**TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO**

CURSO DE ODONTOLOGIA

ULBRA

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL CAMPUS TORRES
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

PIETRA C. FREITAS DE COSTA

ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA INFANTIL EM AMBIENTE ODONTOLÓGICO
REVISÃO DE LITERATURA

Torres
2019

PIETRA C. FREITAS DE COSTA

ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA INFANTIL EM AMBIENTE ODONTOLÓGICO
REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Odontologia da Universidade Luterana
do Brasil – ULBRA, Campus Torres como
requisito final para obtenção do título de
Cirurgião-Dentista

Orientador: Me Guilherme Pessoa Cerveira

Torres
2019

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL CAMPUS TORRES
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

PARECER DE ADMISSIBILIDADE

Após acurado exame do Trabalho de Conclusão de Curso, elaborado pela acadêmica **Pietra Conceição Freitas de Costa**, concluo que seus aspectos estruturais e de conteúdo são compatíveis com os objetivos delineados.

O acadêmico sempre acolheu as considerações e sugestões deste(a) professor(a) orientador(a), mostrando-se de tal feito, bastante interessado em alcançar total êxito em seu trabalho.

Em razão de todo acima exposto, opino pela viabilidade da defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, pois o considero apto a ser entregue pelo(a) acadêmico(a) acima referido, perante o(a) professor(a) de TCC a fim de completar os requisitos para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Torres, de de 2019.

Orientadora(a)
Me Guilherme Pessoa Cerveira

Observações:

Dedico ao curso de Odontologia do campus Ulbra Torres, aos meus professores e as pessoas que tive oportunidade de conviver e crescer neste período de graduação.

AGRADECIMENTOS

"Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas. A Ele a glória por toda a eternidade! Amém" (Rom 11,36)

Ao meu Senhor Jesus que é o centro! O realizador desse sonho, minha base, minha fortaleza!

Aos meus avós Silvia e Antonio, por toda educação que me deram, por terem sonhado junto comigo e terem me cuidado por todo esse tempo! Vocês são a base!

Meu pai Cássio, por me aconselhar, cuidar de todas coisas, abrir meus olhos, ser o meu mentor. Me motivando a cada dia e me levantando em todas as batalhas!

A minha mãe Caren e Meu padrasto Tiago, que sempre estiveram por perto me dando todo auxílio e me ajudaram tanto! Amo vocês

Minha irmã Laura por me apoiar, chorar comigo, sonhar junto e me dar todo amor e força, obrigado por transbordar comigo meu sol!

Ao Meu irmão Vitchenzo que apoia a mana e aceitou que eu fosse a dentista dele! Meu amor que me motiva!

Aos meus amigos de graduação, Mestre André e Dionatas que me ajudaram a crescer, sendo apoio e suporte pros momentos de dificuldades, dúvidas, estudos. Vocês são demais!

A minha amiga, parceira, apoiadora, Daniely por estar ao meu lado e por termos evoluído tanto juntas! Minha dupla!

A minha amiga Rauana, por ter sido minha primeira dupla, amiga fiel que me acompanhou e está comigo! Obrigada por tudo.

Aos meus professores que me passaram seu conhecimento e me fizeram crescer como profissional mas também como ser humano!

Ao Mestre Guilherme Cerveira meu orientador, pela atenção e por ter me ajudado no meu trabalho.

As minhas amigas de vida, Isabela, Leticia e Maria Victoria por me motivarem, aconselharem e estarem comigo dando todo apoio desde sempre.

A enfermeira Edna por ser uma pessoa exemplar, pela compreensão e por ter me ensinado tanto! Obrigada por tudo.

RESUMO

A violência tem crescido na sociedade e já se tornou um problema de saúde pública. Acomete diretamente as crianças e adolescentes, que são o futuro do mundo e são afetadas constantemente por injúrias e maus tratos. A importância do Cirurgião-Dentista em ajudar, dentro do seu campo de atuação, na detecção destes casos não é abordada com a frequência e com a relevância que deveria. O desconhecimento sobre o tema faz com que um número baixo de casos sejam notificados pelos profissionais¹. O objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão de literatura referente à importância do Cirurgião-Dentista na detecção e manejo de casos suspeitos de maus tratos à pacientes infantis. Os materiais e método foram baseados em artigos científicos encontrados nas bases de dados PubMed, Scielo, Cochrane Library Periódicos CAPES e Google Acadêmico. Utilizando as palavras chave (Odontologia Maus tratos infantis. Notificação de abuso) em língua portuguesa e inglesa (Dentistry, child maltreatment, abuse notification). Os idiomas dos artigos a serem considerados serão português, inglês e espanhol tendo como limitação as datas das publicações, preferencialmente de 2000 a 2019. Considerações finais: Todos os membros da área da saúde tem como dever a detecção de sinais de abuso, e nesta revisão, está ressaltada a importância do cirurgião dentista nesses casos, pois sua área de atuação (cabeça e pescoço), coincide com áreas frequentemente atingidas pelos agressores.

Palavras-chave: Odontologia. Maus tratos infantis. Notificação de abuso.

ABSTRACT

The violence has grown in society and has already become a public health problem. It affects directly the children and the teenagers, who are the future of the world, and are constantly affected by injuries and abuses. The importance of the dental surgeon in helping, within his field of expertise, in detecting these cases it's not approached with the frequency and relevance that it should. The lack of knowledge on this subject causes a low number of cases reported by these professionals. The purpose of this paper is to present a literature review about the importance of the dental surgeon in the detection and management of suspected cases of child abuse. The materials and methods were based on scientific articles found databases as PubMed, Scielo, Cochrane Library, CAPES periodical and Scholar Google. Using the keywords (Odontologia, Maus tratos, Notificação de abuso) in Portuguese and (Dentistry, Child abuse, Abuse notification) in English. The considered articles were written in Portuguese, English and Spanish, with dates between 2000 and 2019. Final considerations: All members of the healthcare area have the duty to detect signs of abuse, and in this review, the importance of the dental surgeon in these cases is emphasized, as their area of operation (head and neck) coincides with areas frequently affected. by the aggressors.

Keywords: Dentistry. Child abuse. Abuse Notification

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	MATERIAIS E MÉTODO	12
3	REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1	Lei da Criança e do Adolescente	13
3.2	Formas de Maus Tratos	14
3.3	Importância do Cirurgião-Dentista	17
3.4	Ação do Cirurgião-Dentista	19
3.5	Consequências a Criança	23
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
	REFERÊNCIAS	25
	ANEXO A - GUIA PRÁTICO PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA.....	30
	ANEXO B - RELAÇÃO DE IMAGENS SOBRE ALGUMAS LESÕES	
	CARACTERÍSTICAS DAS RESPECTIVAS FORMAS DE MAUS TRATOS	32
	ANEXO C - NORMAS PARA SUBMISSÃO PARA A RFO: REVISTA DA	
	FACULDADE DE ODONTOLOGIA (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO).....	37

1 INTRODUÇÃO

Verifica-se que Maus tratos é definido como o dano físico, sexual ou psicológico, os quais são cometidos por um indivíduo em condições superiores ao que a vítima, de forma contrária a sua vontade ou com seu consentimento obtido através de indução enganosa.

No ano de 2011, foram notificados no Brasil, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 17.900 casos de violência contra crianças menores de 9 anos. Atualmente a alta incidência e o impacto da violência na vida dos indivíduos e da coletividade fizeram com que essa questão se tornasse um problema de saúde pública afetando física e mentalmente a saúde, o desenvolvimento e a dignidade das vítimas^{2,3,4}. A notificação da violência doméstica pelos profissionais de saúde contribui para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo, por sua vez, o desenvolvimento de programas e ações específicas¹.

Ademais, a violência doméstica representa toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade, assim como o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Denota-se que a violência doméstica pode ser cometida dentro e fora do lar, por qualquer um que esteja em relação de poder com a pessoa agredida, incluindo aqueles que possuem a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue², fazendo com que muitas crianças experimentem o dissabor das agressões. Infelizmente, na sociedade contemporânea, o uso da punição física ainda é um instrumento utilizado com frequência na educação dos filhos.

Os pais tendem a defender essa forma de disciplina, a qual pode favorecer a banalização e tornar crônica a violência doméstica física contra crianças e

adolescentes². Mesmo encarada como algo normal por alguns, a agressão na infância e adolescência pode acarretar problemas, os quais muito provavelmente terão impacto por toda a vida da vítima, levando-a a repetir o comportamento violento⁵.

Deste modo, a infância é vista tradicionalmente como uma fase de divertimento e tranquilidade e os atos de violência podem ser classificados de acordo com a natureza das agressões, por meio da violência física, que é o uso intencional de força física com o objetivo de ferir a criança ou adolescente deixando ou não marcas evidentes. Veja-se que traumas na região de cabeça e pescoço, fraturas, queimaduras, são alguns exemplos^{1,6}. Normalmente as crianças que sofrem maus tratos apresentam lesões que podem ser confundidas com acidentes do dia-a-dia¹⁻³. Portanto, é importante o Cirurgião-Dentista estar atento aos ferimentos que envolvem outras partes do corpo próximas à cavidade bucal. Tais ferimentos podem incluir hemorragia da retina, ptose e hematoma periorbital, contusões e fraturas nasal, e danos à membrana timpânica, com hematoma na orelha. Assim, este trabalho tem como objetivo, através de uma revisão de literatura, elucidar a importância do Cirurgião-Dentista na detecção e manejo de casos suspeitos de maus tratos aos pacientes infantis.

2 MATERIAIS E MÉTODO

A metodologia empregada foi a revisão de literatura, através de pesquisas, usando as palavras chaves (Odontologia, Maus tratos infantis, Notificação de abuso). Os critérios de inclusão para escolha dos artigos selecionados foram de acordo com a disponibilidade na íntegra do artigo, língua portuguesa e inglesa e ano de publicação entre 2000 e 2019. Os critérios de exclusão foram os textos fora da data de publicação, fora do tema e que não estivessem disponíveis na íntegra. A busca foi realizada em bancos de dados online como: PubMed, Google Acadêmico, Scielo, depois que foram aplicados os filtros de busca começou-se então a leitura dos artigos e foram selecionados aqueles que tivessem como justificativa a importância do cirurgião dentista no diagnóstico de violência infantil, o manejo correto dessas vítimas e sinais clínicos de abuso.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Lei da Criança e do Adolescente

Os direitos da criança e do adolescente foram sendo adquiridos aos poucos, notadamente após um grande período de exploração, violência e até mesmo morte, sem amparo legal algum. Nota-se que os responsáveis poderiam castigar como bem entendessem os pequenos sem interrupção de ninguém, pois a criança “pertencia” a eles⁷⁻⁹.

No mais, o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 13 de julho de 1990, sob a Lei nº 8.069, dispõe no seu artigo 5, que "nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais"⁷. Entretanto, para milhares de crianças, a violência e a negligência são partes da vida diária e não ocorrem apenas nas ruas, mas também em seus próprios lares, em decorrência da ação de adultos que supostamente deveriam protegê-las. Em razão disso, foi criado um órgão municipal denominado Conselho Tutelar, o qual é uma instituição criada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tendo como missão zelar pelo cumprimento da criança e do adolescente definidos nesta lei^{1,7,8}. Assim, tanto nos casos em que o Cirurgião Dentista tiver certeza da ocorrência de maus tratos quanto nos casos em que houver somente suspeita, consta no estatuto da criança e do adolescente que é obrigação do profissional notificar o conselho tutelar ou juizado de menores. Isto pode ser feito pessoalmente, por escrito ou por telefone, de forma anônima ou não. Notificar um caso desses significa suspender

atitudes violentas e todo sofrimento que o menor pode estar passando. A notificação não é uma ação policial, uma vez que se trata de uma medida que tem como objetivo proteger a criança ou o adolescente, fornecendo suporte para a família¹.

Deste modo, conforme o Art. 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente, se o Cirurgião-Dentista não comunicar casos de maus tratos contra a criança ou adolescente, que conhece ou que suspeita, poderá ser penalizado por infração com multa de três a vinte salários de referência, aplicada em dobro caso cometa novamente o mesmo erro^{1,7}

3.2 Formas de Maus Tratos

Os maus tratos são classificados em quatro eixos diferentes, violência física, negligencia, violência sexual e violência emocional. A violência física é o uso intencional de força com objetivo de ferir a criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes. Normalmente, nestas situações, as crianças que sofrem maus tratos físicos apresentam lesões que se confundem com acidentes do dia-dia, como arranhões e hematomas^{6,9,10}. Na violência sexual, por sua vez, é importante se atentar para o comportamento da criança pois esta muitas vezes não apresenta sinais visíveis^{6,9}. Além de abranger situações de exploração sexual, a violência pode variar desde atos em que não haja contato, bem como aos diferentes atos com contato sexual⁶, sendo que, nesta situação, a maioria das vítimas não apresentam sinais de traumas físico. Quando presentes, são indicadores muito fortes de abuso sexual: eritemas, úlceras, vesículas com secreção purulenta ou pseudomembranosa e lesões condilomatosas nos lábios, língua, palato, face ou na faringe^{6,10}.

A Definição de negligência muitas vezes se confunde com a de abuso, sendo negligência a omissão do responsável em prover os cuidados básicos para o desenvolvimento da criança e do adolescente, colocando-os em risco. Para haver negligência são necessários dois aspectos: A cronicidade do fato e a omissão em atender alguma necessidade básica do menor¹. A negligencia odontológica tem os seguintes indicadores: cárie rampante não-tratada, sintomatologia dolorosa sem buscar tratamento, infecção, sangramento ou trauma afetando a região orofacial e falta da continuidade do tratamento da patologia identificada⁹. A violência emocional se caracteriza por agressões que não deixam marcas físicas visíveis, mas tão somente marcam a criança por toda vida. Abrangem todo modo de rejeição, depreciação, amedrontamento, desrespeito, discriminação, cobrança ou punição exagerada, responsabilidades excessivas para idade e privação do convívio social¹. Comumente os sinais são inespecíficos e não necessariamente indicando maus tratos. É necessário observar como se dá a interação entre os responsáveis e o menor e realizar uma criteriosa anamnese, registrando no prontuário todas as informações colhidas, incluindo como quando ocorreu a lesão (quando essa estiver presente)¹. Também avaliar a concordância dos relatos do paciente e do responsável quando entrevistados em momentos distintos^{1,2}.

Outros fatores relacionados aos agressores e seu ambiente e que podem despertar a manifestação de raiva ou desdenho em relação a criança são por exemplo uma gravidez indesejada, recém nascidos prematuros, de baixo peso ou portadores de alguma anomalia congênita, crianças menores de 1 ano, com algum tipo de deficiência física ou mental, choro excessivo, crianças expostas a ambientes familiares com muitas brigas, cuidadores com passagem pela policia, cuidadores que cometem violencia contra

animais, comportamento agressivo entre as pessoas próximas a criança¹. Outros fatores podem estar relacionados à envolvimento com drogas, problemas psicológicos, que foram violentados quando criança, imaturidade, desta forma, a importância da anamnese - avaliação da interação da criança com o responsável - e da observação do ambiente familiar em que esta encontra-se inserida. Segue abaixo o Quadro 1 com a relação de algumas lesões características das respectivas formas de maus tratos^{1-4,6,9-11}. No anexo B deste trabalho consta imagens que ilustram a tabela.

Quadro 1 – Aspectos clínico e associação

LESÃO	ASPECTO CLÍNICO	ASSOCIAÇÃO
Sentinela: Chamadas assim por serem simples, e aparecerem por primeiro.	Lesões pequenas e visíveis como arranhões e cortes principalmente na região da face e comissuras em crianças de 0-4 anos.	Violência física ou sexual
Marcas de mordida	Mordidas humanas aproximam-se de impressões circulares ou ovais, podendo apresentar uma área equimótica característica do ato de ‘sugar’ ou ‘empurrar’ a língua contra o tecido mole.	Violência física ou sexual
Gonorréia	Pode aparecer sintomatologicamente nos lábios, na língua, no palato, na face e, em especial, na faringe, variando de eritema à ulceração e de lesões vesículo-pustular a pseudomembranas	Um positivo da cultura para gonorréia fortemente indica violência sexual
Condiloma acuminado	Lesão única ou múltipla, pendiculada, com aspecto de couve-flor	Violência sexual
Sífilis	Pápulas nos lábios ou pele da região perioral.	Sujeito fortemente violência sexual
Queimaduras	Alterações no palato, lábios, face por incisão de objetos quentes, como garfos, colheres, alimentação forçada ou até mesmo com líquidos quentes.	Violência Física
Dentes	Múltiplas lesões cariosas acometendo vários dentes. (não existe um número estipulado pela lei para ser considerado negligência). Fraturas múltiplas, muitas raízes residuais, dentes avulsionados sem explicação plausível.	Negligência e violência física
Falta de higiene	Criança com muita placa dentária, roupas sujas, sem banho	Sujeito negligência
Psicológico	Não apresenta sinal específico, varia muito de uma criança para a outra.	Violência emocional

FONTE: PRÓPRIO AUTOR

3.3 Importancia do Cirurgião-Dentista

O diagnóstico do abuso infantil baseia-se na observação dos indícios de comportamento, aos sintomas e sinais físicos, que geralmente são evidentes em crianças maltratadas. Assim, é importante observar a criança desde sua entrada no consultório^{12,13}.

No inciso VII do artigo 9º do Código de Ética (2012), aprovado pela Resolução do Conselho Federal de Odontologia - CFO-118/2012, diz que é dever fundamental do Cirurgião-Dentista zelar pela saúde e dignidade do seu paciente. Portanto, o Cirurgião-Dentista tem como compromisso ético garantir o bem-estar do seu paciente, por estar em uma posição privilegiada, pois a maioria das lesões ocorrem na região de cabeça, pescoço, face, boca, dentes, envolvendo estruturas e tecidos moles.¹⁴⁻¹⁶

O Cirurgião-Dentista acompanha seus pacientes a longo prazo, podendo acompanhar a evolução dos traumas, a recorrência das lesões, o comportamento do paciente e do responsável e, também, as condições em que o menor chega nas consultas, tais como higiene, comportamento emocional e de comunicação.

É importante, deste modo, que todas as informações colhidas na anamnese sejam relatadas no prontuário do paciente, contendo características clínicas das lesões, assim como relato do paciente e do responsável, para quando o Cirurgião-Dentista for notificar os órgãos responsáveis tenha tudo documentado para auxiliar na investigação. A anamnese, então, deve ser feita com o responsável do menor e depois separadamente com a criança, pois é importante analisar concordância nas falas de ambos, já que as vezes o que o responsável alega não condiz com a situação clínica. O que se pode aferir

é que, em muitos casos, o abusador é alguém do próprio núcleo familiar, porém também pode-se notar casos de vizinhos, amigos próximos da família ou pessoas desconhecidas que se aproximam da criança, assim, logo que houver a suspeita de maus tratos o profissional dentista deve notificar o conselho tutelar^{12, 17-19}.

Ademais, os responsáveis abusadores geralmente procuram o Cirurgião-Dentista somente em casos em que a criança sente alguma dor ou tem alguma fratura extensa. Os exames extras e intrabucal devem ser realizados de forma cuidadosa, observando cada detalhe, no intuito de obter o maior número de informações, permitindo o correto diagnóstico^{8,20}. É importante o Cirurgião-Dentista se atentar no reconhecimento das lesões nas suas diferentes fases de cicatrização e, também, na observação e análise das histórias relatadas, que muitas vezes são inconsistentes e vagas, podendo indicar que o caso tem fortes suspeitas de maus-tratos ou abusos infantis. De modo a diagnosticar de uma forma mais precisa a existência ou não de uma história abusiva ou de negligência infantil, é importante que os Cirurgiões-Dentistas conheçam a legislação, tendo em vista a sua ética profissional, devendo sinalizar e avisar as entidades competentes, para poderem realizar as medidas cautelares indicadas para aquela situação. Havendo dúvidas se a suspeita de maus tratos acontece ou não, não há problema em notificar, pois o conselho irá entrar juntamente com outros órgãos, com uma investigação para saber a real condição em que essa criança ou adolescente está inserida.^{1,8}

O não reconhecimento das situações de violência vivenciadas por crianças e adolescentes impede a notificação dos casos e o acionamento da rede de proteção social, impossibilitando a cessação dos atos, podendo permitir que o menor continue vivenciando a negligência e os maus tratos. É necessário, portanto, que o Cirurgião-Dentista esteja atento que é sua responsabilidade também a detecção desses casos de

maus tratos, pois ele é quem tem o conhecimento de saúde bucal, traumas dentários e estuda a fundo a região mais afetada em casos de violência infantil, que é cabeça e pescoço, sendo que tal conjunto de fatores auxilia na detecção e tratamento desses casos¹. Deste modo, para salientar as principais condutas a serem tomadas em frente a casos de maus tratos infantis, os autores da cartilha “violência doméstica contra crianças e adolescentes para o cirurgião dentista” criaram um guia prático (consultar Anexo A deste trabalho).

3.4 Ação do Cirurgião-Dentista

A anamnese é peça chave para saber como vive a criança, quais são seus hábitos e sua história da lesão ou trauma. Por isso, a necessidade de deixar a criança o mais à vontade possível, tal como cativar e conquistar a sua confiança são fatores importantes para a obtenção das informações necessárias²¹⁻²⁵.

O papel do Cirurgião-Dentista, por sua vez, é fundamental para o desempenho da função de fazer o diagnóstico diferencial das lesões, as quais podem ter sido causadas por maus tratos e, para isso, deve utilizar⁻²³:

- a) anamnese completa e detalhada;
- b) questionar aos pais e a criança sobre as lesões ou hematomas, observando as reações de ambos;
- c) analisar de forma minuciosa o paciente intra e extra oral. Observar se as lesões podem ter ligações com doenças sexualmente transmissíveis;
- d) exames auxiliares quando necessitar, para um diagnóstico mais preciso.

Após essa anamnese completa e exames clínicos, o Cirurgião-Dentista pode,

antes de fazer a notificação, realizar um relatório com todas as informações que o levam a suspeitar dos maus tratos. Isso ajuda na posterior investigação que será realizada pelos órgãos competentes que são: O disque 100, que é uma ferramenta anonima que pode ser utilizada, O Conselho Tutelar, O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), O Ministério Público e a Polícia.

O Conselho Tutelar é uma base de apoio e intermédio entre a denúncia de suspeitas de maus tratos e o manejo com essa criança e a família, sendo um órgão que faz encaminhamentos para diminuir a burocracia entre a notificação e os trâmites legais. Sendo assim, verifica-se que notificar o conselho não é uma ação policial, uma vez que este é notificado das suspeitas ou certeza, com a presença de provas do abuso contra a criança ou adolescente, faz o que se chama de “notícia de fato”, que é embasado pelo Art. 136 do Estatuto da criança e do adolescente.^{26,27}

Deste modo, essa ação é o encaminhamento, ao Ministério Público, mais precisamente na Promotoria da Infância e juventude, de um relatório noticiando a informação de maus tratos contra o menor. O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), por seu turno, atua quando acionado pelo conselho tutelar fazendo acompanhamento e dando suporte para a vítima e a família. É composto por técnicos no atendimento de situações de abusos como assistentes sociais, advogados, psicólogos e entre outros profissionais, sempre lidando diretamente com os direitos violados e maus tratos contra a criança e o adolescente.²⁸⁻²⁹

O Ministério Público, juntamente com a polícia, faz a parte de investigação do caso apresentado, para medidas legais poderem ser tomadas, objetivando a devida proteção da criança e a punição do agressor. O promotor pode solicitar algumas providencias e uma requisição para que seja instaurado o inquérito policial para

investigação. Este processo tem um período de demora e, então, o conselho tutelar, neste tempo em que as medidas legais estão sendo tomadas, realiza o acompanhamento a esta família, sendo que, como citado acima, pode encaminhar esse acompanhamento para ser realizado pelo Centro de Referência Especializado em assistência social (CREAS).²⁸⁻²⁹ Estes, por seu turno, vão acompanhar a família, analisar e elaborar relatórios, fazer encaminhamentos da situação de vulnerabilidade e o risco que o menor está sendo submetido.

Então, em sumo, o Conselho Tutelar é um órgão de encaminhamentos, sendo geralmente o primeiro que deve ser notificado nas suspeitas de maus tratos. Funciona, portanto, para facilitar, articular, organizar e zelar pelos direitos da criança e do adolescente e agiliza os procedimentos legais, cobrando de quem precisa ser cobrado para que, mais rápido possível, as atitudes legais possam ser tomadas.^{1,26-28}

O Conselho Tutelar verificará o mínimo de indícios para efetuar o afastamento dessa criança do lar e, se for uma medida muito urgente, o conselho pode tomar esta medida. Assim, se for um caso muito evidente, não restando dúvidas e se tiverem provas visíveis que mostrem quem é o agressor, bem como os danos no menor, como lesões, comportamentos agressivos do agressor, que sejam notórios pelos especialistas que estão acompanhando a família, o conselho pode intervir retirando esta criança do ambiente de maus tratos. Nessa situação, o menor será designado para outros parentes próximos, que não sejam o núcleo em que a criança já estava inserida, até que se decida o que vai ser feito com o agressor, estando a criança protegida. Em último caso, se não houver estes familiares, a criança é encaminhada para o acolhimento institucional, a qual se trata de uma casa de acolhimentos para menores em condições de maus tratos²⁸.

No mais, quando necessita investigação como acima citado, o passo a passo da notificação se dá pela burocracia do Ministério Público e autoridades legais, para de fato ocorrer a investigação necessária.²⁹

Então, em primeira instância, o Conselho Tutelar deve ser notificado pelo profissional que realizou o diagnóstico de maus tratos ou suspeita do mesmo. Este profissional pode comunicar o conselho e também as autoridades policiais, de modo que a notificação poderá ser feita por telefone ou pessoalmente, tendo a opção de manter o anonimato do profissional.

Ademais, se o familiar ou responsável que acompanha a criança não for suspeito de ser o agressor, verifica-se ser importante informá-lo sobre a notificação, explicando acerca do motivo da suspeita, assim como mostrando o que foi encontrado clinicamente, o tipo da lesão e o que pode ter a causado. Porém, se tal familiar for o suspeito de ser o autor dos maus tratos, este não deve ser informado.

O Cirurgião-Dentista deve sempre agir de um jeito respeitoso, analisando todas as informações colidas na anamnese, comparando com coerência entre relatos da criança e do responsável, mediante as lesões e as ações psicológicas do menor. Após a realização da notificação, o Cirurgião- Dentista pode entrar em contato com o conselho tutelar para saber como estão sendo tomadas as medidas e acompanhar o caso de longe, para se certificar de que o menor está seguro e avaliar o risco imediato de reincidência dos maus tratos.

Por fim, além da notificação, o Cirurgião-Dentista deve realizar as urgências que o menor necessita, proporcionando tratamento adequado para as lesões presentes e dar continuidade nos procedimentos necessários para garantir saúde e o bem-estar da

criança.

3.5 Consequencias a Criança

O fato de não comunicar as suspeitas ou a certeza de uma agressão pode ser fatal para a criança ou, em uma próxima geração, há grandes chances de que a criança repita os comportamentos agressivos com seus futuros filhos.^{1,3} Crianças vítimas de maus tratos possuem o pior nível de qualidade de vida (saúde mental, física, psicológica, social, desempenho escolar)^{1,3,8}.

Assim, crianças que sobrevivem a uma condição de maus tratos, podem ter problemas ao longo da vida, como impacto negativo na formação do cérebro, problemas psicológicos, agressividade, se isolar das demais pessoas, propensão a depressão, ansiedade, baixa autoestima e, até mesmo, suicídio. Deste modo, o desenvolvimento de doenças cardíacas e no fígado também estão associados pois como são expostas a tamanho estresse emocional, doenças psicossomáticas podem aparecer, afetando estes órgãos, tudo por conta da exposição a violência na infância. Durante a vida adulta, essa criança pode ter comportamentos agressivos e repetir tudo que vivenciou.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação legal do amparo à criança e ao adolescente garantiu aos menores de idade o valor e a proteção perante a lei, tal como aos indivíduos de outras idades. Com o auxílio de ferramentas, como o estatuto da criança e do adolescente, órgãos de encaminhamento para a notificação de casos de abuso e meios de proteção às crianças (como o conselho tutelar, citado neste trabalho), crianças e adolescente estabeleceram seus lugares perante a lei.

Veja-se que todos os membros da área da saúde têm como dever a detecção de sinais de abuso e, nesta revisão, está ressaltada a importância do cirurgião dentista nesses casos, pois sua área de atuação (cabeça e pescoço), coincide com áreas frequentemente atingidas pelos agressores.

Assim, casos de abuso às crianças e adolescentes podem passar despercebidos devido à falta de informação sobre a devida ação a ser tomada pelo cirurgião dentista diante destes casos.

Este levantamento bibliográfico, que conta com embasamento de estudos dos últimos 20 anos, mostrou a importância do cirurgião dentista em detectar maus tratos infantis e quais ações devem ser tomadas mediante estas situações, sendo a quem recorrer e o que pode acontecer caso haja omissão. As pesquisas deixam claro que o Cirurgião-Dentista desempenha um papel imprescindível e que deve sempre notificar qualquer suspeita de abuso.

REFERÊNCIAS

- 1 Herrera LM, Strapasson RAP, Melani FRH, Vitória LA. Cartilha sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes para cirurgiões dentistas [documento eletrônico]. São Paulo: Ed. dos Autores; 2015. [acesso em 19 nov. 2018]. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/website/wp-content/uploads/2015/11/Cartilha-viol%C3%Aancia-final-Rodolfo-Melani.pdf>.
- 2 Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil. 2011. Ciênc. saúde colet. 2015 [acesso em: 30 out. 2019]; 20(3): 655-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000300655&script=sci_arttext&tlng=pt
- 3 Massoni ACDL, Ferreira AMB, Aragão AKR, Menezes, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica Brasil. Ciênc. saúde colet. 2008 [acesso em: 30 out. 2019]; 15(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200016.
- 4 Cavalcanti AL. Manifestações Físicas do Abuso Infantil: aspectos de interesse odontológico. Rev Paul Odontol 2003; 25(5):16-19.
- 5 Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça RCV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo em um programa de intervenção. Ciênc. saúde colet. 2005 [acesso em: 30 out. 2019]; 10(1):143-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100021.
- 6 Louzado M, Araújo CH, Scariot F, Dornelles MSO, Prado D. Manifestações orais em crianças abusadas sexualmente. Rev Bras Odontol 2001; 58(1):33-34
- 7 Brasil. Lei Nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990 [acesso em: 30 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

- 8 Garbin CAS, Guimarães e Queiroz APD, Rovida TAS, Saliba O. A violência familiar sofrida na infância: uma investigação com adolescentes. *Psicol. Rev.* 2012 [acesso em: 30 out. 2019];18(1). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000100009.
- 9 Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul* 2003 [acesso em 30 out. 2019];25(Supl 1):9-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1>.
- 10 Alves PM, Cavalcanti AL. Diagnostico do abuso infantil no ambiente odontológico: uma revisão de literatura. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde* 2003 [acesso em: 30 out. 2019];9(3/4):29-35. Disponível em: <https://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/view/367/375>.
- 11 Cavalcanti AL, Duarte RC. Manifestações Bucais do Abuso Infantil em João Pessoa - Paraíba - Brasil. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2003;7(2):161-170
- 12 Souza CE, Rodrigues FMM, Zocratto KBF, Oliveira CAS. Violência Infantil e a Responsabilidade Profissional do Cirurgião-Dentista: revisão de literatura. *RBOL: Rev. Bras. Odontol. Legal* 2017 [acesso em: 30 out. 2019];4(1):53-63. Disponível em: <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/75/96>.
- 13 Chaim LAF. A responsabilidade Ética e Legal do Cirurgião Dentista em relação a criança maltratada. Piracicaba. (Tese) [acesso em: 30 out. 2019]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2001. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/288752/1/Chaim_LuisAntoniodeFilippi_D.pdf
- 14 Velascos, LEL, et al. Responsabilidade do cirurgião dentista frente a maus tratos contra criança: revisão de literatura. *Brazilian Journal of forensic Sciences Medical law and bioethics* 2015;4(3); 294-309.

- 15 Brasil. Decreto Lei Nº 2.818, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. 1940 [acesso em: 30 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm.

- 16 Santos BFV, Pontes JL, Lea RB. Competência do Cirurgião-Dentista Sobre Maus Tratos: Uma revisão de literatura. 2017. Curso de Odontologia do Centro Universitário Asces – Unita. Disponível em: <http://repositorio.asc.es.edu.br/bitstream/123456789/451/1/ARTIGO%20PRONTO%20BRUNA%20E%20JASMINE.pdf>.

- 17 Coelho FJ; Lucimara Cheles da Silva Franzin . Violencia domestica infanto-juvenil: Importancia deste conhecimento pelo profissional da saude. Rev Uningá Review 2014 [acesso em: 30 out. 2019];20(2):104-108. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1579/1189..>

- 18 Ben FA; Jales FG. A responsabilidade do cirurgião dentista no reconhecimento e notificação de maus tratos e abusos infantis. (Artigo como Trabalho de Conclusão de Curso) [acesso em: 30 out. 2019]. Porto Velho: São Lucas Centro Universitário; 2016. Disponível em: <http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1788/Fabiana%20Ara%20c3%20bajo%20Ben%20c3%20Flaviane%20Gregolin%20Jales%20-%20A%20responsabilidade%20do%20cirurg%20a3o%20dentista%20no%20reco%20nhecimento%20e%20notifica%20a7%20c3%20a3o%20de%20maus%20tratos%20e%20abusos%20infantis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- 19 Cruz DA; Veloso A; Tátila Quintão T; Laje CF, Melgaço CA, Garcia AG, Jorge KO. Conhecimento e Notificação do Cirurgião Dentista Sobre o Abuso Físico Infantil. Rev. Inic. Cient. Univ. Vale do Rio Verde 2016 [acesso em 30 out. 2019];6(2). Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/3818/2830>.

- 20 Moreira GAR, Rolim ACA, Saintrain MVL, Vieira LJES. Atuação do Cirurgião Dentista na identificação de maus tratos contra crianças e adolescentes na atenção

- primária. *Saúde Debate* 2015 [acesso em: 30 out. 2019];39(nesp):257-67. Disponível em: scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00257.pdf.
- 21 Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc. saúde colet.* 2015[acesso em: 30 out. 2019]; 20(6): 1879-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1879.pdf>.
- 22 Souza KC, Decurcio RA, Veloso HHP. Avaliação do nível de conhecimento dos Cirurgiões Dentistas sobre maus tratos infantis. *Revista Robrac* 2010[acesso em: 30 out. 2019];19(48):67-70. Disponível em: <http://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/420/386>
- 23 Souza EA. Avaliação do conhecimento e conduta de medicos cirurgioes dentistas sobre maus tratos e violencia contra criança e adolescente. (Dissertação de mestrado). Araçatuba: UNESP, Faculdade de Odontologia; 2002 [acesso em: 30 out. 2019]. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/95480/souza_ea_me_araca.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 24 Fracon ET, Silva RHA, Bregagnolo CJ. Avaliação da conduta do Cirurgião Dentista ante a violencia doméstica contra crianças e adolescentes no município de cravinhos (SP). Joinville – Brasil. *Rev. SulBras. Odontol.* 2011 [acesso em: 30 out. 2019];8(2):153-9. Disponível em: http://ricardohenrique.com.br/artigos/vio_cra.pdf.
- 25 Ramos MLCO, Silva AL. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo, Brasil. *Saúde Soc.* 2011 [acesso em: 30 out. 2019];20(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100016
- 26 Fonseca ACL. *Direitos da Criança e Adolescente*. 2 ed. São Paulo: Atlas; 2012.
- 27 Moreira ALC et al. *Centro de Referência Especializado de Assistência Social: CREAS*. Brasília: Projeto Grafico; 2011.

- 28 Schreiber E., Manguiera RTC. A Violência Intrafamiliar na Infância. São Paulo: Arana Editora; 2016.
- 29 Elias RJ. Direitos Fundamentais da Criança e do Adolescente. São Paulo: Saraiva; 2005.
- 30 Guia de atuação frente a maus tratos na infância e na adolescência. Orientações para pediatras e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes. 2. ed. Rio de Janeiro; Março de 2001 [acesso em: 30 out. 2019]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/maustratos_sbp.pdf.

ANEXO A – GUIA PRÁTICO PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA

Guia pratico para auxilio do Cirurgião Dentista na detecção de maus tratos infantis, retirado da cartilha “Violencia domestica em crianças e adolescentes para o Cirurgião Dentista”¹

Guia Prático para o Cirurgião-Dentista

I- Detecção de “lesões sentinelas” em crianças < 1 ano (abuso físico/negligência)

- Observar recorrências;
- Observar comportamento dos cuidadores durante a consulta e sua interação com a criança;
- Observar se a criança possui cuidados básicos (higiene, alimentação, vestimenta adequada ao clima...);
- Atentar aos fatores de risco relacionados aos cuidadores e às crianças;
- Encaminhar criança para radiografia da região afetada e de outras áreas (crânio, membros, tórax);
- Documentar a suspeita (Por escrito, da anamnese, dos sinais e sintomas observados (incluindo fotografias), exame físico);
- Notificar o Conselho Tutelar.

II- Contusões e Queimaduras (abuso físico/ sexual).

- Questionar o cuidador a respeito da origem de tais marcas;
- Questionar a criança sobre as marcas – separadamente do cuidador;
- A criança já é independente? (consegue se locomover, por exemplo?);
- Verificar a consistência das histórias contadas sobre a lesão;
- Verificar localização das contusões (áreas mais expostas ou menos expostas? Tecidos moles ou próximas ao osso – canelas, testa, joelhos?);
- Verificar o padrão das lesões (compatíveis com marcas de mordida?, de palmadas? queimaduras?);
- Exames de outras áreas (intra oral, costas, orelhas, pescoço, por exemplo);
- Observar recorrências;
- Observar comportamento dos cuidadores durante a consulta e sua interação com o menor;
- Observar a reação da criança ao toque (contato físico)
- Observar se a criança possui cuidados básicos (higiene, alimentação, vestimenta adequada ao clima...);
- Atentar aos fatores de risco relacionados aos cuidadores e às crianças;
- Encaminhar criança para radiografia da região afetada e de outras áreas (crânio, membros, tórax...)
- Diagnóstico diferencial: desordens sanguíneas? (Encaminhar criança para um hematologista)
- Documentar a suspeita (Por escrito, da anamnese, dos sinais e sintomas observados (incluindo fotografias), exame físico);
- Notificar o Conselho Tutelar

III- Exame intra oral (abuso físico/ sexual/ negligência dental)

- Injúrias como ruptura de freios labiais e sublinguais, felação, fraturas dentárias e lesões labiais compatíveis com a história do cuidador?;
- Exames de outras áreas (extra oral);
- Muitas dentes decíduos condenados à extração por lesões cáries?;
- Acessibilidade ao tratamento odontológico?;
- Verificar se a criança possui outros cuidados básicos (higiene, alimentação, vestimenta adequada ao clima)
- Observar os fatores de risco relacionados aos cuidadores e às crianças;
- Observar o comportamento dos cuidadores em relação à criança durante a consulta e da criança diante dos pais;
- Instruir os cuidadores da importância sobre prevenção de doenças bucais e tratamento odontológico;
- Observar o tempo decorrido entre o suposto acidente e a busca pelo serviço odontológico;
- Verificar aceitação, assiduidade nas consultas agendadas e seguimento das prescrições;
- Documentar a suspeita (Por escrito, da anamnese, dos sinais e sintomas observados (incluindo fotografias), exame físico);
- Notificar o Conselho Tutelar.

**ANEXO B - RELAÇÃO DE IMAGENS SOBRE ALGUMAS LESÕES
CARACTERÍSTICAS DAS RESPECTIVAS FORMAS DE MAUS TRATOS –
complemento da tabela citada no trabalho.**

Lesão: Sentinela

Aspecto clínico: Lesões pequenas e visíveis como arranhões e cortes na região da face.

Associação: Violência Física ou sexual.

Fonte: Cartilha “Violência domestica contra crianças e adolescentes para o
Cirurgião-Dentista

Lesão: Marcas de mordida

Aspecto Clínico: Mordidas humanas aproximam-se de impressões circulares ou ovais, podendo apresentar uma área equimótica característica do ato de “sugar” ou “empurrar” a língua contra o tecido mole.

Associação: Violência física ou sexual

Fonte: Cartilha “Violência domestica contra crianças e adolescentes para o
Cirurgião-Dentista

Lesão: Gonorréia

Aspecto Clínico: Pode aparecer sintomatologicamente nos lábios, língua, no palato e na face e em especial na faringe, variando de eritema a ulceração e de lesões vesículo-pustular a pseudomembranosas.

Associação: Um positivo de cultura para gonorreia indica fortemente violência sexual.

Fonte: Estomatologia Online

Lesão: Condiloma Acuminado

Lesão única ou múltipla, pediculada com aspecto de couve-flor

Associação: Violência sexual

Fonte: Estomatologia Online

Lesão: Sífilis

Associação Clínica: Pápulas nos lábios ou pele da região perioral

Associação: Sugere fortemente violência sexual

Fonte: Estomatologia Online

Lesão: Queimaduras

Aspecto Clínico: Alterações no palato, lábios, face, por inserção de objetos quentes, como garfos, colheres, alimentação forçada, ou até mesmo com líquidos quentes.

Associação: Violência Física

Fonte: Cartilha “Violência doméstica contra crianças e adolescentes para o Cirurgião-Dentista

Lesão: Dentes

Aspecto Clínico: Múltiplas lesões de cárie, (não existe um número estipulado para se considerar negligência) Fraturas múltiplas, muitas raízes residuais, dentes avulsionados sem explicação.

Associação: Negligência e violência física.

Fonte: Clínica escola Ulbra-Torres (imagem para ilustração).

Falta de Higiene:

Aspecto Clínico: Criança com muita placa dentária, roupas sujas, sem banho

Associação: Negligência

Fonte: Deposit Photos

Lesão: Psicológico

Aspecto clínico: Não tem um sinal específico, varia muito de uma criança para a outra.

Associação: Violência emocional.

Fonte: guiainfantil.com

ANEXO C - NORMAS PARA SUBMISSÃO PARA A RFO: REVISTA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO)

Diretrizes para Autores

Normas RFO

A RFO UPF é uma publicação quadrimestral dirigida à classe odontológica que tem por objetivo disseminar e promover o intercâmbio de informações científicas, indexada nas bases de dados da BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Latindex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal), Rev@odonto e Portal de Periódicos CAPES. A RFO UPF divulga artigos inéditos de investigação científica; resumos de teses, dissertações e monografias; relatos de casos clínicos e artigos de revisão sistemática que representam contribuição efetiva para a área do conhecimento odontológico.

Os manuscritos deverão ser encaminhados somente via submissão online utilizando o website <http://www.upf.br/seer/index.php/rfo>

1 – Normas gerais

a) Os conceitos e informações emitidos no texto são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo, necessariamente, a opinião do Conselho Editorial e Científico da revista.

b) Todos os manuscritos serão submetidos, inicialmente, à apreciação dos Editores de Área e, se adequados à revista, serão submetidos a um Conselho Científico; posteriormente os autores serão notificados pelo editor, tanto no caso de aceitação do artigo como da necessidade de alterações e revisões ou rejeição do trabalho. Eventuais modificações na forma, estilo ou interpretação dos artigos só ocorrerão após prévia consulta e aprovação por parte do(s) autor(es).

c) A correção das provas tipográficas estará a cargo dos autores.

d) Cada trabalho publicado dará direito a um exemplar impresso da revista. Por solicitação do(s) autor(es) poderão ser fornecidos exemplares adicionais, sendo-lhes levado a débito o respectivo acréscimo.

e) Serão aceitos para revisão manuscritos com, no máximo, seis autores.

2 – Apresentação dos originais Os artigos destinados à RFO UPF deverão ser redigidos em português ou em inglês, de acordo com o estilo dos Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Revistas Biomédicas, conhecido como Estilo de Vancouver, versão publicada em outubro de 2005, elaborada pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) e baseado no padrão ANSI, adaptado pela U.S. National Library of Medicine. O texto deverá ser digitado em fonte Times New Roman tamanho 12, papel tamanho A4, com espaço duplo e margens de 3 cm de cada lado, perfazendo um total de, no máximo, 20 páginas, incluindo tabelas, quadros, esquemas, ilustrações e respectivas legendas. As páginas deverão ser numeradas com algarismos arábicos no ângulo superior direito da folha. O título do artigo (em português e em inglês), assim como os subtítulos que o compõem deverão ser impressos em negrito. Deverão ser grafadas em itálico palavras e abreviaturas escritas em outra língua que não a portuguesa, como o latim (ex: *in vitro*) e o inglês (ex: *single bond*). As

grandezas, unidades, símbolos e abreviaturas devem obedecer às normas internacionais ou, na ausência dessas, às normas nacionais correspondentes. Qualquer trabalho que envolva estudo com seres humanos, incluindo-se órgãos e/ou tecidos separadamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, deverá estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, e ser acompanhado da aprovação de uma Comissão de Ética em Pesquisa. Não devem ser utilizados no material ilustrativo nomes ou iniciais dos pacientes, tampouco registros hospitalares. Nos experimentos com animais, devem ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidados dos animais de laboratório, e o estudo deve ser acompanhado da aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA). No caso de trabalhos aceitos para publicação totalmente em inglês, correrá por conta dos autores o custo de revisão gramatical, com tradutor indicado pela Coordenação de Editoração do periódico. O custo da revisão gramatical da língua inglesa será repassado aos autores. A submissão de um manuscrito em língua inglesa à RFO-UPF implica na aceitação prévia desta condição. O mesmo é válido para a revisão gramatical dos abstracts.

2.1 – Composição dos manuscritos Na elaboração dos manuscritos deverá ser obedecida a seguinte estrutura:

a) página de rosto • título do manuscrito no primeiro idioma (que deve ser conciso mas informativo); • título do manuscrito no segundo idioma (idem ao item anterior); • nome(s) do(s) autor(es) por extenso, com seu grau acadêmico mais alto e sua filiação institucional (se houver), departamento, cidade, estado e país; • nome do(s) departamento(s) ou instituição(ões) aos quais o trabalho deve ser atribuído; • o nome e o endereço do autor responsável pela correspondência sobre o original.

b) resumo e palavras-chave O resumo deve ser estruturado e apresentar concisamente, em um único parágrafo, os objetivos do estudo ou investigação, procedimentos básicos (seleção da amostra, métodos analíticos), principais achados (dados específicos e sua significância estatística, se possível) e as principais conclusões, enfatizando aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. Não deve conter menos de 150 e mais de 250 palavras. Deve apresentar as seguintes subdivisões: objetivo, métodos, resultados e conclusão (para investigações científicas); objetivo, relato de caso e considerações finais (para relatos de caso); e objetivos, revisão de literatura e considerações finais (para revisão de literatura). Abaixo do resumo, fornecer, identificando como tal, 3 a 5 palavras-chave ou expressões que identifiquem o conteúdo do trabalho. Para a determinação destas palavras-chave, deve-se consultar a lista de “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS”, elaborada pela Bireme, e a de “Descritores em Odontologia – DeOdonto”, elaborada pelo SDO/FOUSP.

c) abstract e keywords Idem ao item anterior. Sua redação deve ser paralela à do resumo.

d) texto No caso de investigações científicas, o texto propriamente dito deverá conter os seguintes capítulos: introdução, materiais e método, resultados, discussão, conclusão e agradecimentos (quando houver). No caso de artigos de revisão sistemática e relatos de casos clínicos, pode haver flexibilidade na denominação destes capítulos. • **Introdução:** estabelecer o objetivo do artigo e apresentar as razões para a realização do estudo. Citar somente as referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo relatado. A hipótese ou objetivo deve ser concisamente apresentada no final desta seção. Extensas revisões de literatura devem ser evitadas e substituídas por referências aos trabalhos bibliográficos mais recentes,

nos quais certos aspectos e revisões já tenham sido apresentados. • Materiais e método: identificar os materiais, equipamentos (entre parênteses dar o nome do fabricante, cidade, estado e país de fabricação) e procedimentos em detalhes suficientes para permitir que outros pesquisadores reproduzam os resultados. Dar referências de métodos estabelecidos, incluindo métodos estatísticos; descrever métodos novos ou substancialmente modificados, dar as razões para usá-los e avaliar as suas limitações. Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nome(s) genérico(s), dose(s) e via(s) de administração. • Resultados: devem ser apresentados em sequência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal. Não duplicar dados em gráficos e tabelas. Não repetir no texto todas as informações das tabelas e ilustrações (ênfatizar ou resumir informações importantes). • Discussão: deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados, e relacioná-los ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Ênfatizar os aspectos novos e importantes do estudo. Não repetir em detalhes dados já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras. • Conclusão: deve ser associada aos objetivos propostos e justificada nos dados obtidos. A hipótese do trabalho deve ser respondida. • Agradecimentos: citar auxílio técnico, financeiro e intelectual que por ventura possam ter contribuído para a execução do estudo. • Formas de citação no texto: No texto, utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados. Números sequenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios devem ser separados por vírgula. Evitar citar os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente é permitida a citação de nomes de autores (seguidos de número-

índice e ano de publicação do trabalho) quando estritamente necessário, por motivos de ênfase. Exemplos de citação de referências bibliográficas no texto: - “...manifesta-se como uma dor constante, embora de intensidade variável. - “Entre as possíveis causas da condição estão citados fatores psicogênicos, hormonais, irritantes locais, deficiência vitamínica, fármacos e xerostomia^{1-4,6,9,15}. - 1 autor: Field⁴ (1995)...; - 2 autores: Feinmann e Peatfield⁵ (1995)...; - mais do que 2 autores: Sonis ⁸ (1995)...

e) referências As referências devem ser ordenadas no texto consecutivamente na ordem em que foram mencionadas, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors no “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” (<http://www.icmje.org>). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o “List of Journals Indexed in Index Medicus” (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências. Os sobrenomes dos autores devem ser seguidos pelos seus prenomes abreviados sem ponto ou vírgula. Usar a vírgula somente entre os nomes dos diferentes autores. Nas publicações com até seis autores, citam-se todos; nas publicações com sete ou mais autores, citam-se os seis primeiros e, em seguida, a expressão latina “et al.”. Incluir ano, volume, número (fascículo) e páginas do artigo logo após o título do periódico. Deve-se evitar a citação de comunicações pessoais, trabalhos em andamento e os não publicados; caso seja estritamente necessária sua citação, não devem ser incluídos na lista de referências, mas citados em notas de rodapé. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

Exemplos de referências:

Livro: Netter FH. Atlas de anatomia humana. 2. ed. Porto Alegre:Artes Médicas Sul; 2000.

Livro em suporte eletrônico: Wothersponn AC, Falzon MR, Isaacson PG. Fractures: adults and old people [monograph on CD-ROM]. 4. ed. New York: Lippincott-Raven; 1998. Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [cited Jan 27]. Available from: URL: <http://www.hist.com/dentistry>.

Capítulo de livro: Estrela C, Bammann LL. Medicação intracanal. In: Estrela C, Figueiredo JAP. Endodontia. Princípios biológicos e mecânicos. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 571-653.

Capítulo de livro em suporte eletrônico: Chandler RW. Principles of internal fixation. In: Wong DS, Fuller LM. Prosthesis [monograph on CD-ROM]. 5. ed. Philadelphia: Saunders; 1999. Tichemor WS. Persistent sinusitis after surgery. In: Tichenor WS. Sinusitis: treatment plan that works for asthma and allergies too [monograph online]. New York: Health On the Net Foundation; 1996.[cited 1999 May 27]. Available from: URL: <http://www.sinuses.com/postsurg.htm>.

Editor(es) ou compilador(es) como autor(es) de livros: Avery JK, editor. Oral development and histology. 2. ed. New York: Thieme Medical Publishers; 1994.

Organização ou sociedade como autor de livros: American Dental Association and American Academy of Periodontology. Introduce dentist to new time saving periodontal evaluation system. Washington: The Institute; 1992.

Artigo de periódico: Barroso LS, Habitante SM, Silva FSP. Estudo comparativo do aumento da permeabilidade dentinária radicular quando da utilização do hipoclorito de sódio. J Bras Endod 2002; 11(3):324-30. McWhinney S, Brown ER,

Malcolm J, VillaNueva C, Groves BM, Quaife RA, et al. Identification of risk factors for increased cost, charges, and length of stay for cardiac patients. *Ann Thorac Surg* 2000;70(3):702-10.

Artigo de periódico em suporte eletrônico: Nerallah LJ. Correção de fístulas pela técnica de bipartição vesical. *Urologia On line* [periódico online] 1998 [citado 1998 Dez 8]; 5(4):[telas]. Disponível em URL: <http://www.epm.br/cirurgia/uronline/ed0798/fistulas.htm>. Chagas JCM, Szejnfeld VL, Jorgetti V, Carvalho AB, Puerta EB. A densitometria e a biópsia óssea em pacientes adolescentes. *Rev Bras Ortop* [periódico em CD-ROM] 1998; 33(2).

Artigo sem indicação de autor: Ethics of life and death. *World Med J* 2000; 46:65-74. Organização ou sociedade como autor de artigo: World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bull World Health Organ* 2001; 79:373-4.

Volume com suplemento: Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82. Fascículo sem indicação de volume: Graf R. Hip sonography: how reliable? Dynamic versus static examination. *Clin Orthop* 1992; (218):18-21.

Sem volume ou fascículo: Brown WV. The benefit of aggressive lipid lowering. *J Clin Practice* 2000;344-57. Clement J, de Bock R. Hematological complications [abstract]. *Quintessence Int* 1999; 46:1277. Errata: White P. Doctors and nurses. Let's celebrate the difference between doctors and nurses. [published erratum in *Br Med J* 2000;321(7264):835]. *Br Med J* 2000; 321(7262):698.

Artigo citado por outros autores – apud: O'Reilly M, Yanniello GJ. Mandibular growth changes and maturation of cervical vertebrae. A longitudinal

cephalometric study (1988) apud Mito T, Sato K, Mitani H. Predicting mandibular growth potential with cervical vertebral bone age. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003; 124(2):173-7. Dissertações e Teses: Araújo TSS. Estudo comparativo entre dois métodos de estimativa da maturação óssea [Dissertação de Mestrado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Unicamp; 2001. Dissertações e teses em suporte eletrônico: Ballester RY. Efeito de tratamentos térmicos sobre a morfologia das partículas de pó e curvas de resistência ao CREEP em função do conteúdo de mercúrio, em quatro ligas comerciais para amálgama [Tese em CD-ROM]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1993.

Trabalho apresentado em evento: Cericato GO, Cechinato F, Moro G, Woitchunas FE, Cechetti D, Damian MF. Validade do método das vértebras cervicais para a determinação do surto de Crescimento Puberal. In: 22ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica: 2005; Águas de Lindóia. Anais. *Brazilian Oral Research*; 2005. p.63

Trabalho de evento em suporte eletrônico: Gomes SLR. Novos modos de conhecer: os recursos da Internet para uso das Bibliotecas Universitárias [CD-ROM]. In: 10º Seminário Nacional de Bibliotecas Universitárias; 1998 Out 25-30; Fortaleza. Anais. Fortaleza: Tec Treina; 1998. Barata RB. Epidemiologia no século XXI: perspectivas para o Brasil. In: 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia [online]; 1998 Ago 1-5; Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: ABRASCO;1998 [citado 1999 Jan 17]. Disponível em URL: <http://www.abrasco.com.br/epirio98/>.

Documentos legais: Brasil. Portaria n. 110, de 10 de março de 1997. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 18 mar 1997, seção 1, p. 5332.

f) tabelas, quadros, esquemas e gráficos Devem ser inseridos ao longo do

texto, logo após sua citação no mesmo. Devem ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos. As legendas das tabelas e dos quadros devem ser colocadas na parte superior dos mesmos e quando for necessário, incluir logo abaixo destes uma listagem dos símbolos, abreviaturas e outras informações que facilitem sua interpretação. As legendas de esquemas e gráficos devem ser colocadas na parte inferior dos mesmos. Todas as tabelas e todos os quadros, esquemas e gráficos, sem exceção, devem ser citados no corpo do texto. Obs.: Os gráficos deverão ser considerados como “figuras” e constar da sequência numérica juntamente com as imagens.

g) imagens (fotografias, radiografias e microfotografias) Imagens digitais deverão ser submetidas em tamanho e resolução adequados (300 dpi). Não serão aceitas imagens digitais artificialmente “aumentadas” em programas computacionais de edição de imagens. A publicação de imagens coloridas é de opção dos autores que devem manifestar seu interesse caso o manuscrito seja aceito para publicação. O custo adicional da publicação das imagens coloridas é de responsabilidade do(s) autor(es). Todas as imagens, sem exceção, devem ser citadas no texto. As microfotografias deverão apresentar escala apropriada. Poderão ser submetidas um máximo de oito imagens, desde que sejam necessárias para a compreensão do assunto.