trauma bucal pode ocorrer pela utilização vigorosa de talheres em momentos de alimentação difícil ou pela inserção forçada de elementos externos na boca da criança, como dedos ou instrumentos para medicação (Spiller, 2024). A presença de lesões nessas regiões, muitas vezes ocultas ou justificadas como acidentais, demanda do profissional um olhar crítico capaz de distinguir eventos fortuitos de atos de violência intencional e negligência alimentar.

Além da cavidade oral, é fundamental a inspeção ser estendida às estruturas extraorais, visto que contusões auriculares raramente acidentais sugerem traumas repetitivos, podendo evoluir para a pericondrite auricular, conhecida de forma popular como “orelha em couve-flor”. Sinais como hemorragias subconjuntivais e equimoses periorbitais podem estar associados a traumas no couro cabeludo, como o hematoma subgaleal decorrente de puxões de cabelo. A investigação dessas áreas deve abranger a pesquisa por alopecia por tração, visto que a presença de falhas capilares inexplicáveis é um indicador relevante de violência física (Spiller, 2024). Assim, o reconhecimento de lesões na orelha ou na parte posterior da boca é relevante, pois essas áreas são altamente sugestivas de manipulação violenta e devem ser imediatamente documentadas pelo profissional.

As lesões traumáticas, no que se refere aos tecidos duros, como dentes fraturados, deslocados ou até avulsionados, são indicadores de maus-tratos que o profissional deve rastrear. Tais injúrias podem levar a sequelas como a necrose pulpar, evidenciada pelo escurecimento da coroa dentária. Embora menos frequente, a fratura do osso maxilar, causada por impactos violentos na cabeça da criança, é um achado fortemente sugestivo de agressão física

(Kichenasanthu, 2023). Esta observação é necessária, pois a presença de múltiplos estágios de cicatrização, lesões antigas e recentes são evidências de que os traumas não ocorreram em um único evento accidental, sugerindo abuso físico recorrente; com isso, o profissional deve documentar a discrepância temporal das lesões para validar a suspeita de maus-tratos.

A manifestação clínica que requer observação mais criteriosa na cavidade oral, no espectro das agressões de ordem indicativa de abuso sexual, é a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). O cirurgião-dentista deve rastrear lesões específicas, como petéquias no palato, lacerações nos freios labiais e linguais, as quais podem ser indicativas de sexo oral forçado, bolhas nos lábios, úlceras, glândulas inchadas e manchas brancas nos tecidos moles. Tais achados clínicos se tornam ainda mais expressivos quando associados a sinais de negligência, como deficiência na higiene bucal e corporal, ou ao surgimento de distúrbios psíquicos (Azevedo *et al.*, 2022).

Nesse contexto, é indispensável que o profissional se atente às lesões de bolhas ou úlceras, pois elas podem ser confundidas com patologias comuns. Assim, a identificação de IST na cavidade oral de uma criança, uma vez confirmada laboratorialmente, transcende a suspeita clínica, configurando-se como um diagnóstico de abuso indiscutível. Para essa diferenciação, o foco deve ser guiado por quatro critérios essenciais: a avaliação da coerência da narrativa dos responsáveis, a inconsistência histórica, a atipicidade da localização da lesão, como palato mole ou orofaringe, e a urgência na confirmação laboratorial, sendo este o último critério que confere validade forense e é a base para distinguir um achado patológico comum de uma evidência de contato sexual.

O cirurgião-dentista está em uma posição crucial para identificar a negligência odontológica, definida como a falha do cuidador em fornecer os cuidados adequados à saúde bucal. A manifestação mais prevalente e diagnóstica desta omissão é a cárie, cujas lesões não tratadas, somadas à necessidade de extração de múltiplos dentes e à falta de higiene oral, são fortes indicadores clínicos. O abandono persistente do acompanhamento odontológico também é um sinal eficaz de negligência (Mele *et al.*, 2024). Entretanto, a interpretação desses achados requer análise contextual, uma vez que o profissional deve reconhecer o desafio de distinguir a negligência real de outros fatores, como a falta de acesso a cuidados ou a carência de informação dos responsáveis, o que exige uma anamnese e um senso crítico. Portanto, o cirurgião-dentista fundamenta sua conduta no dever legal de proteção, identificando que a omissão persistente de

cuidados caracteriza como um sinal de abandono, nesses casos, deve proceder com o acionamento imediato do Conselho Tutelar (CT).

5 PROTOCOLO DE NOTIFICAÇÃO

O conhecimento da obrigatoriedade da notificação é necessário para que o profissional atue em conformidade com os conceitos ético-legais, visto que a alta taxa de subnotificação e a insegurança profissional são causas evidentes. Os achados indicam a necessidade crítica de analisar o dever legal em procedimentos operacionais claros e acessíveis, já que o cirurgião-dentista, frequentemente, se sente desamparado em relação ao “como” proceder diante do caso. Assim, a adoção de fluxos operacionais padronizados constitui estratégia relevante de notificação, tornando-se uma ferramenta indispensável para capacitar o profissional, minimizando a incerteza e garantindo que a suspeita clínica seja transformada em uma comunicação segura e efetiva ao Conselho Tutelar.

O protocolo deve ser estruturado em etapas sequenciais, desde o diagnóstico inicial até o encaminhamento final, assegurando a proteção da vítima e a segurança jurídica do profissional. A fase inicial exige que o cirurgião-dentista defina a urgência da situação, pois esta delimita o prazo legal para a denúncia. Sendo assim, em situações de risco imediato à integridade física ou emocional da criança, como abuso sexual contínuo, ferimentos graves ou ameaças de morte, é indispensável que o profissional aja imediatamente (Kichenasanthy, 2023). Este critério de urgência é vital, posto que a notificação compulsória imediata (NCI) exige uma ação rápida para salvar a criança do perigo, indicando que o prazo de 24 horas deve ser rigidamente respeitado. Quando a situação de abuso ou suspeita não configura uma emergência imediata, o protocolo adequado envolve a Notificação Compulsória Semanal (NCS). Nesses casos, a conduta é comunicar a suspeita às autoridades competentes, como os serviços de proteção da criança, para que a situação seja avaliada e o apoio necessário seja prestado a longo prazo (Kichenasanthy, 2023). Esse maior tempo, delimitado em 7 dias, é fundamental, porque permite ao profissional de saúde maior rigor na coleta e documentação das evidências clínicas.

Independentemente do prazo, a etapa crucial do protocolo reside na comunicação imediata e obrigatória ao Conselho Tutelar da respectiva localidade. A conduta é uma exigência legal expressa para casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos, conforme estabelece o Art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990). Em vista disso, em ambos os cenários, o acionamento do CT permanece sendo a principal responsabilidade legal a ser cumprida pelo

cirurgião-dentista, garantindo que a ação de proteção seja iniciada dentro do limite legal exigido pela gravidade do caso.

O profissional deve, idealmente, priorizar o contato telefônico com o CT para garantir a intervenção imediata, formalizando o registro por escrito em um momento subsequente. A denúncia pode ser realizada de diferentes formas, como por telefone, presencialmente, e por escrito, ao utilizar uma ficha padronizada de notificação ou um relatório (Conceição *et al.*, 2024). Neste contexto, a velocidade da comunicação mostra-se necessária, pois, ao acionar o Conselho Tutelar, o cirurgião-dentista transfere a responsabilidade da proteção imediata da vítima para a rede de apoio institucional, cumprindo assim o seu papel legal de forma eficaz.

Adicionalmente, em relação aos fluxos práticos de denúncia, foi utilizado o documento institucional da Childhood Brasil (2025), uma associação privada, sem fins lucrativos, a qual atua de forma reconhecida na prevenção e no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, informando sobre a amplitude dos canais de comunicação para que, caso haja constatação de maus-tratos, as denúncias sejam efetivadas rapidamente. Os canais telefônicos incluem a Polícia Civil (197), Polícia Federal (194), Polícia Rodoviária Federal (191) e o Disque 100 da Secretaria de Direitos Humanos, oferecido através do portal da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. Além disso, a rede de assistência social, composta pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), atuam no acolhimento e no atendimento psicossocial às vítimas, configurando-se também como pontos de recepção de notificações.

A ficha do SINAN (Ficha de Notificação Individual), por meio da qual se realiza a formalização da notificação, é o documento responsável por converter a observação clínica em dado epidemiológico oficial, exigindo que o registro seja acurado e detalhado. O material deve incluir informações cruciais para a investigação, tais como o nome e endereço da criança e do seu responsável, a descrição do estado físico e comportamental, e a identificação do agressor (Conceição *et al.*, 2024). É essencial que a ficha detalhe a natureza, a extensão e a condição não acidental das lesões, sendo preenchida em pelo menos duas vias, uma para o CT e outra para a Secretaria Municipal de Saúde, garantindo o controle epidemiológico. O preenchimento meticuloso da Ficha do SINAN é o que confere validade legal e epidemiológica ao caso, transformando a observação clínica em informação de saúde pública.

Com o propósito de transformar a suspeita clínica em prova material, o cirurgião-dentista enfatiza a importância da documentação, a qual deve ser orientada pela metodologia

dos “4Rs” (Reconhecer, Registrar, Relatar, Encaminhar). O registro deve ser permanente e reprodutível, incluindo o histórico médico detalhado e exames complementares (Mele *et al.*, 2024). Nesse sentido, esse nível de detalhamento eleva a observação à categoria de evidência, fornecendo o suporte técnico indispensável para a atuação do Conselho Tutelar.

Após o devido acionamento do Conselho Tutelar e a formalização da denúncia, a conduta subsequente do profissional de saúde é solicitar o encaminhamento da vítima ao exame de corpo de delito, transferindo a responsabilidade de investigação para as esferas policial e judiciária. Esta ação finaliza a intervenção clínica e garante que o caso tenha o devido seguimento legal. A garantia de anonimato e a transferência da responsabilidade da investigação para o Judiciário são fatores de segurança que visam a minimizar o receio do profissional em realizar a denúncia.

Diante desses achados, o protocolo atua como ferramenta de superação da subnotificação, a fim de garantir que seja operacionalizado em consonância com o dever ético do profissional da odontologia e sua fundamental responsabilidade social.

6 DESAFIOS NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

A persistente subnotificação por parte de cirurgiões-dentistas de casos de maus-tratos constitui um dilema recorrente, ressaltando a urgência de treinamento específico para que os profissionais de saúde cumpram seu papel legal e social (Silva, 2021). Além disso, essa deficiência impede o avanço no conhecimento técnico para a avaliação dos sinais clínicos e a instrução precisa sobre a legislação vigente.

A gravidade dessa lacuna é amplificada, já que a notificação da violência é compulsória e regida por estatutos específicos, cuja omissão pode acarretar responsabilidade legal ao profissional de saúde. Em consequência, investir na qualificação é fundamental para reduzir a insegurança profissional e garantir a efetivação do dever ético e legal. Os desafios identificados podem ser agrupados em três pilares: formação deficiente, insegurança ético-legal e medo de retaliação. O primeiro pilar, a insuficiência na formação, abrange lacunas nos currículos universitários, que carecem de carga horária formal em disciplinas obrigatórias.

Os resultados de Hillesheim *et al.* (2022) constataram, em estudo com estudantes de Odontologia, que, embora parte dos entrevistados demonstre familiaridade teórica com o conceito de abuso infantil, cerca de 80% admite o despreparo para a atuação prática e desconhece o protocolo de ação diante de um caso suspeito. Essa falta, ao negligenciar a capacitação processual e legal, impede que o dentista avalie e encaminhe o caso corretamente, enfatizando

que existem situações em que o problema não é a falta de vontade, mas a ausência de um preparo institucionalizado para a execução do dever legal.

A deficiência no ensino estabelece a base para o surgimento da insegurança ético-legal, o segundo pilar de barreiras. Mesmo reconhecendo a suspeita clínica, o profissional hesita em cumprir seu dever legal devido à percepção de fragilidade processual e ao desconhecimento dos mecanismos práticos para efetivar o relato. Assim, o cirurgião-dentista sabe que deve notificar, mas não domina o “como” e “para quem” enviar o relato, aumentando a sensação de desamparo institucional. Rangel *et al.* (2024) reforçam essa dificuldade ao demonstrar que a ignorância sobre o preenchimento da ficha individual de notificação e o fluxo de encaminhamento para as autoridades competentes surge como justificativas recorrentes para a omissão. A falta de domínio sobre o procedimento prático de notificação é o principal combustível para a hesitação do profissional.

De igual maneira, constata-se que a formação não oferece o preparo necessário para o manejo interpessoal complexo, como o acolhimento humanizado da vítima e o diálogo sensível com o responsável legal, o qual, frequentemente, é o próprio agressor. Essa ausência de capacitação contribui diretamente para o estágio final da hesitação profissional, intensificando o desamparo técnico e legal vivenciado pelo profissional, culminando no terceiro e mais sensível obstáculo, medo de retaliação.

11

Este receio transcende a preocupação com questões jurídicas, manifestando-se como uma ameaça à estabilidade profissional e pessoal, sendo particularmente intenso no setor privado, pois a perspectiva de perda de pacientes e do consequente prejuízo financeiro, uma forma de retaliação econômica, torna-se um fator que leva o profissional a priorizar a estabilidade do consultório em vez do cumprimento da lei. Ademais, o medo abrange a integridade física e psicológica, visto que a notificação coloca o dentista em potencial confronto direto com o agressor.

Também cabe salientar que a falta de confiança no sigilo do processo reforça a vulnerabilidade, levando o profissional a temer que seu nome seja exposto às partes. Neste contexto, o medo de se envolver em conflitos, de ser responsabilizado ou de sofrer violência decorre diretamente da formação deficiente e da insegurança ético-legal. Desta forma, tendo em vista os aspectos supracitados, este ciclo de deficiência e receio acaba por consolidar a omissão como um mecanismo de autoproteção para o cirurgião-dentista e, conseqüentemente, pode comprometer a segurança da criança ou adolescente.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados analisados demonstram uma contradição crítica, pois, embora a literatura seja unânime ao apontar a região facial como alvo de 50% a 75% das agressões (Freitas, 2025; Spiller, 2024), essa identificação clínica nem sempre resulta em notificações. Na análise comparativa dos estudos observa-se que o cirurgião-dentista ocupa uma posição estratégica, porém há dificuldade em transformar o diagnóstico em conduta prática, o que contribui para a subnotificação e dificulta a mensuração da violência infantil no Brasil.

A comparação entre ambos os estudos demonstra que o problema é multifatorial, mas a deficiência na formação aparece como fator recorrente. Enquanto Hillesheim *et al.* (2022) apresentam um dado quantitativo de que 80% dos estudantes relatam despreparo total, Rangel *et al.* (2024) complementam essa análise ao demonstrar que o problema não reside no desconhecimento da lei (ECA), mas na incapacidade operacional na conduta dos casos. A comparação entre os estudos indica que o ensino odontológico tem priorizado conteúdos teóricos relacionados à legislação, mas negligenciado o treinamento prático de preenchimento da Ficha do SINAN, gerando insegurança no cumprimento das exigências legais.

A literatura também descreve fatores relacionados ao medo profissional. Silva (2021) e Nunes (2021) indicam que a omissão funciona como um mecanismo de autoproteção, entretanto, os autores divergem sobre o foco desse receio. Enquanto Silva enfatiza a questão econômica no setor privado, relacionada ao medo da retaliação financeira e perda de pacientes, Nunes destaca o cenário social da invisibilidade epidemiológica. Essa comparação descreve que a insegurança relacionada ao processo de notificação está associada à baixa frequência de notificações compulsórias.

No campo da interpretação clínica, os estudos de Spiller (2024) e Mele *et al.* (2024) abordam aspectos complementares da atuação profissional. Spiller enfatiza a natureza do trauma, enquanto Mele *et al.* estabelecem o sistema operacional através dos “4Rs”. Em conjunto, os estudos demonstram que o “olhar treinado” só é eficaz quando amparado por um protocolo sistematizado. A literatura analisada salienta que a solução para a subnotificação não é apenas clínica, mas também estrutural, consistindo na simplificação do fluxo de atuação do dentista que precisa discernir, registrar e relatar, sem assumir papel investigativo, fazendo a transferência da responsabilidade da investigação para o Estado.

Os estudos incluídos nesta revisão relacionam a subnotificação a fatores associados à deficiente formação acadêmica, à insegurança quanto aos procedimentos de notificação e ao

receio de possíveis consequências profissionais decorrentes do encaminhamento dos casos. As publicações também abordam medidas relacionadas à capacitação técnico-legal do cirurgião-dentista e à utilização de protocolos institucionais para identificação, registro e encaminhamento de situações suspeitas de maus-tratos infantis.

8 CONCLUSÃO

O cirurgião-dentista tem um papel estratégico na proteção de crianças e adolescentes, devido à elevada prevalência de lesões orofaciais associadas aos maus-tratos infantis. Embora os odontólogos saibam diagnosticar esses problemas, não notificam as autoridades devido aos obstáculos como falta de segurança jurídica, medo de represálias e falta de formação acadêmica adequada. Os estudos analisados indicam que a subnotificação não ocorre porque os dentistas não sabem diagnosticar, mas porque há vulnerabilidade em transformar sua suspeita clínica em ação profissional correta.

Constatou-se que a compreensão sobre a falta de preparo para lidar com os aspectos éticos e legais desses casos deixa os profissionais inseguros. Os resultados reforçam a importância da organização de protocolos de notificação e destacam a importância de um processo claro e operacional que pode orientar a atuação clínica com base jurídica.

Destarte, para que os cirurgiões-dentistas possam atuar de forma mais eficaz, é necessário ressignificar a maneira como eles são formados academicamente, incluindo práticas que os preparem para notificar casos de maus-tratos e atuar diante dessas situações de forma humanizada. Adicionalmente, recomenda-se o fornecimento de apoio institucional. Nesse contexto, a habilidade técnica dos dentistas pode ser realmente integrada à responsabilidade social de proteção de crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A. A. *et al.* Aspectos Gerais, Diagnóstico e Condutas pelo Cirurgião Dentista frente aos Maus Tratos contra Crianças e Adolescentes. *Revista Ciências e Odontologia*, v. 6, n. 2, p. 83-92, 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, 16 jul. 1990.

CHILDHOOD BRASIL. *Saiba como agir: denuncie.* São Paulo: Childhood Brasil, 2025.

DA CONCEIÇÃO, H. V. F.; DE ANDRADE, A. J. F.; CARVALHO, J. M.; DE MORAES, D. A. Conduta do Cirurgião-Dentista em casos de Abuso Infantil: Revisão de Literatura. *ARACÊ*, v. 6, n. 2, p. 3405-3416, 2024.

FREITAS, G. S. R. *et al.* O despreparo do cirurgião-dentista na identificação do abuso sexual infantil: uma revisão. *Arquivo Brasileiro de Odontologia*, v. 21, n. 1, p. 50-63, 2025.

HILLESHEIM, L.; COLUSSI, C. F.; BARROS, B. Á. C. de. Percepção dos estudantes de odontologia sobre o abuso infantil na cidade de Florianópolis (SC), Brasil. *Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL*, v. 9, n. 3, p. 58-67, 2022.

KICHENASANTHY, A. *O papel do profissional de saúde oral no diagnóstico e sinalização de crianças vítimas de maus-tratos: Guideline para detectar e denunciar lesões de maus-tratos*. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário (CESPU), Gandra, Portugal, 2023.

MELE, F.; INTRONA, F.; SANTORO, V. Child abuse and neglect: oral and dental signs and the role of the dentist. *The Journal of Forensic Odonto-stomatology*, v. 41, n. 2, p. 21, ago. 2023.

MILLERI, D. P.; XAVIER, G. S.; SILVA JUNIOR, M. C.; OLIVEIRA, P. B. A. Violência sexual infantil: o papel do cirurgião dentista. *Revista DELOS*, v. 17, n. 60, p. e2492, 2024.

NUNES, L. S. *et al.* Prevalence of recognition and reporting of child physical abuse by dental surgeons and associated factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, supl. 3, p. 5013-5022, out. 2021.

RANGEL, M.; DINIZ, M. B.; FRANCO, A.; GUARÉ, R. O. Estudo comparativo entre a rede pública e privada sobre conhecimento e atitude de cirurgiões-dentistas em casos de maus-tratos infantis. *Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL*, v. 11, n. 3, p. 10-19, 2024.

SILVA, R. V. M. *et al.* O Papel do Cirurgião-Dentista na Identificação e Notificação do Abuso Sexual Infantil. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 10, p. 4116-4133, 2024.

14

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan. 2010.

SPILLER, L. R. Orofacial manifestations of child maltreatment: A review. *Dental Traumatology*, v. 40, supl. 2, p. 10-17, mar. 2024.