Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32284

A CAVIDADE ORAL COMO MARCADOR DE VIOLÊNCIA INFANTIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E O PAPEL ESTRATÉGICO DO CIRURGIÃO-DENTISTA

THE ORAL CAVITY AS A MARKER OF CHILD VIOLENCE: AN INTEGRATIVE REVIEW OF THE SCIENTIFIC EVIDENCE AND THE STRATEGIC ROLE OF THE DENTIST

LA CAVIDAD BUCAL COMO MARCADOR DE VIOLENCIA INFANTIL: UNA REVISIÓN INTEGRADORA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y EL PAPEL ESTRATÉGICO DEL CIRUJANO DENTISTA

Alessandra Marcielle Fantanario[1]
Elaine Pereira Machado[2]
Ana Valéria Pagliari[3]

RESUMO: A violência contra crianças e adolescentes constitui um importante problema de saúde pública, exigindo a atuação integrada dos profissionais de saúde para sua identificação e prevenção. Nesse contexto, a cavidade oral apresenta sinais clínicos que podem contribuir para o reconhecimento de situações suspeitas de maus-tratos. O presente trabalho teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre a cavidade oral como marcador de violência infantil e discutir o papel do cirurgião-dentista na identificação, documentação e notificação desses casos. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com seleção de estudos conforme critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. Após o processo de triagem, 11 estudos foram incluídos na síntese final. Os achados evidenciaram que fraturas dentárias, equimoses intra e extraorais, lacerações, alterações no freio labial, cáries extensas não tratadas e sinais de negligência odontológica podem constituir indicadores de alerta para possíveis situações de violência. Entretanto, foram identificadas dificuldades relacionadas à insegurança diagnóstica, à falta de capacitação e ao desconhecimento dos procedimentos de notificação. Conclui-se que o cirurgião-dentista desempenha papel estratégico na rede de proteção à criança e ao adolescente, sendo fundamental o aprimoramento da formação profissional e do conhecimento das responsabilidades éticas e legais para favorecer a identificação precoce e o encaminhamento adequado dos casos suspeitos.

Palavras-chave: Violência infantil. Maus-tratos infantis. Cavidade oral. Odontologia legal. Cirurgião-dentista.

ABSTRACT: Violence against children and adolescents is a major public health problem that requires the coordinated efforts of healthcare professionals for its identification and prevention. In this context, the oral cavity presents clinical signs that may contribute to the recognition of suspected cases of child maltreatment. This study aimed to analyze the scientific evidence regarding the oral cavity as a marker of child abuse and to discuss the role of the dentist in identifying, documenting, and reporting such cases. This is an integrative literature review conducted in the PubMed/MEDLINE and Virtual Health Library (VHL) databases, with studies selected according to previously established eligibility criteria. Following the screening process, 11 studies were included in the final synthesis. The findings showed

[1] Graduanda em Odontologia. Centro Universitário Dinâmica das Cataratas (UDC), Foz do Iguaçu/PR.
[2] Graduanda em Odontologia. Centro Universitário Dinâmica das Cataratas (UDC), Foz do Iguaçu/PR. Autora correspondente.
[3] Orientadora. Doutora em Odontologia Preventiva e Social. Docente do Centro Universitário Dinâmica das Cataratas (UDC), Foz do Iguaçu/PR.

that dental fractures, intraoral and extraoral ecchymoses, lacerations, abnormalities of the labial frenulum, extensive untreated caries, and signs of dental neglect may constitute warning indicators of possible cases of violence. However, difficulties related to diagnostic uncertainty, lack of professional training, and insufficient knowledge of reporting procedures were identified. It is concluded that dentists play a strategic role in the child and adolescent protection network and that improving professional education and knowledge of ethical and legal responsibilities is essential to promote the early identification and appropriate referral of suspected cases.

Keywords: Child abuse. Child maltreatment. Oral cavity. Forensic dentistry. Dentist.

RESUMEN: La violencia contra niños, niñas y adolescentes constituye un importante problema de salud pública que exige la actuación integrada de los profesionales de la salud para su identificación y prevención. En este contexto, la cavidad bucal presenta signos clínicos que pueden contribuir al reconocimiento de situaciones sospechosas de maltrato. El presente trabajo tuvo como objetivo analizar las evidencias científicas sobre la cavidad bucal como marcador de violencia infantil y discutir el papel del cirujano dentista en la identificación, documentación y notificación de estos casos. Se trata de una revisión integradora de la literatura, realizada en las bases de datos PubMed/MEDLINE y Biblioteca Virtual en Salud (BVS), con selección de estudios según criterios de elegibilidad previamente establecidos. Tras el proceso de selección, se incluyeron 11 estudios en la síntesis final. Los hallazgos evidenciaron que las fracturas dentales, las equimosis intra y extraorales, las laceraciones, las alteraciones del frenillo labial, las caries extensas no tratadas y los signos de negligencia odontológica pueden constituir indicadores de alerta de posibles situaciones de violencia. Sin embargo, se identificaron dificultades relacionadas con la inseguridad diagnóstica, la falta de capacitación y el desconocimiento de los procedimientos de notificación. Se concluye que el cirujano dentista desempeña un papel estratégico en la red de protección de la niñez y la adolescencia, y que es fundamental perfeccionar la formación profesional y el conocimiento de las responsabilidades éticas y legales para favorecer la identificación temprana y la derivación adecuada de los casos sospechosos.

Palabras clave: Violencia infantil. Maltrato a los niños. Cavidad bucal. Odontología forense. Odontólogo.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes constitui um grave problema de saúde pública global, com impactos devastadores sobre o desenvolvimento físico, psicológico e social das vítimas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que até 1 bilhão de crianças em todo o mundo sofram alguma forma de violência a cada ano, sendo que a maioria dos episódios ocorre no ambiente doméstico e é perpetrada por pessoas próximas à vítima (World Health Organization, 2022).

No Brasil, os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) evidenciam um cenário preocupante: as notificações de violência contra crianças e adolescentes registraram crescimento expressivo na última década, embora a subnotificação permaneça um desafio estrutural (Brasil, 2024). A literatura aponta que, para cada caso notificado, outros tantos permanecem invisíveis ao sistema de proteção.

Nesse contexto, a cavidade oral emerge como uma área de especial relevância diagnóstica. Estudos internacionais indicam que entre 50% e 70% dos casos documentados de abuso infantil apresentam alguma forma de trauma em região de cabeça, face e pescoço, áreas de acesso direto ao cirurgião-dentista durante o exame clínico de rotina (Mele; Introna; Santoro, 2023; Souza et al., 2017). Lesões como rasgos de frênulo labial, equimoses em tecidos moles, fraturas dentárias, queimaduras orais, marcas de mordida e sinais de negligência odontológica severa podem constituir indicadores silenciosos de situações de maus-tratos (Mele; Introna; Santoro, 2023; Souza et al., 2017).

O cirurgião-dentista ocupa, portanto, uma posição estratégica e privilegiada na detecção precoce do abuso infantil. Diferentemente de outros profissionais de saúde, o dentista frequentemente mantém contato regular e contínuo com a criança ao longo de anos, o que lhe confere capacidade ímpar de identificar padrões de lesão inconsistentes com a história clínica relatada (Håkstad et al., 2024). Além disso, pais e responsáveis de crianças abusadas tendem a manter o vínculo com o dentista mesmo quando trocam sistematicamente de médico para evitar a detecção (Mele; Introna; Santoro, 2023; Souza et al., 2017).

Apesar dessa posição estratégica, a literatura evidencia que grande parte dos cirurgiões-dentistas desconhece ou subestima suas responsabilidades éticas e legais no que tange à identificação e à notificação compulsória de casos suspeitos de violência infantil. Essa lacuna na formação profissional, apontada em estudos nacionais e internacionais (Lacerda et al., 2024; Hokstad; Virtej; Brattabø, 2025), persiste como um problema relevante e ainda insuficientemente abordado nos currículos dos cursos de Odontologia.

A escolha do tema justifica-se pela relevância epidemiológica, ética e social do problema, bem como pela escassez de produções científicas brasileiras que abordem de forma integrada os sinais clínicos orais de violência infantil e a responsabilidade do cirurgião-dentista diante de casos suspeitos. A revisão integrativa da literatura, enquanto metodologia, permite sintetizar o estado da arte do conhecimento científico sobre o tema, identificar lacunas e subsidiar a elaboração de protocolos e diretrizes para a prática clínica odontológica no Brasil.

Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas disponíveis sobre a cavidade oral como marcador de violência infantil e discutir o papel estratégico do cirurgião-dentista na identificação, documentação e notificação de casos suspeitos de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, metodologia que permite a incorporação de estudos com diferentes delineamentos (experimentais e não experimentais) para uma compreensão abrangente do fenômeno analisado. O referencial metodológico adotado segue as etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008) e por Whittemore e Knafl (2005), que compreendem: (1) identificação do problema e elaboração da pergunta de pesquisa; (2) busca na literatura; (3) extração de dados; (4) avaliação crítica dos estudos incluídos; (5) análise e síntese dos resultados; e (6) apresentação da revisão.

A pergunta norteadora desta revisão foi elaborada com base na estratégia PICo (*Population*, *Interest*, *Context*), conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Estratégia PICo

Componente	Definição
P – População (Population)	Crianças e adolescentes (0 a 18 anos) vítimas ou suspeitas de violência ou maus-tratos
I – Interesse (Interest)	Presença de lesões, alterações ou sinais clínicos na cavidade oral como indicadores de abuso físico, sexual ou negligência
Co – Contexto (Context)	Prática clínica odontológica; contexto de saúde pública; rede de proteção à criança

Fonte: elaborado pelas autoras (2026).

A partir da estratégia PICo, foi formulada a seguinte pergunta norteadora: quais são as evidências científicas sobre lesões e alterações da cavidade oral como marcadores de violência infantil, e qual é o papel do cirurgião-dentista na identificação, notificação e proteção dessas crianças e adolescentes?

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que incorpora a coleção LILACS. A exclusão de bases como Scopus e Web of Science decorreu de limitação de acesso institucional, o que constitui uma limitação reconhecida do presente estudo.

As buscas foram realizadas em três rodadas iterativas, com refinamento progressivo das estratégias, em Abril de 2026. Os descritores foram selecionados a partir dos vocabulários controlados *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinados com termos livres em inglês, português e espanhol. As estratégias de busca definitivas são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Estratégias de busca utilizadas

Base	Estratégia de busca
PubMed/MEDLINE	("child abuse"[MeSH] OR "child maltreatment"[MeSH] OR "battered child syndrome"[MeSH] OR "non-accidental injur*"[tiab] OR "inflicted trauma"[tiab]) AND ("oral cavity"[MeSH] OR "mouth"[MeSH] OR "orofacial"[tiab] OR "dental trauma"[tiab] OR "bite mark*"[tiab] OR "frenulum"[tiab] OR "dental neglect"[tiab] OR "oral sign*"[tiab] OR "oral finding*"[tiab]) AND ("dentist*"[tiab] OR "forensic odontolog*"[tiab] OR "mandatory report*"[tiab] OR "safeguarding"[tiab] OR "child protect*"[tiab])
BVS/LILACS (coleção completa)	(mj:"Maus-Tratos Infantis" OR mj:"Criança Abusada" OR ti:("abuso infantil" OR "maus-tratos infantil*" OR "maltrato infantil" OR "child abuse" OR "child maltreatment")) AND (mj:"Cavidade Oral" OR mj:"Boca" OR mj:"Traumatismos Dentários" OR mj:"Odontologia Legal" OR ti:(orofacial OR "cavidade oral" OR "boca" OR "dental" OR "oral" OR "dent*" OR "freio" OR "frenillo")) AND (mj:"Odontólogos" OR mj:"Notificação Compulsória" OR mj:"Proteção da Criança" OR ti:("cirurgião-dentista" OR "odontólogo" OR "dentist*" OR "notificação" OR "notificacion" OR "child protect*" OR "safeguard*"))

Fonte: elaborado pelas autoras (2026).

Os critérios de elegibilidade foram definidos *a priori*, conforme descritos no Quadro 3.

Quadro 3 – Critérios de elegibilidade

Critério	Aspecto	Especificação
Inclusão	Tipo de estudo	Artigos originais, revisões sistemáticas, revisões integrativas, revisões de escopo, revisões narrativas e diretrizes ou documentos normativos
Inclusão	População	Crianças e adolescentes (0 a 18 anos)
Inclusão	Foco	Lesões ou sinais orofaciais associados a violência ou maus-tratos e/ou papel do cirurgião-dentista na detecção e notificação
Inclusão	Período	2013 a 2026 (com exceção de referências seminais de valor histórico documentado)
Inclusão	Idiomas	Português, inglês e espanhol
Inclusão	Acesso	Texto completo disponível gratuitamente ou via acesso institucional
Exclusão	Foco exclusivo	Identificação forense de vítimas fatais, sem abordagem de crianças vivas
Exclusão	População	Artigos exclusivamente sobre adultos, idosos ou outros grupos populacionais
Exclusão	Escopo	Estudos sobre cárie ou doenças bucais sem associação com violência ou maus-tratos
Exclusão	Tipo	Resumos de congresso, teses e dissertações
Exclusão	Duplicatas	Artigos duplicados entre bases, mantendo-se um único registro

Fonte: elaborado pelas autoras (2026).

O processo de seleção dos estudos seguiu o modelo recomendado pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), adaptado para revisões integrativas. As etapas foram: (1) identificação dos registros nas bases de dados; (2) remoção de duplicatas; (3) triagem por título e resumo; (4) avaliação do texto completo; e (5) definição do corpus final. Os registros foram gerenciados em planilha eletrônica de controle desenvolvida para esse fim.

A extração de dados dos estudos incluídos foi realizada por meio de instrumento padronizado contemplando os seguintes campos: identificação (autores, ano, país, periódico); objetivo do estudo; delineamento metodológico; população estudada; tipo de lesão orofacial

identificada; principais achados clínicos; papel do cirurgião-dentista descrito; e limitações do estudo. Os dados foram organizados em um quadro sinóptico (Quadro 5) e submetidos à análise temática de conteúdo para identificação de categorias de evidência.

Por se tratar de pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos publicados, sem envolvimento direto de seres humanos, este estudo dispensou a apreciação pelo sistema CEP/Conep, conforme o art. 1º, parágrafo único, inciso VI, da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Seleção e caracterização dos estudos

A busca nas duas bases gerou inicialmente 42 registros (PubMed: 20; BVS: 22). Após a remoção de uma duplicata, 41 registros foram submetidos à triagem por título e resumo, e 27 foram excluídos por não apresentarem relação com o escopo do estudo. Os 14 registros restantes foram avaliados em texto completo; desses, três foram excluídos (um por estar fora do recorte temporal sem valor seminal documentado, um por se tratar de protocolo de revisão de escopo sem resultados próprios e um por ter como foco metodologias de ensino, fora do escopo definido nos critérios de elegibilidade), resultando em um corpus final de 11 estudos (Quadro 4).

Quadro 4 – Fluxo de seleção dos estudos (PRISMA adaptado)

Etapa	Resultado
Identificação	Registros identificados: PubMed (n = 20) e BVS (n = 22), total de 42
Triagem	Duplicata removida (n = 1): 41 registros únicos; excluídos por título e resumo (n = 27); avaliados em texto completo (n = 14)
Elegibilidade	Excluídos após leitura completa (n = 3): fora do recorte temporal sem valor seminal (n = 1); protocolo de revisão sem resultados próprios (n = 1); foco em metodologia de ensino (n = 1)
Inclusão	Estudos incluídos na síntese final (n = 11)

Fonte: elaborado pelas autoras (2026).

Os 11 estudos foram publicados entre 2015 e 2025 e são oriundos de cinco países: Noruega (quatro estudos), Brasil (quatro estudos), Itália, Dinamarca e Portugal (um estudo cada). A base PubMed/MEDLINE contribuiu com três estudos e a BVS/LILACS com os demais oito, o que confirma a maior cobertura desta última para a literatura latino-americana. Os periódicos com maior número de artigos incluídos foram o *BMC Oral Health* e o *Acta Odontologica Scandinavica* (dois artigos cada). Os quatro estudos brasileiros (Souza et al., 2017; Nunes et al., 2021; Lacerda et al., 2024; Castro et al., 2025) foram publicados na última década, o que indica atenção crescente

ao tema na produção científica nacional, ainda que sem diretrizes clínicas nacionais formalizadas. O Quadro 5 apresenta a síntese dos estudos incluídos.

Quadro 5 – Síntese dos estudos incluídos

Autor(es) (ano)	País	Delineamento	Objetivo	Método	Principais achados
Moura et al. (2015)	Portugal	Estudo transversal	Avaliar o preparo de dentistas e estudantes para o diagnóstico de maus-tratos	Questionário (8 questões); 60 participantes	38% não sabem qual a área mais afetada por abuso; 47% dos dentistas sem treinamento na graduação
Souza et al. (2017)	Brasil	Revisão de literatura	Descrever tipos de maus-tratos, aspectos orofaciais e conduta do CD	Revisão narrativa e legislação brasileira	Negligência e abuso físico mais frequentes; reforça a obrigação de comunicação ao Conselho Tutelar (ECA)
Uldum et al. (2017)	Dinamarca	Estudo transversal (questionário postal)	Reavaliar o papel de dentistas e higienistas em casos de abuso ou negligência após 5 anos	964 questionários válidos; comparação com estudo de 2008	40,8% já suspeitaram; notificação subiu de 33,9% para 50,0%; incerteza diagnóstica é a maior barreira
Brattabø, Bjørknes e Åstrøm (2018)	Noruega	Estudo transversal nacional	Explorar motivos de suspeita de maus-tratos relatados pelo PDHP e resposta do CWS	Survey (1.200 PDHP), 1.214 relatos analisados; GEE	Cárie grave e faltas foram motivos frequentes; apenas 24,5% dos relatos geraram medidas do CWS
Nunes et al. (2021)	Brasil	Estudo transversal	Avaliar a prevalência de identificação e notificação de abuso físico infantil por dentistas da ESF	181 dentistas de Belo Horizonte; regressão de Poisson	40,3% já identificaram AFI, mas só 6,1% notificaram (84,9% de subnotificação)
Brattabø, Lie e Åstrøm (2022)	Noruega	Estudo transversal nacional	Avaliar o recebimento de solicitações do CWS por profissionais de saúde bucal (PDHP)	Survey em 1.200 PDHP; regressão binomial negativa	52,4% receberam solicitação do CWS em 3 anos; associado a sexo feminino, município pequeno e bom conhecimento legal
Mele, Introna e Santoro (2023)	Itália	Revisão de literatura	Revisar sinais orais e dentários de abuso e negligência e o papel do dentista	PubMed, últimos 10 anos, 20 artigos analisados	Fraturas dentárias e equimoses orais mais comuns; propõe os "4 R" (reconhecer, registrar, notificar e encaminhar)
Håkstad et al. (2024)	Noruega	Revisão de escopo	Mapear sinais orofaciais de maus-tratos identificados por dentistas e higienistas	Medline, Embase, CINAHL; 29 estudos incluídos	Cárie predomina, seguida de equimoses, má higiene e trauma dentário; abuso físico e negligência dentária mais comuns
Lacerda et al. (2024)	Brasil	Revisão integrativa	Investigar o conhecimento e a conduta ética do CD sobre o abuso infantil	BVS, PubMed, SciELO; 35 estudos incluídos	Abuso físico e negligência mais prevalentes; apenas 6/35 estudos indicam conhecimento suficiente do CD para o diagnóstico
Castro et al. (2025)	Brasil	Estudo transversal descritivo	Avaliar o conhecimento de estudantes de Odontologia sobre o papel do CD	Questionário on-line; 107 estudantes (FOP/Unicamp)	Bom conhecimento conceitual, mas só 34,6% sabem o que é a ficha de notificação; 17,8% se sentem aptos a identificar sinais
Hokstad, Virtej e Brattabø (2025)	Noruega	Revisão de escopo	Explorar fatores que inibem a notificação de maus-tratos pelo pessoal de saúde bucal	PRISMA-ScR; 34 estudos de 5 continentes	Incerteza diagnóstica, desconhecimento do processo de notificação e medo das consequências são as principais barreiras

Fonte: elaborado pelas autoras (2026). Nota: AFI = abuso físico infantil; CD = cirurgião-dentista; CWS = serviços de proteção à criança (Child Welfare Services); ESF = Estratégia Saúde da Família; GEE = equações de estimação generalizadas; PDHP = pessoal de saúde bucal do serviço público (public dental health personnel).

3.2 Violência infantil: definições, tipos e magnitude

A violência contra crianças e adolescentes é definida pela Organização Mundial da Saúde como qualquer forma de maus-tratos físicos ou emocionais, abuso sexual, abandono ou negligência, ou exploração comercial ou outra forma de exploração que resulte em dano real ou potencial à saúde, ao desenvolvimento ou à dignidade da criança, no contexto de um relacionamento de responsabilidade, confiança ou poder (World Health Organization, 1999). Essa definição abarca quatro grandes categorias: abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico ou emocional e negligência.

O abuso físico caracteriza-se pela aplicação de força física sobre o corpo da criança, resultando em lesões que podem variar de equimoses e lacerações a fraturas e traumatismos cranianos. O abuso sexual envolve qualquer ato sexual praticado por adultos ou adolescentes mais velhos com crianças, com ou sem contato físico direto. A negligência, por sua vez, corresponde à omissão persistente por parte dos responsáveis em prover as necessidades básicas da criança, incluindo alimentação, saúde, higiene, educação e segurança (Souza et al., 2017). A negligência odontológica, categoria de relevância particular para o presente trabalho, é definida pela American Academy of Pediatric Dentistry como a falha deliberada do responsável em buscar e seguir o tratamento necessário para garantir um nível de saúde bucal essencial para a adequada função e a ausência de dor e infecção (American Academy of Pediatric Dentistry, 2024).

Do ponto de vista epidemiológico, estima-se que até 1 bilhão de crianças sejam vítimas de alguma forma de violência a cada ano (World Health Organization, 2022). No Brasil, os dados do SINAN registraram mais de 260 mil notificações de violência contra crianças e adolescentes em 2022, com predomínio das faixas etárias de 0 a 9 anos nas formas de negligência e abuso físico, e de 10 a 19 anos nos casos de abuso sexual (Brasil, 2024). A subnotificação representa um desafio adicional para a dimensão real do problema.

3.3 Lesões orofaciais como indicadores de abuso

A região orofacial é uma das regiões corporais mais frequentemente acometidas em casos de abuso físico infantil. Segundo a revisão de escopo de Håkstad et al. (2024), comportamentos

deliberados, agressivos ou violentos respondem por 60% a 75% das lesões corporais na região orofacial (face, pescoço, orelhas, lábios e cavidade intraoral), o que torna essa região mais vulnerável a traumatismos do que qualquer outra parte do corpo infantil. Esses achados são reforçados pela revisão de Mele, Introna e Santoro (2023), que descreve as fraturas dentárias e as equimoses orais como os sinais mais comumente relatados na literatura odontológica.

Conforme descrito por Souza et al. (2017), as lesões mais frequentemente associadas ao abuso físico incluem hematomas, lacerações e cicatrizes persistentes em lábios e mucosa oral; ruptura do freio labial maxilar, indicativa de abuso grave quando presente em crianças que ainda não andam; fraturas, deslocamento, mobilidade ou avulsão dentária sem história plausível; fraturas em côndilo, ramo ou sínfise mandibular; e má oclusão incomum associada a trauma prévio. No contexto da negligência, destacam-se lesões de cárie rampante não tratadas, sintomatologia dolorosa sem busca por tratamento e infecções orais. Já no abuso sexual, eritemas ou petéquias inexplicáveis no palato e marcas de mordida com padrão ovoide constituem indicadores de alta relevância clínica.

A revisão de escopo de Håkstad et al. (2024), conduzida com 29 estudos primários, identificou que a cárie dentária domina os sinais orofaciais de maus-tratos identificados em ambiente odontológico, seguida de equimoses (intra e extraorais), má higiene oral, trauma dentário e lacerações. O abuso físico e a negligência odontológica foram os tipos de maus-tratos mais comumente identificados no consultório odontológico.

3.4 Epidemiologia das lesões em cabeça, face e pescoço

A prevalência elevada de lesões em região de cabeça, face e pescoço em casos de abuso infantil não é fortuita. Do ponto de vista biomecânico e comportamental, essa região é frequentemente alvo tanto de agressões diretas quanto de impactos resultantes de quedas ou colisões provocadas. Além disso, o tamanho proporcionalmente maior da cabeça em relação ao corpo na infância torna essa região mais vulnerável a traumas por sacudimento e impacto (Håkstad et al. (2024)).

O diagnóstico diferencial entre lesões acidentais e não acidentais em região orofacial deve considerar: a localização anatômica da lesão (estruturas protegidas, como o freio labial em crianças que ainda não andam, são raramente lesionadas acidentalmente); a multiplicidade e a cronicidade das lesões; a inconsistência entre o mecanismo de trauma relatado e o padrão da lesão observada; a presença de lesões em diferentes estágios de cicatrização; e o atraso na busca

de atendimento médico ou odontológico (Håkstad et al., 2024; Mele; Introna; Santoro, 2023; Souza et al., 2017).

3.5 O papel do cirurgião-dentista na rede de proteção

O cirurgião-dentista integra a rede de proteção à criança e ao adolescente na condição de profissional de saúde com acesso privilegiado à região anatômica mais frequentemente acometida nos casos de abuso físico. Sua posição é estratégica por múltiplas razões: a consulta odontológica proporciona exame sistemático de toda a cavidade oral e estruturas adjacentes; o vínculo longitudinal com a criança permite identificar padrões de lesão ao longo do tempo; e, conforme destacado por Håkstad et al. (2024), os dentistas examinam a região orofacial rotineiramente, o que lhes confere bom entendimento sobre lesões recentes e em processo de cicatrização, favorecendo a identificação de padrões inconsistentes com o histórico clínico relatado.

As responsabilidades do cirurgião-dentista frente a casos suspeitos abrangem o reconhecimento dos sinais clínicos orais de violência, a documentação clínica e fotográfica detalhada das lesões, a comunicação com outros profissionais de saúde e com a equipe multidisciplinar e a notificação aos órgãos de proteção. Lacerda et al. (2024) reforçam que identificar, documentar e notificar o abuso infantil constitui dever fundamental do cirurgião-dentista e destacam que o profissional deve estar familiarizado com as obrigações legais de notificação vigentes em seu país. Mele, Introna e Santoro (2023) sintetizam essa conduta em quatro etapas: reconhecer, registrar, notificar e encaminhar.

Mele, Introna e Santoro (2023) destacam ainda a distinção necessária entre a negligência deliberada, que configura maus-tratos e demanda notificação, e situações de carência involuntária determinadas por fatores socioeconômicos e culturais, como isolamento familiar, dificuldades financeiras ou desconhecimento da importância da saúde bucal, que demandam acolhimento e encaminhamento a serviços de apoio.

3.6 Conhecimento, conduta e barreiras à notificação

Os estudos incluídos que avaliaram estudantes e profissionais convergem ao mostrar uma distância entre o reconhecimento da importância do tema e o preparo para agir. No Brasil, Castro et al. (2025) observaram que estudantes de Odontologia apresentavam bom conhecimento conceitual, mas apenas 34,6% sabiam o que é a ficha de notificação e 17,8% se

sentiam aptos a identificar os sinais de abuso. Em Portugal, Moura et al. (2015) verificaram que 38% dos participantes não sabiam qual a área corporal mais afetada pelo abuso e que 47% dos dentistas não haviam recebido treinamento sobre o tema na graduação.

Entre profissionais em exercício, Nunes et al. (2021) identificaram que 40,3% dos dentistas da Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte já haviam identificado abuso físico infantil, mas apenas 6,1% notificaram os casos. Na Dinamarca, Uldum et al. (2017) registraram que 40,8% dos dentistas e higienistas já haviam suspeitado de abuso ou negligência e que a proporção de notificações aumentou de 33,9% para 50,0% em cinco anos, com a incerteza diagnóstica como principal barreira. Na Noruega, onde o tema é mais estudado, Brattabø, Bjørknes e Åstrøm (2018) mostraram que cárie grave e faltas recorrentes às consultas foram motivos frequentes de suspeita, embora apenas 24,5% dos relatos tenham gerado medidas dos serviços de proteção à criança, e Brattabø, Lie e Åstrøm (2022) observaram que 52,4% dos profissionais receberam solicitações desses serviços em três anos.

A revisão integrativa de Lacerda et al. (2024) reforça esse quadro, ao identificar que apenas 6 de 35 estudos indicavam conhecimento suficiente do cirurgião-dentista para o diagnóstico do abuso infantil. Em âmbito internacional, a revisão de escopo de Hokstad, Virtej e Brattabø (2025), que mapeou as barreiras à notificação entre profissionais de saúde bucal em cinco continentes, identificou a incerteza diagnóstica, o desconhecimento do processo formal de notificação e o receio quanto às consequências para o vínculo com a família como as principais barreiras, um padrão semelhante ao observado no contexto brasileiro.

3.7 Legislação brasileira: notificação compulsória e ECA

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei nº 8.069/1990) determina, em seu artigo 13, que os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente sejam obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, e o artigo 245 prevê multa ao médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde que deixar de comunicar esses casos à autoridade competente (Brasil, 1990). No âmbito do Sistema Único de Saúde, a Portaria MS/GM nº 1.968/2001 dispõe sobre a comunicação, às autoridades competentes, dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos na rede (Brasil, 2001). Mais recentemente, a Lei nº 14.344/2022 tipificou

como crime deixar de comunicar à autoridade pública a prática de violência contra criança ou adolescente (Brasil, 2022).

Embora o ECA não mencione nominalmente o cirurgião-dentista, o dever de comunicação alcança os profissionais e os estabelecimentos de saúde, e o Código de Ética Odontológica reconhece como justa causa para a quebra do sigilo profissional a colaboração com a justiça nos casos previstos em lei (Conselho Federal de Odontologia, 2012). A comunicação deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar local, com competência para acionar o Ministério Público e as demais instâncias da rede de proteção. Cabe ressaltar que a notificação não implica acusação formal, mas tão somente o acionamento do sistema de proteção para a investigação adequada (Souza et al., 2017).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou, por meio de revisão integrativa de 11 estudos publicados entre 2015 e 2025, as evidências científicas sobre a cavidade oral como marcador de violência infantil e o papel do cirurgião-dentista na identificação, documentação e notificação de casos suspeitos. Os resultados confirmam que a região orofacial é uma das mais atingidas nos casos de abuso físico, o que coloca o dentista em posição privilegiada para a detecção precoce.

Quanto aos sinais clínicos, a literatura destaca equimoses e lacerações em tecidos moles, fraturas e avulsões dentárias sem história plausível, rasgo de frênulo labial em crianças que ainda não andam, marcas de mordida e cárie extensa não tratada, esta última relacionada à negligência odontológica. Abuso físico e negligência foram os tipos de maus-tratos mais frequentemente identificados em consultório. Ressalta-se a necessidade de diferenciar a negligência deliberada, que configura maus-tratos, da carência involuntária associada a fatores socioeconômicos, que demanda acolhimento e encaminhamento. Do ponto de vista legal, o ECA torna obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar, e a notificação não implica acusação, mas o acionamento da rede de proteção.

Apesar disso, os estudos evidenciam uma distância entre o dever legal e a prática. No Brasil, 40,3% dos dentistas da Estratégia Saúde da Família já identificaram abuso físico infantil, mas apenas 6,1% notificaram; entre estudantes, somente 34,6% sabiam o que é uma ficha de notificação e 17,8% se sentiam aptos a reconhecer sinais de abuso. Internacionalmente, as principais barreiras são a incerteza diagnóstica, o desconhecimento do processo de notificação e o receio das consequências para o vínculo com a família. Esses achados apontam a formação

profissional como ponto central de intervenção, por meio de conteúdos específicos na graduação e na educação continuada, com orientações práticas como reconhecer, registrar, notificar e encaminhar.

Como lacuna, observou-se que, embora a produção brasileira sobre o tema tenha crescido (4 dos 11 estudos), ainda não há diretrizes clínicas nacionais formalizadas para a conduta odontológica em casos suspeitos. Sugere-se a elaboração de protocolos e fluxos de notificação voltados ao dentista, além de pesquisas nacionais sobre a eficácia de estratégias educativas e sobre o desfecho dos casos notificados.

Por fim, reconhecem-se como limitações o número reduzido de estudos, a busca restrita a PubMed/MEDLINE e BVS (sem Scopus e Web of Science, por limitação de acesso) e a heterogeneidade dos delineamentos incluídos. Ainda assim, conclui-se que o cirurgião-dentista deve estar preparado para reconhecer, documentar e notificar a violência infantil, e que essa preparação começa na graduação.

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Durante a elaboração deste trabalho, as autoras utilizaram o Claude.ai para a revisão ortográfica e gramatical do texto, o auxílio na tradução de artigos científicos e o apoio na elaboração da estratégia de busca de estudos nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed. A plataforma FastFormat foi utilizada para a formatação inicial. Nenhuma ferramenta foi utilizada como fonte de evidência científica nem para selecionar estudos ou interpretar resultados, e todas as informações foram conferidas pelas autoras nas publicações originais.

Além disso, na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, o professor responsável, que também ministra a disciplina de Inteligência Artificial no curso, utilizou a ferramenta Claude (Anthropic) como apoio a um checklist de revisão dos trabalhos, abrangendo a conferência da correspondência entre citações e referências, a adequação às normas da ABNT e ao modelo institucional, a consistência metodológica e a verificação de dados bibliográficos, bem como a adaptação do texto ao formato de artigo, incluindo a tradução do resumo para o espanhol. As sugestões resultantes foram analisadas pelas autoras, que decidiram sobre sua incorporação ao texto.

Todo o conteúdo foi lido, revisado e validado criticamente pelas autoras, que assumem integral responsabilidade pelo texto final. Esse uso está de acordo com as orientações do

Committee on Publication Ethics (COPE, 2023) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2026), segundo as quais ferramentas de inteligência artificial não podem ser consideradas autoras e seu uso deve ser declarado de forma transparente.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Definition of dental neglect. In: AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **The reference manual of pediatric dentistry**. Chicago: AAPD, 2024. p. 18.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 22 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a comunicação, 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**: seção 1, Brasília, DF, 26 out. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 44-46, 24 maio 2016.

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 [...]. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 25 maio 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14344.htm. Acesso em: 22 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. Boletim Epidemiológico, Brasília, DF, v. 54, n. 8, 29 fev. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08. Acesso em: 30 out. 2026.

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, art. 29, 2018. DOI: 10.1186/s12903-018-0490-x.

BRATTABØ, I. V.; LIE, S. A.; ÅSTRØM, A. N. Dental health personnel's experience with receiving inquiries from child welfare services: a national cross-sectional study. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 80, n. 4, p. 281-288, 2022. DOI: 10.1080/00016357.2021.2003428.

CASTRO, M. J. C. de et al. Conhecimento de estudantes de odontologia sobre o papel do cirurgião-dentista no enfrentamento da violência contra a criança. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 54, e20250025, 2025. DOI: 10.1590/1807-2577.20250025.

COMMITTEE ON PUBLICATION ETHICS (COPE). **Authorship and AI tools**: COPE position statement. [S. l.]: COPE, 2023. DOI: 10.24318/cCVRZBms. Acesso em: 22 out. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Resolução CFO-118, de 11 de maio de 2012**. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. Rio de Janeiro: CFO, 2012. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf. Acesso em: 22 out. 2026.

HÅKSTAD, K. et al. Orofacial signs of child or adolescent maltreatment identified by dentists and dental hygienists: a scoping review. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 34, n. 3, p. 285-301, 2024. DOI: 10.1111/ipd.13139.

HOKSTAD, E.; VIRTEJ, A.; BRATTABØ, I. V. Factors that inhibit reporting of child maltreatment among dental health personnel: a scoping review. **BMC Oral Health**, v. 25, 2025. DOI: 10.1186/s12903-025-07287-2.

INTERNATIONAL COMMITTEE OF MEDICAL JOURNAL EDITORS (ICMJE). **Recommendations for the conduct, reporting, editing, and publication of scholarly work in medical journals**. [S. l.]: ICMJE, jan. 2026. Disponível em: https://www.icmje.org/recommendations/. Acesso em: 22 out. 2026.

LACERDA, G. P. et al. O papel do cirurgião-dentista na identificação e conduta ética perante o abuso infantil. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 24, n. 2, p. 23-33, 2024.

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. 21-29, 2023.

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

MOURA, A. R. et al. Dentists and undergraduate dental students require more information relating to child abuse. **MedicalExpress**, São Paulo, v. 2, n. 2, 2015.

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, 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212611.3.02442020.

SOUZA, C. E. de et al. Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Odontologia Legal**, v. 4, n. 1, 2017.

ULDUM, B. et al. How Danish dentists and dental hygienists handle their role in child abuse and neglect matters. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 75, n. 5, p. 332-337, 2017. DOI: 10.1080/00016357.2017.1307448.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the Consultation on Child Abuse Prevention**, 29-31 March 1999. Geneva: WHO, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence against children**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children. Acesso em: 22 out. 2026.