UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Odontologia

Trabalho de Conclusão de Curso

TRAUMA MAXILOFACIAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: REVISÃO NARRATIVA COM BUSCA SISTEMATIZADA

Lucas Micas da Silva

Brasília,2026

Lucas Micas da Silva

TRAUMA MAXILOFACIAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: REVISÃO NARRATIVA COM BUSCA SISTEMATIZADA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Adriano de Almeida de Lima

Brasília, 2026

AGRADECIMENTOS

Agradecer, primeiramente, a Deus, pois se não fosse a mão dEle, eu não estaria na odontologia.

Agradecer aos meus pais, Denis e Cláudia, que me cobraram e me apoiaram em todo o caminho da minha educação.

Agradecer à minha família que não mediu esforços para investir em mim

Agradecer aos meus amigos de curso e a todas as duplas e trios que me acompanharam nessa jornada.

Agradecer à minha amada, que sempre me apoiou e me ajudou em todos os momentos.

Agradecer aos meus professores que me ensinaram e me corrigiram quando necessário, sempre me dando oportunidade de me tornar um profissional ainda melhor.

Agradecer ao Deeper por ser um refúgio em meio às angústias da vida acadêmica.

EPÍGRAFE

“Não há causa que mereça maior prioridade do que a proteção das crianças.”

Kofi Annan

RESUMO

Objetivos: Analisar e revisar a literatura para atualizar o que sabemos sobre trauma maxilofacial em crianças e adolescentes, especialmente entre as vítimas de violência. Métodos: Foi realizada uma busca no Medline via PubMed. Para a seleção dos artigos, foram considerados os fatores idade, tipo de trauma, tipo de agressor e localidade da violência, além da data, sendo estes dos anos 2000 em diante. Resultados: Foram selecionados onze artigos para a revisão narrativa, que apresentavam, em si, os dados e as referências citados nos métodos. Identificou-se que 45% de todos os casos de violência contra crianças e adolescentes resultam em trauma maxilofacial, 26% dos agressores são conhecidos pelas vítimas e 56% de todos os casos ocorrem em vias públicas. Conclusão: Mais da metade de todas as crianças no mundo já foram vítimas de algum tipo de violência, e o trauma maxilofacial apresenta alta prevalência nos casos de agressão contra crianças e adolescentes, o que ainda é uma grave questão de saúde pública, em que, a cada ano, os casos registrados no Brasil e no mundo vêm crescendo.

Palavras-chave: Violência Doméstica, Maus-Tratos Infantis, Ferimentos e Lesões, Traumatismos Maxilofaciais, Traumatismos Faciais, Traumatismos Dentários, ciências forenses, Crianças e adolescentes

ABSTRACT

Objectives: To analyze and review the literature to update what we know about maxillofacial trauma in children and adolescents, especially those who are victims of violence. Methods: A search was conducted in Medline (PubMed), and the following factors were considered when selecting articles: age, type of trauma, type of aggressor, and location of violence; articles were also selected by date, from the year 2000 onwards. Results: Eleven articles were selected for the narrative review, and the data and references cited in the methods sections were presented. In these articles, it was identified that 45% of all cases of violence against children and adolescents result in maxillofacial trauma, 26% of the aggressors are known to the victims, and 56% of all cases occur on public roads. Conclusion: More than half of all children in the world have been victims of some violence, and maxillofacial trauma is highly prevalent in cases of aggression against children and adolescents, which remains a serious public health issue, with cases registered in Brazil and worldwide increasing every year.

Keywords: Domestic Violence, Child Abuse, Wounds and injuries, Maxillofacial Injuries, Maxillofacial injuries, Facial injuries, Tooth Injuries, forensic science, Children and teenagers

SUMÁRIO

FOLHA DE TÍTULO 7

RESUMO 8

ABSTRACT 9

INTRODUÇÃO 10

METODOLOGIA 13

OBJETIVO GERAL 13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 13
ESTRATÉGIA DE BUSCA 13
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DADOS COLETADOS 13
DECLARAÇÃO SOBRE O USO DE IA 14

RESULTADOS E DISCUSSÃO 15

MATRIZ ANALÍTICA 15

CONCLUSÃO 28

REFERÊNCIAS 29

FOLHA DE TÍTULO

Trauma maxilofacial em crianças e adolescentes vítimas de violência: revisão narrativa com busca sistematizada.

Maxillofacial trauma in children and adolescents victims of violence: a narrative review with a systematic search.

Lucas Micas da Silva[1]

Adriano de Almeida de Lima[2]

1 Aluno de graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

2 Professor Associado da Universidade de Brasília (UnB).

Correspondência: Prof. Dr. Adriano de Almeida de Lima Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF

E-mail: adrianolima@unb.com / Telefone: (61)

RESUMO

Objetivos: Analisar e revisar a literatura para atualizar o que sabemos sobre trauma maxilofacial em crianças e adolescentes, especialmente entre as vítimas de violência. Métodos: Foi realizada uma busca no Medline via PubMed. Para a seleção dos artigos, foram considerados os fatores idade, tipo de trauma, tipo de agressor e localidade da violência, além da data, sendo estes dos anos 2000 em diante. Resultados: Foram selecionados onze artigos para a revisão narrativa, que apresentavam, em si, os dados e as referências citados nos métodos. Identificou-se que 45% de todos os casos de violência contra crianças e adolescentes resultam em trauma maxilofacial, 26% dos agressores são conhecidos pelas vítimas e 56% de todos os casos ocorrem em vias públicas. Conclusão: Mais da metade de todas as crianças no mundo já foram vítimas de algum tipo de violência, e o trauma maxilofacial apresenta alta prevalência nos casos de agressão contra crianças e adolescentes, o que ainda é uma grave questão de saúde pública, em que, a cada ano, os casos registrados no Brasil e no mundo vêm crescendo.

Palavras-chave: Violência Doméstica, Maus-Tratos Infantis, Ferimentos e Lesões, Traumatismos Maxilofaciais, Traumatismos Faciais, Traumatismos Dentários, Ciências Forenses, Crianças e adolescentes.

ABSTRACT

Objectives: To analyze and review the literature to update what we know about maxillofacial trauma in children and adolescents, especially those who are victims of violence. Methods: A search was conducted in Medline (PubMed), and the following factors were considered when selecting articles: age, type of trauma, type of aggressor, and location of violence; articles were also selected by date, from the year 2000 onwards. Results: Eleven articles were selected for the narrative review, and the data and references cited in the methods sections were presented. In these articles, it was identified that 45% of all cases of violence against children and adolescents result in maxillofacial trauma, 26% of the aggressors are known to the victims, and 56% of all cases occur on public roads. Conclusion: More than half of all children in the world have been victims of some violence, and maxillofacial trauma is highly prevalent in cases of aggression against children and adolescents, which remains a serious public health issue, with cases registered in Brazil and worldwide increasing every year.

Keywords: Domestic Violence, Child Abuse, Wounds and injuries, Maxillofacial Injuries, Maxillofacial injuries, Facial injuries, Tooth Injuries, forensic science, Children and teenagers

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência que envolve crianças e adolescentes como todas as formas de maus-tratos emocionais e/ou físicos, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outras formas de exploração, com potencial de causar danos reais ou potenciais à saúde das crianças, à sobrevivência, ao desenvolvimento ou à dignidade, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder. É de conhecimento geral que a violência é um mal da humanidade que perdura desde os primórdios de sua existência. Ela surge como um impulso, independentemente da idade, e muitos atos de covardia são identificados como agressões de adultos contra crianças e adolescentes. De um ponto de vista mais global, a prevalência do abuso infantil tem sido relatada em diferentes países e reflete diferenças sociais e culturais multifatoriais, além de abranger uma ampla faixa etária. (OMS,2026). Entretanto, vemos que a violência interpessoal representa 2,5% da mortalidade global, e as características epidemiológicas indicam que fatores culturais, demográficos, socioeconômicos e ambientais também influenciam a prevalência desse tipo de lesão maxilofacial (OMS,2014).

Já em foco nacional, de acordo com o artigo 136 do Código Penal Brasileiro, considera-se maus-tratos a conduta de colocar em risco a vida ou a saúde de alguém que esteja sob autoridade, guarda ou vigilância, com finalidade de educação, ensino, tratamento ou custódia. Isso pode ocorrer, por exemplo, ao privar essa pessoa de alimentação ou de cuidados essenciais, ao submetê-la a trabalho excessivo ou inadequado, ou ainda ao utilizar, de forma abusiva, meios de disciplina ou de coerção. (JUSBRASIL,2026) No que se trata da violência especificamente contra a criança e o adolescente, baseia-se na legislação nacional, intimamente vinculada à Lei 13431/2017 (Lei da Escuta Protegida), na qual, além de assegurar os direitos da criança e do adolescente, classifica-se a violência em diversas esferas, sendo elas: violência física, violência psicológica, violência sexual, violência institucional, violência patrimonial, negligência e trabalho infantil. (CÂMARA LEGISLATIVA,2017) Em casos que não se enquadram nessas situações, são analisados à luz da Lei nº 8.069, de 13 DE JULHO DE 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).(JUSBRASIL,2026)

Para uma análise epidemiológica nacional, foram utilizados dados de 2019 divulgados pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH). No Brasil, é registrada diariamente uma média de 233 agressões de diferentes tipos (físicas, psicológicas e de tortura) contra crianças e adolescentes. Além disso, o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), ligado ao Ministério da Saúde, revelou que, em 2017, foram feitas 85.293 notificações. Destas, 69,5% (59.293) eram de violência física, 27,1% (23.110) de violência psicológica e 3,3% (2.890) de casos de tortura. Por se tratar de um tema que exige a participação efetiva de todos, também conseguimos relacioná-lo aos projetos e aos gastos em saúde pública. (SBP,2019) Um estudo da ChildFund Alliance apontou que o custo da violência ao redor do mundo está próximo de US$ 7 trilhões por ano, um valor que excede em grande medida o investimento necessário para a prevenção. A análise histórica, que abrange o período de 2009 a 2017, mostra um total de 471.178 registros de agressões e, entre 2009 e 2014, houve 5.855 encaminhamentos para hospitalização e 3.296 mortes relacionadas a esses episódios. Esses números só vêm aumentando dia após dia, o que indica uma previsão ruim para o futuro. (CHILDFUND,2014)

Tendo isso em vista, o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania implementou algumas iniciativas. Uma delas é o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes (PLANEVCA). Com investimento de R$ 109 milhões, a ação contempla um conjunto de estratégias de integração entre os poderes e as esferas de governo na execução de ações de enfrentamento aos diversos tipos de violência contra crianças e adolescentes. (GOV,2022) Além dessa iniciativa, em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e o Centro de Estudos Avançados de Governo e Administração Pública da Universidade de Brasília, a SNDCA desenvolveu, em 2019, a Escola Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (ENDICA).(NAÇÕES UNIDAS BRASIL,2022) (GOV,2021) Com o investimento de R$ 2,5 milhões, o objetivo da ENDICA é oferecer capacitação de qualidade e acessível a todos os que fazem parte do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente.(GOV,2022)

Este trabalho tem como propósito apresentar dados e evidências para auxiliar o cirurgião-dentista a identificar lesões específicas decorrentes de casos de violência na região da face, bem como de traumas maxilofaciais. Conforme estudos que traziam um apanhado geral de lesões faciais e dados sobre agressão, identificou-se a necessidade de um estudo atualizado que apresentasse uma conduta específica a ser adotada a partir do diagnóstico dessas lesões. Tendo em vista tal problemática, foi proposta uma revisão narrativa da literatura com busca sistematizada, com o intuito de apresentar um levantamento sobre o trauma maxilofacial em crianças e adolescentes vítimas de violência, com idades entre 5 e 19 anos, por meio do auxílio de novas pesquisas e dados coletados, a fim de contextualizar melhor o tema trabalhado para o leitor.

METODOLOGIA

OBJETIVO GERAL

Encontrar pesquisas e artigos relacionados ao tema do trabalho, abordando o trauma maxilofacial em crianças e adolescentes vítimas de violência, bem como outros dados relevantes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar e diagnosticar corretamente as lesões mais comuns e específicas decorrentes de casos de violência na região da face, incluindo traumas maxilofaciais.

ESTRATÉGIA DE BUSCA

A literatura utilizada nessa revisão foi adquirida através de busca no Medline via PubMed utilizando-se a Estratégia PEO (P – População, E – Exposição, O – Desfecho):

P: Crianças e adolescentes até 19 anos

E: Violência (agressão física) e trauma

O: Prevalência de trauma maxilofacial; consequências da violência.

Foram utilizados os seguintes termos para a estratégia de busca:

(“Violência Doméstica” OR “Maus-Tratos Infantis”); (“Ferimentos e Lesões”) OR (“Traumatismos Maxilofaciais”); (“Lesões maxilofaciais); (“Lesões faciais”); (“Trauma dental”); (“ciências forenses”); (“Crianças e adolescentes”)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DADOS COLETADOS

Para definir a idade de referência, foram avaliados os critérios da OMS e a definição dos termos MeSH aplicáveis a crianças e adolescentes. A OMS define a infância entre 0 e 9 anos de idade; já a adolescência, entre 10 e 19 anos

de idade. MeSH define como criança uma pessoa entre 6 e 12 anos de idade e como adolescente, entre 13 e 18 anos. Para essa pesquisa, adotou-se como referência padrão a da OMS.

Durante a análise de dados para a pesquisa, foram observadas informações sobre o custo internacional do tratamento desses casos, sobre a prevalência de trauma em outros países e sobre a classificação das lesões e, em destaque, detalhes sobre indicadores de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Foram levados em consideração o ambiente em que a violência ocorreu e o grau de relacionamento entre a vítima e o agressor, e analisou-se o tipo de violência caracterizado pelos indicadores de maus-tratos.

Entre os artigos avaliados, também foram analisados registros policiais, estudos em centros de perícia, dados sobre violência em ambiente escolar e pesquisas em departamentos de medicina legal, incluindo casos que resultaram no falecimento da vítima.

Com os resultados obtidos através dessa busca, foram considerados os seguintes critérios para inclusão no trabalho:

Idade (até 19 anos), tipo de lesão, dividido em dois grupos principais: lesões em tecidos moles e traumas dentoalveolares e ósseos (edema, hematoma, cortes, trauma dentário, traumas nasais, mandibulares e maxilares), localidade onde ocorreu a agressão e o tipo de relação entre a vítima e o agressor. Além desses critérios, foram selecionados artigos em português, escritos no Brasil, e em inglês, publicados entre 2009 e 2020.

DECLARAÇÃO SOBRE O USO DE IA

Durante a preparação deste trabalho, o autor utilizou ChatGPT e Gemini para revisão gramatical em todas as seções do trabalho. Após a utilização, o conteúdo foi revisado e editado pelo próprio autor, que assume total responsabilidade por todas as informações apresentadas no trabalho publicado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

MATRIZ ANALÍTICA

A Tabela 1 mostra os resultados principais dos estudos incluídos, divididos em:

I) Trabalhos sobre a prevalência de trauma maxilofacial em crianças e adolescentes vítimas de violência. [3,5,7,8,9,]

II) Tipos de lesões maxilofaciais características em casos de violência contra crianças e adolescentes e suas consequências. [1,3,6,11]

III) Grau de relacionamento entre agressor e a vítima e localidade das agressões [2,4]

Tabela 1 – Matriz Analítica.

Autor e ano	Tipo de estudo	População avaliada	Prevalência	Achados importantes
Barbosa, 2018	transversal	3668	1655	Área urbana, agressor conhecido, no período da noite
Oliveira, 2014	transversal	1356 (0 a 19 anos)	64.7% entre 15 e 19 anos.	Área urbana, em casa, maior quantidade de mulheres
Cavalcanti, 2010	transversal	811	Prevalência trauma maxilofacial em 35,8%	Maior quantidade de mulheres entre 12 e 18 anos, agressor conhecido, traumas mais comuns envolvendo região do osso orbital, osso frontal e mucosa labial
Silva, 2011	transversal	191 vítimas atendidas no período de janeiro a dezembro de 2007	Prevalência trauma maxilofacial em 44,2% das crianças e 64,7% dos adolescentes	Trauma mais comum foi dentoalveolar em crianças (53,8%), trauma de tecidos moles mais comum entre os adolescentes (47,5%), maior quantidade de vítimas do gênero masculino, maior ocorrência no período noturno (77%)
Cavalcanti, 2009	observacional retrospectivo transversal	42 casos em ambiente escolar entre 2003 e 2006 com idade entre 0 e 17 anos	Prevalência trauma em 60,9%	Maior quantidade de vítimas do gênero masculino (61,9%), maioria das agressões por parte de colegas (92,9%), idade mais encontrada entre 13 e 17 anos (81%)

Laureano, 2019	transversal	337 entre 2014 e 2016	55 casos de violência contra crianças	Maioria vítimas do gênero masculino, maioria no período noturno,
Cavalcanti, 2020	transversal	335 crianças e adolescentes com idade até 19 anos	Prevalência trauma maxilofacial em 36,7%	Maioria de vítimas do gênero feminino (60,3%), agressão em casa (50,6%), maioria conhecidos das vítimas (91,5%)
Bregagnolo, 2013	transversal	463 crianças e adolescentes com idade entre 0 e 16 anos	Prevalência trauma maxilofacial 64,5%	Lesões mais frequentes foram escoriações (28,64%), trauma dental (54,76%) e fraturas ósseas em região nasal (36,7%),
Hillis, 2016	revisão sistemática	38 relatórios de 96 países, cerca de 1 bilhão de crianças entre 2 e 17 anos	Prevalência global de violência contra criança	A prevalência indica que mais de 50% das crianças no mundo passaram por alguma experiência de violência
Norman, 2012	revisão sistemática	124 estudos	Consequências relacionadas à violência contra crianças e adolescentes	Grande associação entre o uso de drogas, questões depressivas, tentativas de suicídio e a violência

TABELA 4 Projeções regionais e globais de prevalências mínimas de violência nos últimos anos e números mínimos de crianças expostas à violência nos últimos anos

Região	Caso base			Análise sensitiva	
	Crianças em risco: Censo População de 2 a 17 anos	Ano passado Estimativa de Qualquer Violência ou Grave Violência, %	Nº projetado de crianças de 2 a 17 anos expostas a qualquer violência ou violência grave	Estimativa de qualquer violência no ano passado, Violência Moderada ou Violência Grave, %a	Nº projetado de crianças de 2 a 17 anos expostas a qualquer violência, violência moderada ou violência gravea
África	457 910 818	50	229 763 729	82	373 660 785
Ásia	1 116 627 158	64	714 556 771	80	887 821 353
Latim América	171 374 655	34	58 429 315	58	99 426 824
Europa	123 739 478	12	15 192 001	65	80 622 608
Norte América	71 559 422	56	40 194 431	61	43 706 144
Oceânia	8 708 044	7	640 197	7	640 197
Mundo	1 949 919 575	54	1.058.776.444	76	1 485 877 910

"Qualquer violência" inclui, dependendo do tipo de pesquisa, a exposição a um ou mais dos seguintes: violência física, violência emocional, violência sexual, intimidação ou testemunho de violência.

a Inclui crianças expostas a violência física moderada, que é definida como espancamentos, tapas na cara, pancadas ou sacudidelas.

Hillis S, Mercy J, Amobi A, et al. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates

Os resultados dão uma referência global que indica que mais da metade das crianças no mundo já foram vítimas de algum tipo de violência, seja ela física, emocional ou psicológica, entretanto, vemos que a violência interpessoal representa 2,5% da taxa de mortalidade global, e as características epidemiológicas demonstram que a agressão física é a principal causa de trauma (64,5%), superando acidentes de trânsito, com maior incidência na faixa etária de 15 a 19 anos, é importante também levar em consideração fatores culturais, demográficos, socioeconômicos e ambientais, que também influenciam a prevalência desse tipo de lesão maxilofacial. Em casos que envolvem crianças e adolescentes, a violência e o abuso são caracterizados como qualquer forma de ação ou omissão decorrente de uma desigualdade de força física, política ou de poder econômico que possa causar danos a essas vítimas.

Alguns desses fatores já foram avaliados em nosso país e, após análises independentes envolvendo valores próximos a 3600 pessoas, alguns dos fatores supracitados foram correlacionados, e os resultados nos indicam que a maioria dos casos está relacionada ao sexo feminino, em áreas suburbanas, e, em sua maioria, por familiares ou conhecidos das vítimas (26,48%), principalmente em vias públicas (56,4%) e dentro de seus próprios domicílios (33,1%). Cerca de 45% de todos esses casos de violência resultam em lesões maxilofaciais, o que evidencia alta incidência de trauma. [1-2]

Outro ponto importante a ser abordado é que a região maxilofacial é um dos alvos mais frequentes de agressões interpessoais, devido à sua localização exposta e à representação da identidade da vítima. Traumas nessa área podem comprometer funções vitais, como a visão, a mastigação e a deglutição, e a vulnerabilidade é maior em crianças pequenas, cujas cabeças são proporcionalmente maiores e cuja capacidade de autodefesa é limitada. A prevalência do abuso infantil tem sido relatada em diferentes países e reflete diferenças sociais e culturais multifatoriais, além de abranger uma ampla faixa etária. Vários estudos demonstraram que 50–75% de todos os casos de abuso infantil envolvem traumatismos na boca, na face e na cabeça. Entre todos esses casos, identificou-se que cerca de 55% das lesões ocorreram na maxila. Na cavidade oral, o lábio superior é a região mais lesionada, observada em 46,4% dos casos. Nessa região, a lesão mais prevalente foi a laceração do lábio superior, com cerca de 44%. [3] Observamos também que, em crianças, o tipo

de trauma mais comum foi o dentoalveolar, enquanto, em adolescentes, o mais comum foi a fratura simples. [4]

Conseguimos observar também que o impacto da violência varia significativamente conforme o cenário. Em um estudo observacional realizado no ambiente escolar, analisamos mais de 500 casos e os resultados indicaram que 69,1% dessas vítimas de violência apresentaram lesões na cabeça e na face, e também foi identificada uma associação com lesões de outra natureza. As lesões identificadas nesta população atingem predominantemente tecidos moles e, em mais de 80% desses casos, observam-se escoriações, equimoses e lacerações, as manifestações mais comuns. Nesse ambiente, cerca de 93% das agressões ocorreram por parte de pessoas conhecidas pelas próprias vítimas, geralmente perpetradas por colegas. [5] Em outro estudo que retrata a relação entre os locais dessas agressões, identificou-se que 56% dos casos de violência ocorrem em vias públicas, com predominância de vítimas do sexo feminino. [6]

Também entra em evidência a correlação entre o trauma maxilofacial e o alto risco de desenvolvimento de transtornos pós-traumáticos, tanto psicológicos quanto funcionais e estéticos, alguns fatores analisados como o uso de álcool (63,5%) e de drogas ilícitas (16%), com destaque para o crack, estão fortemente associados à ocorrência de agressões físicas, ainda como agravante, nestes contextos, as agressões costumam vir de pessoas conhecidas ou do convívio social da vítima, o que reforça a complexidade do diagnóstico e a necessidade de proteção à criança e ao adolescente. Utilizando a idade como referência, identificamos que, em crianças, os traumas mais comuns são os dentoalveolares; já em adolescentes, as fraturas, identificadas em 37% dos casos analisados, além de outros tipos de lesões relacionadas à cavidade oral, como edemas, hematomas, lacerações e trauma dentário [7]. Devemos salientar que as fraturas ósseas faciais são mais raras em crianças mais jovens devido à maior elasticidade do esqueleto infantil e à proteção do corpo adiposo bucal; quando ocorrem, o osso nasal é o mais frequentemente afetado. Os traumas maxilofaciais citados foram divididos entre esses três: traumas nasais, maxilares e mandibulares, sendo assim podemos dividir em dois grandes grupos, o das lesões em tecido mole e traumas dentoalveolares e maxilofaciais, [8]

É possível identificar as consequências físicas da violência de forma clara e classificá-las de acordo com a região da lesão e o tipo de trauma. Conseguimos observar essas consequências físicas da violência por meio de um exame físico, e um dos escopos dessa revisão é abordar especificamente as lesões maxilofaciais. E esses traumas maxilofaciais são classificados em:

Lesões de mucosa e gengiva

- Laceração – corte superficial ou profundo sem perda estrutural.
- Contusão – arroxeamento, seguido de edema, sem corte.
- Abrasão – corte superficial sem perda de estrutura.

Lesões do osso de sustentação

- Comunicação da cavidade alveolar.
- Fratura da parede alveolar.
- Fratura do processo alveolar.
- Fratura de maxila/mandíbula.

Lesões dos tecidos duros dentários e polpa

- Fratura de esmalte.
- Fratura do esmalte e da dentina sem exposição pulpar.
- Fratura do esmalte e da dentina com exposição pulpar.
- Fratura coronorradicular sem exposição pulpar.
- Fratura coronorradicular com exposição pulpar.
- Fratura radicular.

Lesões do ligamento periodontal

- Concussão – injúria das estruturas de suporte sem deslocamento dentário, mas com forte reação à percussão.
- Subluxação – injúria das estruturas de suporte sem deslocamento dentário, com sangramento no sulco e mobilidade dentária.
- Luxação intrusiva – deslocamento dentário para o interior do alvéolo.
- Luxação extrusiva – deslocamento dentário parcial para fora do alvéolo.
- Luxação lateral – deslocamento dentário lateral para fora do alvéolo.
- Avulsão dentária – deslocamento completo do dente do alvéolo.

Além dessa classificação, há também outra análise relacionada aos outros tipos de violência, que não abordaremos a fundo nesta pesquisa, mas que são de extrema importância e merecem debate, resumida na tabela a seguir:

Indicadores de maus-tratos contra crianças e adolescentes			
Violência física	**Violência psicológica**	**Negligência**	**Violência sexual**
Cortes, hematomas, equimoses, contusões.	Ansiedade.	Alta incidência de injúrias por falta de cuidado dos pais.	Gravidez precoce, infecções do complexo orofacial relacionados a doenças venéreas: sífilis; gonorreia; condiloma acuminado; herpes tipo II; moniliase; tricomoníase.
Abrasões, escoriações.	Depressão.	Baixo peso, desnutrição.	
Marcas de mordidas, alopecia traumática.	Distimia, apatia.	Pobre higienização pessoal.	
Queimaduras: a ferro, cigarro, substâncias cáusticas/ venenosas.	Rebeldia.	Elevada incidência de cárie.	
Injúrias na face, lacerações, fraturas maxilomandibulares, traumas dentários.	Agressividade, delinquência.	Infecções e traumas orofaciais não tratados.	Petéquias e eritema no palato por felação.
Insensibilidade à dor durante as consultas.	Passividade, isolamento.	Dor.	Retenção de fezes, masturbação excessiva, comportamento sexualizado.
Baixa autoestima; abatimento; timidez; sentimento de culpa; desatenção; incompreensão.	Elevada sensação de raiva; carência afetiva; hiperatividade; necessidade de chamar atenção.	Medo de desagradar ou excessiva preocupação em agradar; relutância em voltar para casa; sonolência; falta de confiança em adultos; choro sem causa aparente.	

Odontopediatria - Uma visão contemporânea -> Cristiane Duque [10]

A violência contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública global que afeta mais de 1 bilhão de jovens anualmente e resulta em graves danos físicos e psicológicos onde é evidenciada a correlação entre o trauma maxilofacial e um alto risco de desenvolvimento de transtornos pós-traumáticos, tanto psicológicos quanto funcionais e estéticos. A partir de uma revisão sistemática com metanálise , foram retratadas as consequências além do trauma maxilofacial, evidenciando principalmente comportamentos como distúrbios mentais, abuso de substâncias e comportamento suicida. [11] Esses resultados reforçam ainda mais a importância da educação do cirurgião-dentista e do público em geral sobre o tema.

Category	Health Outcome and Type of Maltreatment	Number of Data Points	Pooled OR	95% CI Lower Bound	95% CI Upper Bound	Cochran's *Q*	I^2 (%)	Test for Heterogeneity (*p*-Value)
Mental disorders	**Depressive disorders**							
	Physical abuse	36	1.54	1.16	2.04	273.81	87.22	<0.01
	Emotional abuse	9	3.06	2.43	3.85	21.99	63.63	<0.01
	Neglect	14	2.11	1.61	2.77	45.33	71.32	<0.01
	Anxiety disorders							
	Physical abuse	59	1.51	1.27	1.79	592.99	90.22	<0.01
	Emotional abuse	4	3.21	2.05	5.03	43.17	93.05	<0.01
	Neglect	8	1.82	1.51	2.20	11.24	37.74	0.13
	Eating disorders							
	Physical abuse	6	2.58	1.17	5.70	43.66	88.55	<0.01
	Emotional abuse	2	2.56	1.41	4.65	4.40	77.27	0.04
	Neglect	2	2.99	1.53	5.83	2.14	53.33	0.14
	Childhood behavioural/conduct disorders							
	Physical abuse	12	2.29	1.76	2.97	15.83	30.53	0.15
	Neglect	6	2.01	1.42	2.84	2.02	0.00	0.85

Substance abuse/ alcohol and drug use	**Substance abuse**							
	Physical abuse	9	1.61	1.21	2.16	12.18	26.11	0.14
	Emotional abuse	1	2.00	0.60	6.30	Not pooled	Not pooled	Not pooled
	Neglect	2	1.29	0.67	2.47	2.39	58.20	0.12
	Alcohol use							
	Physical abuse: any alcohol use	44	1.30	1.10	1.55	207.27	79.25	<0.01
	Physical abuse: non-problem drinking	11	1.47	1.17	1.85	32.87	69.57	<0.01
	Physical abuse: problem drinking	33	1.26	1.03	1.55	153.20	79.11	<0.01
	Emotional abuse: any alcohol use	10	1.27	1.11	1.46	13.26	32.12	0.15
	Emotional abuse: non-problem drinking	2	1.29	0.88	1.90	4.28	76.62	0.04
	Emotional abuse: problem drinking	8	1.27	1.11	1.46	8.58	18.38	0.28
	Neglect: any alcohol use	15	1.14	0.92	1.39	100.32	86.04	<0.01
	Neglect: non-problem drinking	4	1.50	1.15	1.96	15.14	80.18	<0.01
	Neglect: problem drinking	11	1.09	0.87	1.35	50.38	80.15	<0.01
	Drug use							
	Physical abuse	43	1.92	1.67	2.20	136.06	69.13	<0.01
	Emotional abuse	8	1.41	1.11	1.79	30.51	77.06	<0.01
	Neglect	41	1.36	1.21	1.54	180.81	77.88	<0.01
Suicidal behaviour	Physical abuse	58	3.00	2.07	4.33	2,392.41	97.62	<0.01
	Emotional abuse	11	3.08	2.42	3.93	32.36	69.10	<0.01
	Neglect	15	1.85	1.25	2.73	19.43	27.94	0.15

doi:10.1371/journal.pmed.1001349.t004

No perfil do abuso infantil, identificamos que o trauma maxilofacial está, de fato, presente em grande parte dos casos registrados com relação a violência contra a criança e o adolescente.

CONCLUSÃO

São observados dados alarmantes quando levamos em consideração os percentuais de casos de crianças e adolescentes expostos a algum tipo de violência, bem como os custos para a saúde pública, tanto no âmbito internacional quanto no nacional.

Nesse cenário, o cirurgião-dentista possui o dever ético e legal de identificar sinais de maus-tratos, como múltiplas lesões em diferentes estágios de cicatrização ou lacerações na mucosa labial, e realizar diagnóstico diferencial e notificar as autoridades competentes. Essa atuação profissional é decisiva para romper o ciclo de violência e minimizar sequelas funcionais e estéticas permanentes.

Por isso, é necessário abordar questões diagnósticas para a avaliação dessas lesões e, considerando as necessidades, rever a anamnese e o exame físico, além de exames complementares, como radiografias panorâmicas e tomografias computadorizadas de feixe cônico.

Existe também a necessidade de adotar a conduta mais indicada para os cirurgiões-dentistas em casos de suspeita de maus-tratos; primeiramente, deve ser realizada a notificação, por meio de ofício, ao Conselho Tutelar ou ao Juizado da Infância e da Juventude. Em seguida, notificar a ocorrência à autoridade policial e solicitar a guia de encaminhamento da criança para a realização de exame de corpo de delito. Além disso, orienta-se a registrar no prontuário as lesões identificadas e reconhecidas pelos responsáveis.

REFERÊNCIAS

1) Barbosa KGN, Bernardino IM, Cavalcante GMS, Ferreira e Ferreira E, Martins RC, d'Avila S. Patterns of oralmaxillofacial trauma and determinant factors among Brazilian victims of physical aggression: a 4-year study. Oral Health Prev Dent 2018; 16(6):483-9. https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a41545
2) Oliveira TBS, Pinto MSA, Macedo RF, Oliveira TSB, Cavalcanti AL. Characterization of morbidity from interpersonal violence in brazilian children and adolescents. Iran J Public Health 2014; 43(9):1184-91.
3) Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents - a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. Dent Traumatol 2010
4) Silva CJP, Ferreira e Ferreira E, Paula LPP, Naves MD, Vargas AMD, Zarzar PMPA. The urban violence against children and adolescents in Belo Horizonte: a story told through the maxillofacial traumas. Physis 2011; 21(3):1103-20. https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300018
5) Cavalcanti AL. Lesões maxilofaciais em vítimas de violência no ambiente escolar. Cienc Saúde Coletiva 2009; 14:1835-1842
6) Laureano ICC, Farias L, De Souza G, Alencar A, Cavalcanti AFC, De Alencar CRB, Cavalcanti AL. Injuries in The Maxillofacial Complex and Associated Factors in Brazilian Victims of Violence: A Cross-Sectional Study. Cumhuriyet Dent J 2019;22:1:3-10)
7) Cavalcanti AFC, Costa SRR, Goncharuk-Khomyn M, Cavalcanti AL. Maxillofacial injuries in Brazilian children and adolescents victims of physical violence: a single forensic center analysis. Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr. 2020; 20:e5683. https://doi.org/10.1590/pboci.2020.132
8) Bregagnolo LA, Bregagnolo JC, Silveira F, Bergamo AL, Santi LN, Watanabe MGC. Oral and maxillofacial trauma in Brazilian children and adolescents. Braz Dent J 2013; 24(4):397-401. https://doi.org/10.1590/0103-6440201302227

9) Hillis S, Mercy J, Amobi A, et al. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. Pediatrics. 2016;137(3):e20154079
10) Odontopediatria - Uma visão contemporânea -> Cristiane Duque 2013
11) Rosana Norman, Munkhtsetseg Byambaa, Rumna De, Alexander Butchart, James G. Scott, Theo Vos. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis 2012; 10.1371/journal.pmed.1001349
12) https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children (OMS,2026)
13) https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/145086/9789241564793_por.pdf;sequence=5 (OMS,2014)
14) https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10623081/paragrafo-2-artigo-136-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=lr_dsa_topicos&utm_term=feed_topicos_engajamento_pos_org_maior_3&utm_content=descricoes_gerais&campaign=true&gad_source=1&gad_campaignid=22559254683&gbraid=0AAAAABQbqenstpdsCCjskkfTpvFDVKjOw&gclid=CjwKCAjwidXQBhAZEiwA4egw6KRa5-w9YZ5Hz6DsA9qARbIsFt8HxT7wNeTud2CkLskLaS9evwC_jxoCC6cQAvD_BwE (JUSBRASIL,2026)
15) https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13431-4-abril-2017-784569-norma-pl.html (CÂMARA LEGISLATIVA,2017)
16) https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/91764/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-lei-8069-90 (JUSBRASIL,2026)
17) https://www.sbp.com.br/233-casos-de-violencia-fisica-ou-psicologica-contra-criancas-e-adolescentes-sao-notificados-todos-os-dias/ (SBP,2019)
18) https://www.childfund.org.au/news-and-stories/inaction-violence-children-costs-world-us7-trillion/ (CHILDFUND,2014)
19) https://www.gov.br/mdh/pt-br/campanha/maio-laranja/noticias-maio-laranja/governo-federal-investe-r-109-milhoes-em-plano-de-enfrentamento-a-violencia-contra-criancas-e-adolescentes (GOV,2022)

20) https://brasil.un.org/pt-br/213591-pnud-mestrado-profissional-qualifica-atendimento-crian%C3%A7as-e-adolescentes (NAÇÕES UNIDAS BRASIL,2022)
21) https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/acoes-e-programas/escola-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-endica (GOV,2021)
22) https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/governanca/BALANCO_GESTAO_MMFDH.pdf (GOV,2022)