

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA E ABUSO INFANTIL: SINAIS DE ALERTA, CONHECIMENTO TÉCNICO, RESPONSABILIDADE ÉTICA

*Dental care and child abuse:
warning signs, technical knowledge, ethical responsibility*

Carlos Henrique Rocha dos Santos¹
Cinthia Barreto Santos Souza²

¹UNIFACEMP – Centro Universitário de Ciências e Empreendedorismo, Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 44430-104. Graduando em Odontologia – UNIFACEMP.

² UNIFACEMP – Centro Universitário de Ciências e Empreendedorismo, Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 44430-104. Licenciada em Letras – UNEB, Bacharela em Psicologia – UNIFACEMP. Doutora em Família na Sociedade Contemporânea - UCSAL
cinthia.souza@facemp.edu.br. <http://lattes.cnpq.br/9009712924310335>

RESUMO

O estudo evidencia a relevância da assistência odontológica competente e ética, capaz de identificar sinais de abuso mediante lesões orais sugestivas de violência. Trata-se de um estudo teórico, de abordagem qualitativa e análise interpretativa. Foram selecionados estudos anteriores que tratassem a complexidade e os multifatores da violência infantil a partir do exame da boca. A pesquisa mostrou a necessidade de identificação e compreensão precoce de sinais de violência infantil, bem como a responsabilidade de notificação compulsória pelo profissional dentista para efetiva proteção da pessoa e fortalecimento da atenção integral da saúde.

Palavras-chave: odontologia; violência infantil; conhecimento técnico; responsabilidade legal.

ABSTRACT

The study highlights the importance of competent and ethical dental care capable of identifying signs of abuse through oral lesions suggestive of violence. This is a theoretical study with a qualitative approach and interpretative analysis. Previous studies addressing the complexity and multifactorial nature of child violence based on oral examination were selected. The research demonstrated the need for early identification and understanding of signs of child abuse, as well as the responsibility of dentists to carry out mandatory reporting in order to ensure effective protection of the individual and to strengthen comprehensive health care.

Keywords: dentistry; child abuse; technical knowledge; legal responsibility.

INTRODUÇÃO

O reconhecimento de lesões orofaciais e intraorais sugestivas de abuso infantil são relevantes no contexto da assistência clínica contemporânea. A região

bucomaxilofacial constitui um dos territórios anatômicos frequentemente lesados em contextos de violência não acidental, como discutem Mele, 2023 e Spiller, 2024. A anatomia complexa da face, composta por tecidos moles altamente reativos e estruturas dentárias sujeitas a impactos diretos, torna-a um indicador clínico privilegiado para a identificação de maus-tratos, exigindo do cirurgião-dentista uma postura investigativa meticulosa e amparada por raciocínio clínico sofisticado.

Nessa direção, Håkstad et al. (2024) ressaltam que padrões recorrentes de trauma, especialmente aqueles incompatíveis com acidentes comuns da infância, configuram marcadores sensíveis e de alta especificidade diagnóstica. Assim, a área orofacial não apenas revela o dano físico imediato, mas oferece um registro morfológico de possível violência que, quando adequadamente interpretado, ilumina a dinâmica do evento traumático e contribui para a proteção integral da criança.

Em muitos casos, padrões de equimoses lineares, lacerações repetitivas ou fraturas dentárias múltiplas são acompanhados por narrativas evasivas, fragmentadas ou incompatíveis com o mecanismo supostamente acidental, o que exige do profissional, habilidade interpretativa, sensibilidade ética e domínio dos parâmetros legais. Assim, a detecção de abuso infantil transcende a simples observação morfológica da lesão e envolve a articulação entre semiótica clínica, análise comportamental e compreensão da dinâmica familiar. Nesse sentido, a assistência do cirurgião-dentista torna-se ainda mais complexa e significativa quando se considera sua responsabilidade legal diante da suspeita de violência infantojuvenil, conforme preconizado em normativas como a Portaria nº 1.271/2014 e dispositivos protetivos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). A atuação odontológica ultrapassa a dimensão assistencial e adentra a esfera bioética, jurídica e social.

Diante do cenário descrito, o estudo acerca da assistência odontológica na identificação de sinais de abuso infantil justifica-se pela dimensão oculta, subdiagnosticada e frequentemente silenciada que caracteriza os maus-tratos na infância. Um problema que persiste apesar dos avanços legais e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004). Ademais, vale registrar lacunas na formação e na atuação de cirurgiões-dentistas, muitas vezes despreparados para reconhecer padrões lesivos e, ou, aplicar os protocolos de notificação compulsória. Estudos como o de Spiller (2024) evidenciam que a dificuldade de identificar lesões suspeitas, somada ao temor de represálias familiares e à insegurança sobre aspectos

legais, contribuem para a subnotificação, perpetuando ciclos de abuso e consequentemente impactando sobre o direito de desenvolvimento integral da pessoa. Assim, compreender corretamente os sinais clínicos, os marcos legais e a responsabilidade profissional tornam-se uma urgência ampliada porque envolve a detecção da violência, a prevenção de danos estruturais, funcionais e psicossociais de longo prazo.

Enfim, essa pesquisa repousa na necessidade de consolidar práticas baseadas em evidências, fortalecer o papel do cirurgião-dentista na rede de proteção da pessoa e assegurar que a saúde bucal seja reconhecida como componente estratégico na defesa dos direitos da criança e do adolescente. A investigação adota uma metodologia de caráter bibliográfico, descritivo e qualitativo, fundamentada na análise crítica da literatura científica. O texto a seguir foi segmentado em tópicos, conforme objetivos específicos. A discussão, realizada em paralelo aos dados apresentados, a fim de atingir ao objetivo central do estudo, a saber: investigar o papel da assistência odontológica na identificação, documentação e notificação de sinais orofaciais e intraorais associados ao abuso infantil.

SINAIS OROFACIAIS E INTRAORAIS DO ABUSO INFANTIL: PADRÕES MORFOLÓGICOS, FUNCIONAIS E COMPORTAMENTAIS

A literatura especializada tem reiterado que os sinais orofaciais e intra-orais do abuso infantil configuram indicadores clínicos de elevado valor diagnóstico, sobretudo porque a região da cabeça, do pescoço e das estruturas bucais é frequentemente alvo de agressões físicas diretas (MELE, 2023; SPILLER, 2024). A face concentra tecidos moles e duros vulneráveis, com grande visibilidade externa e menor capacidade de proteção muscular, o que torna o exame odontológico um instrumento crucial para a detecção precoce de maus-tratos; razão pela qual, o profissional de odontologia deve examinar sinais suspeitos, identificar lesões sugestivas de abuso e conhecer procedimentos de conduta ética e legal.

Segundo Håkstad et al. (2024), a capacidade do cirurgião-dentista de identificar padrões lesivos reincidentes confere a esta categoria profissional um papel estratégico na vigilância da violência infantojuvenil. O consenso científico destaca que a região orofacial é uma das mais atingidas em episódios de violência, pois golpes, puxões e impactos tendem a se manifestar na pele, mucosas e arcadas dentárias,

configurando um conjunto de achados que, quando devidamente analisados, sustentam hipóteses clínicas robustas de agressão não acidental. Por essa razão, a literatura enfatiza a necessidade de uma abordagem minuciosa, sistemática e documentada, dado que muitos desses sinais podem permanecer invisíveis a profissionais da saúde pouco sensíveis ou incapazes tecnicamente.

Nesse cenário, as lesões traumáticas extraorais assumem particular relevância, pois constituem um dos primeiros indicadores detectáveis durante a anamnese e o exame físico. Conforme argumenta Spiller (2024), equimoses, hematomas, escoriações, lacerações, queimaduras e mordidas humanas localizadas na face possuem expressivo valor discriminatório quando distribuídas em áreas anatômicas pouco compatíveis com acidentes típicos da infância. Mele (2023) ressalta que a repetição de lesões em consultas subsequentes, especialmente quando se concentram em regiões como orelhas, bochechas, pálpebras e submento, evidencia um padrão cronológico sugestivo de violência física continuada. Além disso, a presença de deformidades faciais, pequenas assimetrias, edema persistente ou marcas lineares com contornos regulares sinaliza possível utilização de objetos, instrumentos ou forças direcionadas, ressaltando a importância de correlacionar forma, distribuição e temporalidade da lesão com relatos fornecidos pelos cuidadores.

A análise desses padrões deve ser integrada a uma avaliação crítica das características suspeitas que acompanham as lesões orofaciais. De acordo com o RCPCH (2023), marcas em estágios distintos de cicatrização representam forte indicativo de agressões repetidas, sugerindo que a criança é submetida a episódios contínuos da violência. Håkstad et al. (2024) reforçam que padrões geométricos como impressões de dedos, palmas, cintos, fivelas ou utensílios são dificilmente atribuíveis a traumas acidentais, especialmente quando presentes bilateralmente. Ademais, quando o relato fornecido pelo responsável é incompatível com a magnitude, distribuição ou mecanismo da lesão, surge um importante ponto de alerta para o clínico. Esse deve registrar cuidadosamente as contradições e reconhecer que, em muitos casos, a narrativa protetiva do agressor busca minimizar ou distorcer a realidade dos fatos. Mele (2023) acrescenta que a discrepância entre sinais clínicos e explicação apresentada constitui um dos elementos de maior sensibilidade diagnóstica.

Nesse sentido, o contexto clínico e as inconsistências do relato precisam ser avaliados com rigor metodológico e sensibilidade ética. Tate e Fisher-Owens (2024)

ênfatisam que atrasos injustificados na busca por atendimento odontológico, versões divergentes fornecidas por diferentes cuidadores ou declarações vagas sobre a origem da injúria devem alertar o profissional para a possibilidade de violência não acidental. Segundo Nunes et al. (2021), a inabilidade do cuidador em fornecer uma sequência lógica dos fatos ou a tendência a reagir de modo defensivo durante o atendimento pode revelar tentativas de omissão ou encobrimento. Para Spiller (2024), interpretar coerentemente o conjunto lesão, relato e comportamento é essencial, uma vez que a violência infantil frequentemente se manifesta por sinais indiretos que vão além da marca física e incluem padrões comportamentais, emocionais e relacionais observáveis no ambiente clínico. O cenário descrito deve, portanto, chamar atenção do clínico durante a assistência odontológica, exigindo procedimentos especializados, questionamentos investigativos, notas e registros de achados, além de conduta de proteção.

Um componente frequentemente negligenciado, mas de alta relevância pericial, é a documentação clínica detalhada, uma responsabilidade técnica imprescindível no contexto da violência infantil. Mele (2023) reforça que fotografias devem ser obtidas com iluminação uniforme, uso de escala milimetrada, enquadramento padronizado e registro de múltiplos ângulos, garantindo fidelidade e valor probatório. Tate e Fisher-Owens (2024) recomendam que o prontuário descreva a lesão com precisão semântica, incluindo localização anatômica exata, dimensões, coloração, textura, profundidade e presença de secreções. O registro da data e horário da observação e a inclusão de depoimentos verbais da criança quando possível, adicionam robustez ao dossiê clínico, facilitando futuras avaliações por equipes médicas, jurídicas ou assistenciais. A documentação qualificada protege não apenas a criança, mas também a integridade legal do profissional.

No âmbito das estruturas intraorais, as lesões em mucosas, lábios, língua e dentição demonstram ser marcadores sensíveis de agressões físicas. Spiller (2024) descreve que lacerações labiais, rupturas de mucosa jugal, deslocamentos dentários, fraturas coronárias e radiculares e avulsões múltiplas, especialmente quando não condizentes com o mecanismo descrito, configuram evidências contundentes de trauma intencional. O RCPCH (2023) ressalta que perfurações palatinas, queimaduras intraorais e inflamações persistentes também podem resultar de agressões diretas, forçamento de utensílios ou introdução violenta de objetos. Carvalho et al. (2023) destacam que a análise criteriosa do padrão da lesão e de sua compatibilidade

biomecânica com a história relatada deve orientar o julgamento clínico, sobretudo quando há reincidência ou ausência de justificativas plausíveis.

Entre essas lesões intraorais, o rasgo de frênulo (torn frenum) tem recebido atenção especial na literatura contemporânea. Segundo o RCPCH (2023), a ruptura do frênulo labial superior em lactentes é particularmente sugestiva de violência, pois exige a aplicação de força considerável: empurrões, tapas ou introdução abrupta de objetos na boca. Spiller (2024) argumenta que quedas acidentais raramente produzem esse padrão de trauma, especialmente em crianças pequenas que ainda não deambulam, motivo pelo qual o frênulo rasgado é frequentemente interpretado como marcador altamente específico de abuso. Entretanto, Mele (2023) recomenda que o profissional realize uma avaliação diferencial criteriosa, considerando possíveis alternativas, como quedas em superfícies rígidas ou impactos contra brinquedos, embora tais mecanismos sejam infrequentes e geralmente produzam lesões adicionais.

CONHECIMENTO PROFISSIONAL, IDENTIFICAÇÃO, DOCUMENTAÇÃO E NOTIFICAÇÃO

A minuciosidade na análise e na condução de práticas profissionais articulam-se diretamente com relevantes implicações éticas e legais, evidenciando a necessidade de rigor técnico aliado ao respeito aos princípios normativos e aos direitos individuais especialmente no que se refere à notificação compulsória, conforme sublinham Corte-Real et al. (2023). A legislação brasileira impõe ao cirurgião-dentista o dever de notificar qualquer suspeita fundamentada de maus-tratos, mesmo quando não há confirmação conclusiva, consolidando uma postura proativa de prevenção e proteção. Reis e Labuto (2022) observam que muitos profissionais ainda demonstram insegurança em acionar os mecanismos de notificação, seja por desconhecimento das normas, seja por receio de represálias familiares; contudo, a omissão pode perpetuar ciclos de violência e comprometer a segurança da criança. Serafim et al. (2021) destacam que a confidencialidade deve ser preservada, exceto nos casos em que sua quebra é necessária para garantir a integridade física e emocional da vítima, reforçando o caráter bioético da intervenção.

Estudos recentes têm demonstrado que a cavidade oral, devido à sua exposição anatômica e à vulnerabilidade intrínseca das estruturas teciduais que a

compõem, configura-se como um dos locais mais frequentemente atingidos em episódios de violência. (MELE, 2023, p. 28,30). Essa região anatômica abriga tecido conjuntivo delicado, estruturas cartilaginosas e musculares de alta responsividade traumática, cuja integridade, quando violada, manifesta sinais clínicos muitas vezes sutis, mas altamente indicativos de uma etiologia não acidental. Nesse sentido, a literatura converge no entendimento de que a identificação precoce desses indicadores demanda sensibilidade profissional, conhecimento aprofundado de padrões lesivos e rigor metodológico, uma vez que a sintomatologia orofacial do abuso pode se apresentar em formas tanto explícitas quanto subliminares, exigindo discernimento refinado por parte do cirurgião-dentista.

Assim, sendo, a formação profissional dos trabalhadores da saúde, para além da competência técnica, capaz de identificar padrões lesivos, deve estar alinhada às normativas nacionais que regulamentam a proteção da infância e o enfrentamento das violências. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria: GM/MS, nº 198/2004) estabelece a qualificação contínua como uma estratégia fundamental para o fortalecimento das competências dos profissionais do Sistema Único de Saúde, o que inclui o reconhecimento de sinais suspeitos de maus-tratos, a adoção de condutas seguras e a articulação intersetorial necessária para garantir a efetivação dos direitos infantojuvenis (BRASIL, 2004). Nesse contexto, a educação permanente funciona como um mecanismo estruturante para que os profissionais internalizem diretrizes legais e aprimorem sua capacidade de intervenção técnica diante de situações de vulnerabilidade infantil, garantindo que as habilidades específicas em saúde sejam coerentes com os princípios da proteção integral, previstos no ordenamento jurídico nacional.

Partindo do pressuposto, a definição e o cumprimento de protocolos de conduta profissional são essenciais para a atuação qualificada. Tais protocolos devem dialogar com os dispositivos legais do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/1990 que estabelecem a proteção integral como eixo normativo para todas as políticas voltadas ao público infantojuvenil (BRASIL, 1990). A legislação determina que qualquer suspeita ou confirmação de violência deve desencadear respostas técnicas e éticas, respeitando o melhor interesse da criança e a necessária priorização de sua segurança. Além disso, a Lei nº 13.431/2017, que institui o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, reforça o dever institucional de adotar procedimentos humanizados, integrados e pautados em fluxos

organizacionais que evitem a revitimização e promovam atendimento especializado e articulado entre saúde, assistência e justiça (BRASIL, 2017).

Os dados de pesquisa, portanto, apontam para a responsabilidade da formação e qualificação profissional do dentista que, além do atributo da competência técnica, deve abranger o atendimento de necessidades reais do usuário dos serviços de saúde, incluindo-se na rede de proteção dos direitos ao desenvolvimento integral, o que exige, cuidados como segurança e acesso a bens fundamentais e dignos de cidadania.

Os mecanismos de notificação compulsória, previstos na Portaria MS nº 1.271/2014, representam um eixo crucial para a vigilância e o enfrentamento das violências contra crianças e adolescentes, impondo ao profissional de saúde conhecimento legal e obrigatoriedade de registro de suspeitas ou confirmações de agressões em todos os serviços ofertados, públicos e privados (BRASIL, 2014). A notificação, como ato legal e ético, assegura que o caso seja inserido no sistema de vigilância epidemiológica, permitindo a construção de políticas preventivas e de proteção mais efetivas. O Guia de Vigilância Epidemiológica de Violências Interpessoais e Autoprovocadas, publicado pelo Ministério da Saúde em 2015, complementa esse processo ao detalhar procedimentos, fluxos e responsabilidades dos profissionais, estabelecendo parâmetros técnicos para a identificação, registro e encaminhamento adequados das situações de violência (BRASIL, 2015). Desse modo, devidamente aparado por normativas legais, os profissionais da saúde carecem de assumir as responsabilidades cabíveis e devidas mediante convocação legal.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) determina que crianças e adolescentes devem ser considerados sujeitos de direitos e prioridade absoluta, o que implica o dever do Estado, da família e da sociedade assegurarem mecanismos eficazes de proteção e promoção de direitos (BRASIL, 1990). As normativas complementares incluindo as políticas de educação permanente, os protocolos de notificação compulsória e a Lei nº 13.431/2017 compõem um conjunto articulado de diretrizes legais que orientam a prática profissional e estruturam respostas institucionais à violência. Assim, a atuação do cirurgião-dentista e de todos os trabalhadores da saúde deve refletir o cumprimento rigoroso desses marcos legais, garantindo que toda suspeita seja devidamente notificada, investigada e acompanhada, evitando omissões e fortalecendo o sistema de garantia de direitos.

Nesse sentido, a caracterização de lesões traumáticas na cavidade oral adquire centralidade no processo diagnóstico, especialmente porque crianças vítimas de violência tendem a apresentar contusões, hematomas, lacerações, fraturas dentárias e rupturas de frênulo, cuja morfologia não se coaduna com a história apresentada pelo responsável, como evidenciado por Spiller (2024). O padrão, a localização e a frequência dessas alterações são fatores cruciais na diferenciação entre traumas acidentais e eventos intencionais. De acordo com Håkstad et al. (2024), a região labial é particularmente susceptível a agressões, sendo recorrentes lacerações internas e externas, marcas compatíveis com impactos diretos e rupturas de tecidos que dificilmente emergem de acidentes comuns. Esses elementos clínicos, quando interpretados sob uma abordagem integrativa, permitem ao profissional extrair inferências robustas sobre a dinâmica do evento traumático, ampliando sua capacidade de reconhecer situações em que a violência se apresenta disfarçada sob narrativas contraditórias ou insuficientes.

Além das lesões físicas propriamente ditas, aspectos funcionais também se configuram como marcadores de violência, uma vez que a criança pode apresentar dor mastigatória persistente, alterações na fala, dificuldade de deglutição ou postura oral defensiva, indicando possível dano prévio. Conforme salientado por Mouden e Bross (1995), crianças submetidas a agressões recorrentes desenvolvem padrões comportamentais compensatórios, como retração lingou-labial, restrição de abertura bucal ou hipersensibilidade tátil, que não apenas dificultam o exame clínico, mas também apontam para uma problemática subjacente. Tais manifestações fisiológicas frequentemente dialogam com sinais não verbais de sofrimento psíquico como evitação do olhar, respostas motoras bruscas ao toque ou comportamento significativamente ansioso conformando um quadro sintomático complexo que exige interpretação minuciosa. A literatura reforça, portanto, a necessidade de compreender a interface entre o dano físico e a repercussão emocional como partes indissociáveis do fenômeno do abuso.

No âmbito das agressões de natureza sexual, os sinais orofaciais adquirem um caráter ainda mais delicado, pois frequentemente se apresentam de maneira inespecífica, discreta e, não raras vezes, associados a infecções bucomaxilofaciais incomuns para a idade. De acordo com Temoteo (2023) e Han et al., (2022), a presença de lesões no palato, ulcerações inexplicadas na orofaringe, microlesões repetitivas e infecções sexualmente transmissíveis (como gonorreia oral) configuram

marcadores clínicos altamente sugestivos de violência sexual. Esses autores enfatizam que a cavidade oral é, muitas vezes, o primeiro local onde sinais biológicos do abuso emergem, justamente por ser uma via direta de contato em práticas coercitivas que envolvem obrigatoriedade de penetração oral. O reconhecimento desses indicadores demanda, portanto, competência técnica, sensibilidade ética e domínio de protocolos de atendimento, sobretudo porque crianças submetidas a esse tipo de violência tendem a apresentar elevado nível de retraimento, vergonha e silêncio, elementos que dificultam o relato espontâneo e deslocam para o profissional uma responsabilidade diagnóstica ampliada.

Os sinais de negligência também assumem papel central nas manifestações orofaciais associadas ao abuso infantil, uma vez que a ausência de cuidados mínimos repercute de maneira direta na saúde bucal. Conforme argumentado por Temoteo (2023), crianças negligenciadas tendem a apresentar cáries extensas, doença periodontal avançada para a faixa etária, halitose persistente e acúmulo significativo de biofilme, condições que ultrapassam a fronteira da falta de higiene e denotam um cenário de privação sistemática de cuidados essenciais. A negligência, enquanto modalidade de violência, deve ser interpretada como um processo cumulativo, com repercussões estruturais sobre o desenvolvimento facial, a erupção dentária, o padrão mastigatório e até mesmo a autoimagem da criança. A complexidade desse fenômeno exige que o cirurgião-dentista compreenda a negligência não apenas como omissão eventual, mas como uma expressão relacional que revela desproteção crônica, ausência de suporte adulto e falhas significativas na oferta de um ambiente protetivo.

Outra dimensão crítica envolve a análise de incompatibilidades entre o discurso do cuidador e o padrão das lesões identificadas. Segundo enfatiza Temoteo (2023), a incongruência narrativa como explicações vagas, evasivas ou inconsistentes sobre a origem de fraturas dentárias ou lacerações labiais constitui um indicador altamente relevante de possível etiologia violenta. Esse descompasso entre a história relatada e os achados clínicos requer do profissional não apenas perspicácia técnica, mas também habilidade comunicacional, pois a avaliação de abuso envolve processos de escuta qualificada, observação contextual e interpretação crítica de elementos comportamentais. A análise do entorno relacional, incluindo a postura do responsável, seu tom de voz, insistência em respostas prontas ou tentativa de controlar a fala da criança, adiciona camadas interpretativas ao processo diagnóstico e pode revelar sinais indiretos de coerção e manipulação.

VIOLÊNCIA, NEGLIGÊNCIA E IMPACTOS PARA SAÚDE BUCAL E INTEGRAL

A compreensão das repercussões clínicas e psicossociais da violência e da negligência na infância constitui um eixo epistemológico essencial para a odontologia contemporânea, sobretudo porque tais agravos interferem diretamente na dinâmica funcional, estrutural e emocional do desenvolvimento infantil. Como assinala Mele (2023), os danos orofaciais decorrentes de maus-tratos não se restringem à superfície anatômica; eles repercutem sobre todo o biocomportamento da criança, afetando padrões alimentares, processos de comunicação e respostas fisiológicas ao trauma. Em consonância, Spiller (2024) argumenta que as consequências imediatas, quando não devidamente diagnosticadas, inauguram um ciclo de agravamento progressivo que compromete a mastigação, a fonética, a autoestima e a sociabilidade, consolidando um panorama clínico complexo que exige intervenção interdisciplinar rigorosa. Essas reflexões demonstram que os impactos não são isolados: constituem um fenômeno sistêmico que atravessa saúde oral e saúde global.

No âmbito das repercussões agudas, a literatura referida descreve um conjunto de manifestações que incluem dor intensa, processos infecciosos como abscessos periapicais, lacerações extensas, avulsões e fraturas dentárias, além de comprometimentos funcionais severos que prejudicam a alimentação e a fonação. Spiller (2024) enfatiza que fraturas de mandíbula ou maxila podem provocar limitação de abertura bucal, disfunções temporomandibulares e déficits respiratórios transitórios, configurando riscos clínicos imediatos. Håkstad et al. (2024) acrescentam que tais danos, quando não reconhecidos precocemente, favorecem a disseminação bacteriana e complicações sistêmicas, agravando, por exemplo, quadros infecciosos que se propagam para tecidos profundos. Assim, os eventos traumáticos iniciais desencadeiam um percurso patológico que ultrapassa a cavidade oral e coloca em risco a integridade física da criança.

Os efeitos de longo prazo emergem como fenômenos ainda mais inquietantes, pois envolvem a cronificação de lesões, a perpetuação de danos estéticos e a deterioração gradativa da saúde bucal. Mele (2023) observa que crianças expostas à negligência apresentam maior prevalência de cáries não tratadas, retrações gengivais decorrentes de trauma repetido, alterações morfológicas e perda precoce de dentes decíduos, instaurando um cenário de vulnerabilidade terapêutica. Han et al. (2022) reforçam que maus-tratos crônicos moldam trajetórias de saúde oral marcadas por

tratamentos restauradores extensos, sequelas permanentes e necessidade de reabilitações protéticas futuras, impactando a funcionalidade mastigatória e a percepção estética de si. A negligência prolongada consolida, portanto, uma espiral de adoecimento que acompanha a criança até a vida adulta.

No campo do desenvolvimento craniofacial, os maus-tratos produzem implicações estruturais profundas, afetando a trajetória de crescimento e maturação óssea. Spiller (2024) salienta que a perda precoce de dentes decíduos altera o eixo eruptivo dos permanentes, modifica padrões mastigatórios e interfere na simetria facial, ocasionando más oclusões complexas que demandam ortodontia prolongada. De acordo com Håkstad et al. (2024), traumatismos repetitivos podem comprometer centros de crescimento mandibular e maxilar, alterando a arquitetura dentofacial e favorecendo deformidades que repercutem na estética e na função. Essas consequências estruturais demonstram que a violência não atua apenas como evento isolado, mas como força disruptiva que reconfigura o desenvolvimento craniofacial de maneira persistente.

Outra dimensão relevante consiste nos custos e nas barreiras de acesso ao cuidado, que se tornam mais expressivos quando a criança é vítima de violência ou negligência. Han et al. (2022) destacam que a reabilitação de sequelas traumáticas envolve múltiplas fases de tratamento, utilização de tecnologias restauradoras avançadas e acompanhamento contínuo, resultando em demandas econômicas significativas. Ao mesmo tempo, a estrutura social que circunda a criança frequentemente marcada por instabilidade familiar e escassez de suporte compromete a continuidade terapêutica e reforça ciclos de abandono do cuidado. Mele (2023) observa que a interrupção de tratamentos gera piora clínica, maior complexidade restauradora e prolongamento da dor, evidenciando que os custos não são apenas financeiros, mas humanos e psicossociais. Nessa seara, a negligência evidenciada em aspectos físicos e funcionais, são agravados ao longo da permanência e manifestos em comportamentos e emoções por vezes disfuncionais. Sinais de adoecimento psicológico com repercussões nos relacionamentos sociais e tarefas do cotidiano impactam na qualidade da vida biopsicossocial.

Os impactos psicossociais são igualmente substanciais, uma vez que a violência e a negligência afetam diretamente o comportamento, a afetividade e os mecanismos de enfrentamento da criança. Spiller (2024) descreve que vítimas de maus-tratos apresentam ansiedade, retraimento social, medo do atendimento em

saúde, distúrbios alimentares e dificuldades de aprendizagem, fenômenos que adquirem expressão clínica durante a consulta odontológica. Para Han et al. (2022), tais efeitos psicológicos modulam a tolerância à dor, a resistência a procedimentos invasivos e a capacidade de colaborar com o tratamento, tornando necessária uma abordagem comunicacional cuidadosa e acolhedora. A saúde bucal, portanto, constitui também um reflexo da saúde emocional.

No que se refere à articulação entre experiências adversas na infância (ACEs) e saúde oral, a literatura evidencia uma forte correlação entre exposição a violência doméstica e indicadores desfavoráveis de saúde bucal ao longo da vida. Han et al. (2022) apontam que crianças submetidas a múltiplas ACEs apresentam maior risco de cárie rampante, negligência de higiene, evasão dos serviços de saúde e padrões de dor crônica persistente. Em convergência, Spiller (2024) discute como a instabilidade emocional decorrente das ACEs influencia comportamentos de autocuidado e a adesão ao tratamento odontológico, criando um ciclo onde o sofrimento psicológico e o adoecimento oral reforçam-se mutuamente. A relação entre ACEs e saúde bucal mostra-se, assim, multidimensional e profundamente enraizada em determinantes sociais.

As consequências sociais ampliam ainda mais o escopo das repercussões dos maus-tratos, uma vez que crianças vitimadas frequentemente enfrentam estigmatização, rupturas familiares e processos complexos de reintegração social. Håkstad et al. (2024) enfatizam que as marcas orofaciais visíveis podem gerar vergonha, isolamento e dificuldades de interação, prejudicando o desenvolvimento socioemocional. Ao mesmo tempo, Mele (2023) assinala que a dependência de cuidados prolongados e o acompanhamento em serviços de proteção reforçam a necessidade de redes intersetoriais robustas para assegurar continuidade terapêutica e proteção integral. Assim, a violência repercute não apenas no corpo, mas na trajetória de vida da criança.

Spiller (2024) argumenta que a atuação integrada entre odontologia, pediatria, psicologia, assistência social e fonoaudiologia permite não apenas tratar lesões físicas, mas reconstruir aspectos emocionais e favorecer a proteção social da criança. Han et al. (2022) convergem ao afirmar que protocolos intersetoriais consistentes resultam em diagnósticos mais precoces, maior adesão ao tratamento e prevenção de novos ciclos de violência. Dessa forma, a interdisciplinaridade não se configura como complemento, mas como condição *sine qua non* para a reabilitação plena.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo concluiu que o cirurgião-dentista ocupa posição estratégica no enfrentamento da violência infantil, uma vez que a região orofacial é frequentemente acometida em situações de maus-tratos, tornando o consultório odontológico um espaço potencial de detecção precoce. Entretanto, apenas o conhecimento anatômico não é suficiente. Faz-se necessária a construção de competências voltadas à análise crítica de lesões, à interpretação de narrativas inconsistentes, ao reconhecimento de comportamentos suspeitos e ao correto acionamento dos fluxos de proteção institucional. Assim, garantir profissionais aptos exige que universidades e serviços de saúde incorporem permanentemente essa temática à formação e à prática clínica.

Os achados evidenciaram ainda importantes lacunas na formação do acadêmico de odontologia, especialmente no que se refere ao ensino sobre violência infantojuvenil, notificação compulsória e manejo humanizado de casos suspeitos. Em muitos currículos, o tema aparece de forma superficial ou fragmentada, o que contribui para a insegurança técnica do futuro profissional. Dessa forma, este estudo torna-se relevante para o acadêmico por ampliar sua percepção de que a odontologia ultrapassa procedimentos restauradores e preventivos, alcançando também responsabilidades sociais e legais. O estudante precisa compreender, desde a graduação, que sua atuação pode interromper ciclos de violência e preservar vidas. Inserir discussões sobre abuso infantil na formação inicial fortalece o senso ético, a responsabilidade profissional e a capacidade de tomada de decisão diante de situações complexas.

No que se refere ao profissional já formado, a pesquisa demonstra a necessidade de mudança de percepção quanto ao papel do cirurgião-dentista na rede de proteção à criança e ao adolescente. Muitos ainda entendem que casos de violência pertencem exclusivamente à assistência social, à medicina ou ao sistema judiciário, quando, na realidade, a odontologia possui responsabilidade direta na identificação de sinais clínicos e no registro documental das evidências encontradas. Essa mudança de mentalidade é indispensável para que o profissional deixe de assumir postura passiva e passe a reconhecer sua função como agente de vigilância em saúde. O correto preenchimento de prontuários, o registro fotográfico técnico, a escuta qualificada e a comunicação com os órgãos competentes precisam ser compreendidos como parte legítima do exercício odontológico contemporâneo.

Também foi possível constatar que o cotidiano clínico apresentará diversas dificuldades ao cirurgião-dentista diante de suspeitas de abuso infantil. Entre elas destacam-se o medo de represálias familiares, a insegurança jurídica, a dúvida diagnóstica entre trauma acidental e não acidental, a ausência de protocolos claros em alguns serviços e o receio de prejudicar injustamente responsáveis legais. Soma-se a isso a dificuldade emocional de lidar com crianças vulnerabilizadas e contextos familiares marcados por sofrimento. Tais barreiras explicam parte da subnotificação observada na literatura. Contudo, o estudo reforça que a omissão pode prolongar o ciclo de violência e agravar danos físicos e psicológicos. Por isso, a existência de capacitação continuada, respaldo institucional e fluxos interdisciplinares claros é essencial para dar segurança ao profissional em sua rotina clínica.

Dessa maneira, conclui-se que a aptidão profissional não se constrói apenas com conhecimento teórico isolado, mas por meio da articulação entre educação permanente, experiência clínica supervisionada, atualização científica e compreensão das legislações vigentes. Estratégias como disciplinas específicas na graduação, cursos de atualização, protocolos padronizados, simulações clínicas e integração entre odontologia, pediatria, psicologia e assistência social podem elevar significativamente a capacidade diagnóstica e interventiva dos cirurgiões-dentistas. Quando preparado adequadamente, esse profissional torna-se peça fundamental na prevenção de sequelas irreversíveis, no encaminhamento seguro da vítima e na promoção da proteção integral da criança.

Como limitação, este estudo de natureza bibliográfica, mostra que parte da produção científica ainda concentra discussões em contextos específicos, dificultando generalizações amplas. Como sugestão de ampliação de pesquisa, estudos de campo podem refletir o nível real de preparo de cirurgiões-dentistas brasileiros frente à identificação e notificação de maus-tratos, bem como, pesquisas interventivas podem avaliar a eficácia de programas educacionais de extensão na graduação e pós-graduação de profissionais dentistas. Tais investigações poderão contribuir para políticas formativas mais efetivas e fortalecimento de redes de proteção da infância e juventude, além do enfrentamento efetivo da violência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Notificação de Violências Interpessoais e Autoprovocadas: Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 jun. 2014.

CARVALHO, M. G. V. de; PEREIRA, T. F.; MENDES, C. L.; ALMEIDA, P. K. G. N.; TORRES, E. S. Diagnosis of child abuse in dental care: an analysis of oral manifestations and indicators of mistreatment. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 12, e43846, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i12.43846. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/43846>.

CORTE-REAL, A.; ALMIRO, P. A.; SILVA, M.; NUNES, T.; ABREU, J.; CARREIRA, C.; VIEIRA, D. N. Oral health professional intervention and child physical abuse : European legal approach. *Forensic Sciences Research*, v. 8, n. 4, p. 321–327, dez. 2023. DOI: 10.1093/fsr/owad042. Disponível em: <https://academic.oup.com/fsr/article-abstract/8/4/321/7459765>.

DEROSSO, K.; DO AMARAL JÚNIOR, O. L. Papel do cirurgião dentista frente aos casos de abuso sexual infantil: uma revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, v. 65, e133694, 2024. DOI: 10.22456/2177-0018.133694. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/133694>.

HÅKSTAD, Katrine 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. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ipd.13139>

HAN, H.; et al. The ‘neglected’ relationship between child maltreatment and oral health? An international scoping review. *medRxiv*, 2022. DOI: 10.1101/2022.03.18.22272542. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.03.18.22272542v1>.

MELE, F.; INTRONA, F.; SANTORO, V. Child abuse and neglect: oral and dental signs and the role of the dentist. *Journal of Forensic Odonto-Stomatology*, v. 41, n. 2, p. 21–29, ago. 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10473457/>.

MOUDEN, Lynn Douglas; BROSS, Donald C. Legal Issues Affecting Dentistry's Role: In Preventing Child Abuse and Neglect. *The Journal of the American Dental Association*, v. 126, n. 8, p. 1173-1180, 1995. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000281771561073X>

NUNES, L. S.; et al. Prevalence of recognition and reporting of child physical abuse by health professionals. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZcKyVD766LBNrQYbj5x8RRf/>.

REIS, A. M.; LABUTO, M. M. Violência infantojuvenil e o papel do cirurgião-dentista na identificação e notificação de maus-tratos. *Cadernos de Odontologia do UNIFESO*, [s. l.], 2022. Disponível em: <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosodontologiaunifeso/article/view/3344>.

ROYAL COLLEGE OF PAEDIATRICS AND CHILD HEALTH (RCPCH). Child Protection Evidence systematic review: Oral injuries. RCPCH, 2023. Disponível em: https://childprotection.rcpch.ac.uk/wp-content/uploads/sites/6/2023/07/Child-Protection-Evidence-Oral-Injuries_2023.pdf.

SALAZAR, T. S.; SÁ, M. M.; VELOSO, K. M. M. Percepção de profissionais e estudantes de odontologia sobre abuso infantil: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Odontologia Legal (RBOL)*, v. 8, n. 2, p. [não informado], 2021. DOI: 10.21117/rbol-v8n22021-364. Disponível em: <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/364>.

SERAFIM, A. P. R.; ALUNA, L. G. R.; PRADO, M. M. do. Maus-tratos infantis: um olhar sobre a omissão de pais na atenção à saúde bucal dos seus filhos. *Revista Brasileira de Odontologia Legal (RBOL)*, v. 3, n. 1, p. 60-68, 2021. DOI: 10.21117/rbol.v3i1.60. Disponível em: <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/60>.

SILVA, A. M.; SANTOS, J.; ALMEIDA, L. H. Conhecimento do cirurgião-dentista acerca de maus-tratos à criança e ao adolescente. *Revista da Faculdade de Odontologia – UPF*, v. 24, n. 2, p. 250-255, 2019. DOI: 10.5335/rfo.v24i2.10446. Disponível em: <https://ojs.upf.br/index.php/rfo/article/view/10446>.

SPILLER, L. R. Orofacial manifestations of child maltreatment: a review. *Dental Traumatology*, v. 40, n. S2, p. 10–17, 2024. DOI: 10.1111/edt.12852. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/edt.12852>.

TATE, A. R.; FISHER-OWENS, S. A.; COUNCIL ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect: Clinical Report. *Pediatrics*, v. 154, n. 3, e2024068024, ago. 2024. DOI: 10.1542/peds.2024-068024. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/154/3/e2024068024/198954/>.

TEMÓTEO, Isadora Maria Evangelista Batista. Violência e negligência infantil, suas manifestações orais e a importância da atuação do odontopediatra na identificação das lesões na cavidade bucal. 2023. Artigo científico (Especialização Lato Sensu em Odontopediatria). Faculdade Sete Lagoas, FACSETE/CPGO, Recife, 2023. Disponível em: <https://rdta.facsete.edu.br/monografia/items/show/8206>