

## O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA EM CASOS DE MAUS TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

THE ROLE OF THE DENTAL SURGEON IN CASES OF VIOLENCE AGAINST  
CHILDREN AND ADOLESCENTS

EL PAPEL DEL DENTISTA EN CASOS DE MALTRATO INFANTIL Y  
ADOLESCENTE

Gabrielly Neves da Costa<sup>1</sup>, Mônica Pestana Gomes<sup>2</sup>, Tereza Cristina Almeida Graça<sup>3</sup>, Maria Luiza  
Gomes Tostes<sup>4</sup>, Luiz Felipe Almeida Graça<sup>5</sup>, Denize Mandarinó<sup>6</sup>

DOI: 10.54899/dcs.v23i87.4618

Recibido: 15/01/2026 | Aceptado: 09/02/2026 | Publicación en línea: 16/02/2026.

### RESUMO

A violência contra crianças e adolescentes constitui-se como um problema de saúde pública em diferentes países, contribuindo para o aumento dos índices de morbidade e mortalidade neste grupo. É somada a este fato a problemática da subnotificação de casos. No Brasil, este cenário se contrapõe à manutenção da integridade e dignidade da população infantojuvenil proposta pela Constituição Federal de 1988 e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Os maus tratos podem ser classificados como físicos, psicológicos ou emocionais, sexuais e negligência. Geralmente são praticados pela própria família ou por pessoas próximas da criança ou do adolescente, assim como nos ambientes escolares. No presente trabalho, foi realizada uma revisão de literatura com base em livros e artigos científicos publicados nas plataformas digitais PubMed e Scielo. O objetivo é abordar o papel do Cirurgião-Dentista na suspeita e/ou no diagnóstico de casos de violências contra crianças e adolescentes, através dos principais sinais e sintomas e da anamnese. E também, se elucida o papel dos profissionais de saúde e de educação quanto à notificação dos casos às Instituições competentes.

**Palavras-chave:** Maus Tratos. Crianças. Adolescentes. Cirurgião-Dentista.

<sup>1</sup> Graduada em Odontologia, Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.  
E-mail: gabriellycosta216@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8302-0135>

<sup>2</sup> Doutora em Ciências e Biotecnologia, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.  
E-mail: monicapestana@id.uff.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9044-4200>

<sup>3</sup> Doutora em Odontologia Social, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.  
E-mail: terezagraca@id.uff.br Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-1150-5998>

<sup>4</sup> Graduada em Odontologia, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.  
E-mail: maluzinhastostes@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-5199-875X>

<sup>5</sup> Mestre em Clínica Odontológica, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.  
E-mail: luizfelipeggraca@id.uff.br Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-0798-1229>

<sup>6</sup> Doutora em Odontologia, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.  
E-mail: mandarinodenize@id.uff.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7672-3991>

## ABSTRACT

Violence against children and adolescents is a public health problem in different countries and contributes to morbidity and mortality in this group. Most of these cases are not reported. In Brazil this scenario opposes the maintenance of the integrity and dignity of the child and young population proposed by the Federal Constitution of 1988 and the Child and Adolescent Statute. The violence can be classified as physical, emotional, sexual or negligence. Usually are practiced by the family, close people or in school. This text is a review of the literature based on books and digital articles published in Pubmed and Scielo about the subject. The aim of this study is to emphasize the role of the Dental Surgeon in suspecting and/or diagnosing cases of violence against children and adolescents, through the main signs and symptoms and the anamnesis. It also clarifies the role of health and education professionals in reporting cases to the competent institutions.

**Keywords:** Abuse. Children. Adolescents. Dental Surgeon.

## RESUMEN

La violencia contra los niños y adolescentes constituye un problema de salud pública en diferentes países, contribuyendo al aumento de los índices de morbilidad y mortalidad en este grupo. A esto se suma el problema de la subnotificación de casos. En Brasil, esta situación contradice la preservación de la integridad y la dignidad de la población infantil y adolescente, tal como lo proponen la Constitución Federal de 1988 y el Estatuto del Niño y del Adolescente. El maltrato puede clasificarse como físico, psicológico o emocional, sexual y por negligencia. Por lo general, son perpetrados por la propia familia o por personas cercanas al niño o adolescente, así como en entornos escolares. En el presente trabajo, se realizó una revisión de la literatura basada en libros y artículos científicos publicados en las plataformas digitales PubMed y Scielo. El objetivo es abordar el papel del dentista en la sospecha y en el diagnóstico de casos de violencia contra niños y adolescentes, a través de los principales signos y síntomas y de la anamnesis. También se dilucida el papel de los profesionales de la salud y educación en la notificación de casos a las instituciones competentes.

**Palabras clave:** Maltrato. Infantil. Adolescente. Dentista.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

## INTRODUÇÃO

Maus tratos contra crianças e adolescentes são definidos como ações de natureza física, psicológica, emocional, sexual ou negligência (omissão de cuidados básicos ou abandono), que resultam em consequências físicas, psicológicas, sociais ou morais à vítima (MASSONI *et al.*, 2010). As violências contra a população infantojuvenil constituem um problema de saúde pública

no Brasil e em demais países, que favorece o aumento das taxas de mortalidade e morbidade neste grupo. Soma-se a isso a problemática da subnotificação de casos, demonstrando que o cenário real é ainda mais alarmante do que se conhece. (TERRA *et al.*, 2013).

A maior parte das violências contra crianças e adolescentes é praticada pela família ou por pessoas próximas, mas também acontece em ambientes educacionais, como escolas e creches. O fato de as pessoas que mais deveriam proporcionar proteção, na realidade serem as agressoras, muitas das vezes corrobora para que a criança ou o adolescente não conte a ninguém sobre o que está sofrendo, resultando em danos psicológicos e sociais. E ainda, pessoas próximas que tenham conhecimento sobre os acontecimentos, como vizinhos, também costumam ter receio de denunciar. Estes dois fatores contribuem significativamente para a subnotificação de casos. (ABREU *et al.*, 2012).

O número de casos de maus tratos infanto-juvenis praticados no ambiente familiar também aumentou em decorrência do isolamento social durante a pandemia pelo vírus COVID-19 (LEVANDOWSKI *et al.*, 2021).

Portanto, é fundamental que o Cirurgião-Dentista, assim como os demais profissionais da saúde e os profissionais da educação, tenham capacitação adequada para suspeitarem ou confirmarem casos de violências contra crianças e adolescentes, com base nos sinais e sintomas apresentados, físicos ou não. É de suma importância também o conhecimento acerca da realização da notificação compulsória nestes casos, para que as Instituições competentes tomem as medidas necessárias.

## OBJETIVOS

Pode-se citar como objetivos do presente trabalho:

1. Discorrer acerca do papel do Cirurgião-Dentista no cenário de confirmação ou suspeita de maus tratos contra crianças e adolescentes.
2. Destacar os principais sinais e sintomas, físicos e comportamentais, apresentados por crianças e adolescentes vítimas de maus tratos, de interesse para o Cirurgião-Dentista.
3. Destacar a ocorrência de violências nos ambientes de escolas e creches.
4. Discorrer acerca do papel dos profissionais da educação no cenário de confirmação ou suspeita de maus tratos contra crianças e adolescentes.
5. Destacar a problemática da subnotificação de casos.

6. Discorrer a respeito da realização da notificação compulsória destes casos.
7. Destacar a importância da notificação destes casos tratando-se da população geral.
8. Elucidar a necessidade da implementação de medidas legais que efetivamente protejam e assegurem a população infantojuvenil e aumentem a rigorosidade das penalidades aplicadas sobre os agressores.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura, a respeito do papel do Cirurgião-Dentista em casos de maus tratos ou violências contra crianças e adolescentes.

Para desenvolvê-lo, inicialmente foi realizado um levantamento de dados em livros na área de Odontopediatria e em artigos científicos contidos nas plataformas virtuais PubMed e Scielo. A busca por estes artigos científicos nestas plataformas virtuais foi filtrada da seguinte maneira:

1. Os idiomas selecionados foram português, inglês e espanhol.
2. O período selecionado foi principalmente a partir de 2018 (embora alguns resultados apresentados e utilizados neste trabalho sejam de anos anteriores).
3. A área temática selecionada foi de ciências da saúde.
4. Foram selecionados todos os tipos de literatura.
5. As palavras-chaves utilizadas foram “maus tratos infantis” e “odontólogos” (Cirurgião Dentista), de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).
6. Foram excluídos da busca aqueles artigos que não relacionam a temática em questão com a Odontologia.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **Definição e Histórico**

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, definiu maus tratos infantis como toda forma de violência (física, emocional, psicológica, negligência e/ou exploração), resultando em dano real ou potencial à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (pais biológicos, adotivos, padrastos, outro

adulto que possua a guarda da criança ou adultos próximos, como família, professores e cuidadores) (ABREU *et al.*, 2012).

O código penal brasileiro também discorre a respeito da definição de maus tratos infantis, assim como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ABREU *et al.*, 2012).

De acordo com o artigo 5 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1991, nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e/ou opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

No entanto, a realidade de milhares de crianças e adolescentes em diversos países contrasta com estas conceituações. É marcada pela violência cotidiana, principalmente praticada no próprio ambiente familiar, sem que os responsáveis sofram qualquer punição. (MASSONI *et al.*, 2010).

Em 1962, nos Estados Unidos, Henry Kempe foi responsável por publicar um trabalho que, posteriormente, foi reconhecido pela Academia Americana de Pediatria e revolucionou os cuidados com a população infantojuvenil nos estados americanos. Este trabalho chamava-se “Battered Child Syndrome”, ou seja, “Síndrome da Criança Espancada”. Através dele, foram descritas múltiplas formas de violências, físicas ou não, bem como os sinais e sintomas que as mesmas geravam nas crianças. Também foi enfatizada a discrepância entre os relatos que eram dados pelas vítimas e pelos seus responsáveis agressores. O impacto positivo deste estudo gerou modificações nas leis que regiam os estados americanos, entre 1963 e 1968. Foram criados serviços de proteção infantil que obrigavam os profissionais da saúde a reportarem casos suspeitos de violência infanto-juvenil às autoridades competentes. A “Síndrome da Criança Espancada” citada passou, então, a ser de responsabilidade jurídica, social e de saúde (VIEIRA *et al.*, 2020).

Já no Brasil, no Rio de Janeiro, foi criada a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), em 1988. Era uma instituição não governamental, que tinha o principal objetivo de conscientizar os governantes e a sociedade sobre a importância da manutenção dos direitos das crianças e dos adolescentes enquanto cidadãos.

Estudos demonstraram que, no Brasil, a cada 1000 crianças, 10 são vítimas de maus tratos, das quais 2% a 3% morrem em decorrência dos mesmos (RUARO *et al.*, 1997; TERRA *et al.*, 2013).

Estima-se que apenas 20% dos casos de maus tratos contra crianças e adolescentes

sejam notificados (WEBER *et al.*, 2002; MASSONI *et al.*, 2010).

## Sinais e Sintomas

São sugestivos de maus tratos a história de violências prévias, as características das lesões, a incompatibilidade destas com o relato de acidente que geralmente é fornecido pelo responsável ou agressor, a demora em procurar assistência à saúde da vítima e o diagnóstico diferencial com patologias (PFEIFFER, 2000; TERRA *et al.*, 2013).

Diversos autores abordam também os perfis psicossociais mais observados em agressores denunciados, sendo eles: história de abuso ou negligência quando criança, falta de suporte ou isolamento social, expectativas frustradas em relação à criança, paternidade ou maternidade muito cedo/jovem, comprometimento mental e reversão do papel pai e filho (NAIDOO, 2000; JOHNSON, 2002; MASSONI *et al.*, 2010).

A literatura aponta que, quanto ao grau de ligação com a criança, os agressores geralmente são a mãe ou o pai, seguidos de companheiros dos mesmos, avós e tios (NAIDOO, 2000; CAIRNS *et al.*, 2005; MASSONI *et al.*, 2010).

Já com relação à idade, crianças de até 4 anos são mais acometidas pelas violências domiciliares, sobretudo em razão dos choros ou gritos frequentes (NAIDOO, 2000; JOHNSON, 2002; MASSONI *et al.*, 2010).

Em razão do perfil psicossocial comum do agressor, a boca da vítima costuma ser uma região frequentemente atingida (NEEDLMAN, 1986; MASSONI *et al.*, 2010).

Os sinais e sintomas sugestivos de abuso infantil incluem lesões agudas em tecidos moles (equimoses e hematomas em diferentes estágios de cura, edemas, lacerações, escoriações, mordidas e queimaduras), alterações comportamentais e fraturas ósseas únicas ou múltiplas, sobretudo de fêmur, úmero e tíbia (DOS SANTOS *et al.*, 1995; TERRA *et al.*, 2013).

As fraturas ósseas são mais comuns em crianças menores de 3 anos e costumam ser múltiplas (KEMP *et al.*, 2008; TERRA *et al.*, 2013).

## Lesões

Em lábios, as lesões mais observadas são equimoses, hematomas, arranhões, lacerações, cicatrizes (em casos de trauma persistente) e queimaduras (geralmente causadas por alimentos

quentes ou cigarro. E ainda, as lacerações e queimaduras também costumam estar presentes nas regiões de freios labial e lingual, gengivas, língua, assoalho bucal e palato. Costumam ser causadas por alimentos ou utensílios quentes, assim como por beijo ou sexo oral forçados. (JESSEE, 1995; TSANG e SWEET, 1999; MARQUES e COLARES, 2003; AVON, 2004; DUBOWITZ e BENNETT, 2007; HENDLER e SUTHERLAND, 2007; MASSONI *et al.*, 2010).

Com relação aos dentes, podem apresentar mobilidade, deslocamento, luxação ou fratura. Um forte indicativo de violência infantojuvenil é a presença de múltiplas raízes residuais sem que haja história pregressa justificável. Já os ossos maxilares (maxila e mandíbula) costumam apresentar fraturas, além de maloclusão. (JESSEE, 1995; TSANG e SWEET, 1999; MARQUES e COLARES, 2003; AVON, 2004; DUBOWITZ e BENNETT, 2007; HENDLER e SUTHERLAND, 2007; MASSONI *et al.*, 2010).

É fundamental que, além do exame detalhado da cavidade oral, as áreas próximas também sejam analisadas, como órbitas, nariz e orelhas. As órbitas podem apresentar hemorragia, hematoma periorbital e ptose (impressão de “olho caído”). O nariz pode apresentar fraturas e ferimentos. As orelhas podem apresentar hematoma e danos aos tímpanos. (JESSEE, 1995; TSANG e SWEET, 1999; MARQUES e COLARES, 2003; AVON, 2004; DUBOWITZ e BENNETT, 2007; HENDLER e SUTHERLAND, 2007; MASSONI *et al.*, 2010).

Especificamente em relação às marcas por mordeduras, podem ser avaliados aspectos como sua extensão, a presença de dentes e sugilação (marca deixada pelo ato de sugar ou chupar). Quando provocadas por um adulto, a distância entre caninos é maior do que 3 centímetros e isso ficará registrado na lesão. Em lesões já em processo de cicatrização, o registro dentário se torna mais evidente. (JESSEE, 1995; MASSONI *et al.*, 2010).

É fundamental saber distinguir clinicamente as mordidas humanas daquelas provocadas por animais. Como já mencionado, as lesões provocadas por mordidas humanas costumam formar hematomas e estar associadas a registros de dentes e sugilações. Já as lesões provocadas por animais, frequentemente são feridas laceradas, profundas e com extensa perda tecidual. (AVON, 2004; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC, 2005-2006; MASSONI *et al.*, 2010).

### **Alterações Comportamentais, Negligência e Abuso Sexual**

Quanto às alterações comportamentais, crianças e adolescentes vítimas de maus tratos

podem apresentar funções cognitiva, motora, de linguagem e expressão diminuídas. (PRASAD, KRAMER, EWING, 2005; TERRA *et al.*, 2013).

O fator comportamental é imprescindível de ser bem analisado em vítimas de abuso sexual, visto que, muitas vezes, não haverá danos físicos no escopo de atuação do Cirurgião-Dentista. Estas vítimas, principalmente, evitam contato físico com o profissional ou até mesmo tentam se defender do mesmo, mas também podem apresentar comportamento sexual impróprio. (JESSEE, 1995; LOUZADO *et al.*, 2001; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC, 2005-2006; JACKSON *et al.*, 2006; MASSONI *et al.*, 2010).

Quando os danos físicos causados por abuso sexual estão presentes nas regiões de cabeça e pescoço são, principalmente: Petéquias, eritemas, ulcerações e vesículas (pseudomembranas ou com conteúdo purulento). As áreas mais acometidas são palato duro e mole, orofaringe, língua, assoalho bucal e lábios. É importante citar que é comum haver associação com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), sobretudo gonorréia, sífilis e condiloma acuminado causado pelo papiloma vírus humano (HPV).

Enquanto a lesão causada pelo papiloma vírus humano é dita com o aspecto clássico semelhante ao de uma “couve flor”, a lesão causada pela sífilis (no seu estágio primário) classicamente é o “cancro duro”, que pode afetar a cavidade oral e a região perioral. (JESSEE, 1995; SYRIPINEN e PURONEN, 2000; LOUZADO *et al.*, 2001; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC, 2005-2006; MASSONI *et al.*, 2010).

Com relação à negligência, pode ocorrer por meio da omissão de cuidados bem como por abandono. No cenário odontológico, é comum que o profissional se veja diante de situações de demora em buscar atendimento para a criança ou o adolescente, cáries avançadas, infecções periodontais, intensa dor e falta de adesão ao tratamento proposto sem justificativa plausível. (LOOCHTAN, BROSS e DOMOTO, 1986; JESSEE, 1995; TSANG e SWEET, 1999; MASSONI *et al.*, 2010).

Quando o profissional se vê diante da suspeita de maus tratos infanto juvenis, o ideal é que a vítima seja deixada confortável para que dialogue e, se possível, separadamente do seu responsável. No entanto, nem sempre isto será possível. (JESSEE, 1995; GERBERT *et al.*, 2000; CAVALCANTI, 2001; LOUZADO *et al.*, 2001; JACKSON *et al.*, 2006; MASSONI *et al.*, 2010).



## **Violências nas Escolas e Creches, Bullying e Pandemia por COVID-19**

É importante ratificar que as violências contra crianças e adolescentes, além de muito praticadas no recinto familiar, também podem se deflagrar em ambientes de escolas, creches e afins. Nestes casos, podem ser físicas ou psicológicas e emocionais.

As consequências do bullying nas vítimas podem ser diversas e se manifestam, principalmente, nos âmbitos psicológico e emocional. São observados, sobretudo: Depressão, perda de autoestima, ansiedade, estresse, dores inespecíficas, problemas de relacionamentos interpessoais e abuso de álcool e outras drogas. A notificação às autoridades competentes se faz obrigatória tanto para os profissionais da saúde quanto para os profissionais da educação. (ABREU *et al.*, 2012).

Não se pode deixar de comentar também a respeito do aumento de casos de maus tratos infanto juvenis durante a pandemia por COVID-19. Estudos apontam para o aumento dessa violência, sobretudo, nos momentos de maior isolamento social e recessão econômica, assim como para a ocorrência de subnotificação (LAWSON, PIEL e SIMON, 2020; CALVANO *et al.*, 2021, JEHARSAE *et al.*, 2021; LEVANDOWSKI *et al.*, 2021).

### **Notificação**

Visto que o prontuário odontológico é um documento, com fins, inclusive, legais, as informações coletadas no exame clínico de crianças e adolescentes vítimas ou com a suspeita de maus tratos, devem constar no mesmo. E ainda, os exames complementares devem ser anexados, como de imagem e sorológico. Estes documentos irão compor a notificação compulsória pelo Cirurgião-Dentista às instituições competentes, bem como fotografias, relatos fornecidos pela vítima e por seu responsável e descrição detalhada da lesão física, quando houver. É importante salientar que não se recomenda avisar a respeito da notificação para o responsável da vítima, por razões de segurança da mesma. (TSANG e SWEET, 1999; JACKSON *et al.*, 2006; HENDLER e SUTHERLAND, 2007; MASSONI *et al.*, 2010).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, a notificação compulsória deve ser destinada ao Conselho Tutelar do município (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991; MASSONI *et al.*, 2010). Na impossibilidade de denunciar ao Conselho Tutelar local, o Juizado da Infância e da Juventude deve ser acionado (CHAIM e GONÇALVES, 2006; DARUGE *et al.*, 2007;

MASSONI *et al.*, 2010).

Ainda de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, se não for realizada a notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de maus tratos infanto juvenis às instituições responsáveis, uma multa de 3 a 20 salários será aplicada sobre o respectivo profissional omissor. Na ocorrência de reincidência, irá vigorar o dobro do valor dessa multa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991; MASSONI *et al.*, 2010).

## **Prevenção**

Pode-se falar de níveis de prevenção dos maus-tratos infanto-juvenis (primário, secundário e terciário). Esta classificação ocorre de acordo com a eliminação ou redução dos fatores de risco, intervenção em uma situação de violência já existente e monitoramento da vítima e/ou do seu agressor (MARTINS e JORGE, 2010; ABREU *et al.*, 2012).

No âmbito da saúde pública, algumas medidas profiláticas podem ser adotadas pela Atenção Primária a fim de diminuir os casos de violências contra crianças e adolescentes, como: Orientações para prevenir gravidezes indesejadas bem como para eliminar ou reduzir o consumo de álcool e outras drogas, acompanhamento pré e pós natal adequados (da criança e da mãe), acompanhamento psicológico familiar e visitas domiciliares regulares às famílias que apresentam fatores de risco (ABRAPIA; ABREU *et al.*, 2012).

## **DISCUSSÃO**

A literatura utilizada para a produção deste trabalho revela que a maior parte dos maus tratos contra crianças e adolescentes ocorre dentro do próprio ambiente familiar. Portanto, se estabelece um paradoxo com relação à crença popular de que o lar é o ambiente mais seguro.

A notificação de casos, sejam esses suspeitos ou confirmados, não é responsabilidade apenas dos profissionais da saúde e educação, mas também de todas as pessoas que têm conhecimento acerca do ocorrido. A subnotificação é um obstáculo persistente.

O Disque Direitos Humanos (Disque 100) é um serviço criado pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, conforme Decreto de 2019. Através dele qualquer pessoa pode reportar casos que se configurem como violações dos direitos humanos. As denúncias podem ser feitas de modo anônimo, durante as 24 horas de todos os dias úteis e não úteis em qualquer

lugar do Brasil. O Disque 100 encaminha as denúncias apuradas aos órgãos competentes e, a partir disso, as medidas cabíveis são tomadas.

É necessário que os profissionais da saúde tenham o conhecimento técnico para que sejam capazes de diagnosticar ou, ao menos, suspeitar de casos de maus tratos contra crianças e adolescentes, levando em consideração os principais sinais e sintomas, físicos ou não. Também é fundamental que saibam prosseguir com a notificação compulsória.

Ao contrário da crença limitante popular de que o Cirurgião-Dentista é apto somente a avaliar dentes, a Odontologia tem total capacidade técnica para suspeitar, investigar e diagnosticar sinais e sintomas de violências contra crianças e adolescentes.

No contexto educacional, é fundamental que o tema das violências contra crianças e adolescentes seja uma pauta séria abordada e discutida. Algumas crianças e alguns jovens nem ao menos identificam que estão sendo vítimas de algum tipo de violência e acabam normalizando o cenário. Com isso, muitas vezes, também acabam por tornar-se agressores, repetindo o ciclo.

Nessa revisão de literatura, observou-se um conflito de informações entre dois artigos a respeito das Instituições responsáveis por receberem as notificações. Um deles aponta que essa pode ser realizada ao Conselho Tutelar, Ministério Público ou à Delegacia de Polícia (TERRA *et al.*, 2013). Já o outro considera que deve ser realizada ao Conselho Tutelar ou Juizado da Infância e da Juventude do Município (MASSONI *et al.*, 2010).

Também foi observada uma discordância entre outros autores a respeito da maior predileção do gênero masculino pelos agressores (JESSEE, 1995; NAIDOO, 2000; JOHNSON, 2002; CAIRNS *et al.*, 2005; MASSONI *et al.*, 2010).

No Brasil, a cada 1000 crianças, 10 são vítimas de violências, das quais 2% a 3% morrem em decorrência das mesmas (RUARO, 1997; TERRA *et al.*, 2013). Mais uma vez, esses números alarmantes revelam que a sociedade, como um todo, tem o dever legal, ético e cívico de contribuir para que a integridade, segurança e vida das crianças e dos adolescentes sejam preservadas.

Uma vez que uma criança ou um adolescente sofre maus tratos, as marcas deixadas podem ser físicas, psicológicas, emocionais e acompanhar o indivíduo ao longo de toda a sua vida ou findarem a mesma. Esse indivíduo, ainda, tem potencial para tornar-se um agressor, perpetuando o ciclo de violências.

Por fim, sob a ótica legal, é muito importante que o Poder Público enrijeça as medidas punitivas e restritivas aplicáveis sobre os agressores de crianças e adolescentes. Um cenário comum, por exemplo, é o de retomada da convivência entre agressores e suas vítimas. Isso

favorece a continuidade das violências, que tendem a tornar-se cada vez piores e podem culminar no óbito da vítima.

## CONCLUSÕES

1. Maus tratos contra crianças e adolescentes denunciam um problema de saúde pública em diversos países e os números são ainda maiores do que o que se tem notificado.
2. O Cirurgião-Dentista deve ter capacidade técnica para suspeitar e diagnosticar sinais e sintomas, físicos ou comportamentais, que apontem para o cenário de violências.
3. Os profissionais da saúde e da educação têm obrigação de reportar casos suspeitos ou confirmados às instituições competentes.
4. Qualquer pessoa pode também notificar as autoridades, por exemplo, através do Disque Direitos Humanos (Disque 100).
5. Medidas legais mais efetivas para a proteção das vítimas devem ser pensadas e colocadas em vigor, assim como penalidades mais rigorosas aos agressores.
6. A temática das violências contra crianças e adolescentes deve ser mais debatida em ambientes educacionais, sobretudo nas escolas.

## REFERÊNCIAS

**ABREU**, Fernanda Volpe de; **CAVALCANTI**, Alessandro Leite; **VALENÇA**, Ana Maria Gondim. **Crianças vítimas de maus-tratos**. DUQUE, 2ª ed., cap. 42, parte 8, p. 643 651. 2012.

**AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC**. Committe on Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatric Dentistry. American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. **Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect**. *Pediatr Dent*. 2005-2006; 27:64-67.

**AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC COMMITTEE ON ADOLESCENTE**: **Role of the pediatrician in management of sexually transmitted diseases in children and adolescents**. *Pediatrics*. 1987; 79:454-456.

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE (ABRAPIA)**. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Proteção e prevenção: Guia de orientação para profissionais da saúde**. Coord.: Lauro Monteiro Filho, Luciana Barreto Phebo. 2ª ed. Rio de Janeiro. Petrópolis. 1997; 40 p.

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE (ABRAPIA).** Disponível em: <http://www.radarciencia.org>. [Acesso em 15 de outubro de 2010].

**AVON, S.L. Forensic Odontology: The Roles and Responsibilities of the Dentist.** J Can Dent Assoc. 2004; 70(7):453-458.

**BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente.** Ministério da Saúde. 1ª ed. Imprensa Nacional. 1991.

**BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente.** Ministério da Saúde. 3ª ed. (série E). 2008.

**BRASIL. Lei 8069/90.** Ministério da Saúde. 1990.

**CAIRNS A.M., MOK J.Y., WELBURY R.R. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting.** Int J Paediatr Dent. 2005; 15:310-318.

**CALVANO C. et al. Families in the COVID-19 pandemic: Parental stress, parent mental health and the occurrence of adverse childhood experiences- results of a representative survey in Germany.** European Child & Adolescent Psychiatry. 2022; 31:1043–1055.

**CAVALCANTI A.L. Abuso infantil: Protocolo de atendimento odontológico.** Rev Bras Odontol. 2001; 58(6):378-380.

**CAVALCANTI A.L. Manifestações físicas do abuso infantil: Aspectos de interesse odontológico.** Rev Paul Odontol. 2003; 25(5):16-19.

**CHAIM L.A., GONÇALVES R.J. A responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista em relação à criança maltratada.** Rev ABO Nac. 2006; 14(1):19-24.

**DARUGE E., CHAIM L.A. GONÇALVES R.J.. Criança maltratada e a odontologia – Conduta, percepção e perspectivas: Uma visão crítica.** 2000. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=117>.

**DOS SANTOS L.M. et al. Soft tissue swelling with fractures: Abuse versus non intentional.** Pediatr Emerg Care. 1995; 11(4):215-6. 19.

**DUBOWITZ H., BENNETT S. Physical abuse and neglect of children.** Child Care Health Dev. 2007; 33(5):1891- 1899.

**ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.** Brasil. Ministério da Saúde. 1ª ed. Imprensa Nacional. 1991.

**ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.** Brasil. Ministério da Saúde. 3ª ed. (série E). 2008.

**GERBERT B et al. Simplifying physicians response to domestic violence.** West J Med. 2000. 172(5):329-331.

**GOV.BR. Denunciar violação de direitos humanos (disque 100).** Disponível em: [www.gov.br](http://www.gov.br).

**HENDLER T.J., SUTHERLAND S.E. Domestic Violence and its Relation to Dentistry: A Call for Change in Canadian Dental Practice.** 2007. J Can Dent Assoc. 73(7). Disponível em: <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-7/617.pdf>.

**JACKSON A.M et al.. Let the Record Speak: Medicolegal Documentation in Cases of Child Maltreatment.** Clin Ped Emerg Med. 2006. 7(3):181-185.

**JEHARSAE R. et al. Associations between stress and child verbal abuse and corporal punishment during the COVID-19 pandemic and potential effect modification by lockdown measures.** medRxiv. 2021. Disponível em: <https://medrxiv.org/cgi/content/short/2021.01.05.20248973>.

**JESSEE S.A. Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: A hospital survey.** ASDC J Dent Child. 1995. 62:245-249.

**JOHNSON C.F. Child maltreatment: Recognition, reporting and risk.** Pediatrics Pediatr Int. 2002. 44(5):554-560.

**KEMP A.M. et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: Systematic review.** BMJ. 2008. 337:a1518. Epub Oct 2008.

**LAWSON M., PIEL M.H., SIMON M. Child maltreatment during the COVID-19 pandemic: Consequences of parental job loss on psychological and physical abuse towards children.** Child Abus Negl. 2020. 110:104709.

**LEVANDOWSKI, M. L. et al. Proteção infantil durante a COVID-19: Até quando os casos de maus-tratos infantis continuarão sendo subnotificados?** Cadernos de Saúde Pública. 2021. 37(5):e00078421. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102311X00078421>.

**LOOCHTAN R.M., BROSS D.C., DOMOTO P.K. Dental neglect in children: Definition, legal aspects and challenges.** Pediatr Dent. 1986. 8(1):113-116.

**LOUZADO M. et al. Manifestações orais em crianças abusadas sexualmente.** Rev Bras Odontol. 2001. 58(1):33-34.

**MARQUES C.R., COLARES V. A identificação do abuso infantil pelo odontopediatra.** J Bras Clin Odontol Integr. 2003. 7(42):512-515.

**MARTINS C.B, JORGE M.H. Maus tratos infantis: Um resgate da história e das políticas de proteção.** Acta Paul Enferm. 2010. 23(3):423-8.

**MASSONI, A.C. et al. Aspectos orofaciais dos maus tratos infantis e da negligência odontológica.** Ciênciae Saúde Coletiva. 2010. 15(2):403-410. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200016>.

**NAIDOO S. A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital.** Child Abuse Negl. 2000. 24(4):521-534.

**NEEDLEMAN H.L. Orofacial trauma in child abuse: Types, prevalence, management and the dental profession's involvement.** Pediatr Dent. 1986. 8(1):71-80.

**PFEIFFER L. Maus-tratos: Crianças sem vínculos, adolescentes sem rumo** (monografia). Curitiba, PUC-PR. 2000.

**PRASAD M.R., KRAMER L.A., EWING-COBBS L.** Cognitive and neuroimaging findings in physically abused preschoolers. Arch Dis Child. 2005. 90(1):82-5

**RUARO A.F. et al. Síndrome da criança espancada. Aspectos legais e clínicos – Relato de um caso.** Rev Bras Ortop. 1997. 32(10):835-8.

**SYRIPINEN S., PURONEN M. Human papillomavirus infections in children: The potential role of maternal transmission.** Crit Rev Oral Biol Med. 2000. 11(2):259-274.

**TERRA, B.B. et al. Maus-tratos infantis: Revisão da literatura.** Rev Bras Ortop. 2013; 48 (1): 11-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rboe.2012.03.001>.

**TSANG A., SWEET D. Detecting Child Abuse and Neglect - Are Dentists Doing Enough?** J Can Dent Assoc. 1999. 65:387-391.

**VIEIRA A.R., VIEIRA A.M., ABREU V.I. Abuso Infantil e Odontologia no Rio de Janeiro, Brasil.** 2001.

**WEBER L.N. et al. Famílias que maltratam: Uma tentativa de socialização pela violência.** Psico-USF. 2002. 7(2):163-173.

**WELBURY R.R. et al. Evaluation of a computer-assisted learning programme on the oro-facial signs of child physical abuse (nonaccidental injury) by general dental practitioners.** Br Dent J. 2001. 190(12):668-670.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION. Version of the introduction to the world report on violence and health.** Geneva. 2002.



## ANEXOS

Figura 1. Negligência odontológica. Múltiplas cáries em dentição decídua e destruição dental.



Fonte: Disponível em: <https://jada.ada.org/cms/asset/317acb98-7fea-481a-a9a4-6e4b8f11b5e2/gr1.jpg>  
Acesso em: 30 dez. 2025.

Figura 2. Eritema de coloração avermelhada localizado entre palatos duro e mole.



Fonte: Disponível em: <https://revistaft.com.br/wp-content/uploads/2024/10/image-479.png> Acesso em: 30 dez. 2025.

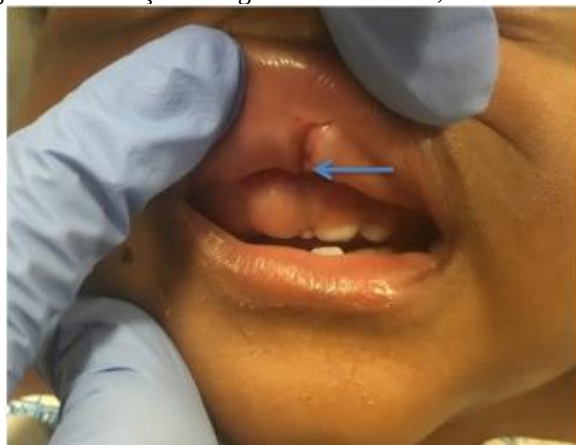
Figura 3. Lesões, em cavidade oral, causadas pelo vírus HPV.



Fonte: Disponível em: <https://revistaft.com.br/wp-content/uploads/2024/10/image-482.png> Acesso em: 30 dez. 2025.



Figura 4. Laceração na região de freio labial, em uma criança.



Fonte: Disponível em: <https://ars.els-cdn.com/content/image/1-s2.0-S152284011630043X-gr1.jpg> Acesso em: 30 dez. 2025.