



CURSO DE ODONTOLOGIA

ALÍCIA SOUZA LIMA

**CONSTRUÇÃO DE FERRAMENTA DIGITAL PARA O
AUXÍLIO NA NOTIFICAÇÃO DE MAUS TRATOS INFANTIS
NA ODONTOLOGIA
BUILDING A DIGITAL TOOL TO HELP REPORT CHILD
ABUSE IN DENTISTRY**

SALVADOR
2023.2

ALÍCIA SOUZA LIMA

**CONSTRUÇÃO DE FERRAMENTA DIGITAL PARA O
AUXÍLIO NA NOTIFICAÇÃO DE MAUS TRATOS INFANTIS
NA ODONTOLOGIA**
BUILDING A DIGITAL TOOL TO HELP REPORT CHILD
ABUSE IN DENTISTRY

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Araújo Silva

SALVADOR

2023.2

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	6
2. METODOLOGIA	8
2.1 PROCESSO DE REVISÃO DE LITERATURA	8
2.2 CONSTRUÇÃO DO SOFTWARE MOBILE	8
3. REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS	10
3.2 TIPOS DE MAUS TRATOS E SINAIS	11
3.2.1 Violência Física	11
3.2.2 Violência Sexual	12
3.2.3 Violência Psicológica	13
3.2.4 Negligência	13
3.3 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO	14
3.3.1 Anamnese e exame clínico	14
3.4 USO DE FERRAMENTAS ELETRÔNICAS NO AUXÍLIO DE DENÚNCIA	15
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
ANEXO A- IMAGENS	
ANEXO B- DIRETRIZES PARA AUTORES	

RESUMO

Introdução: Os maus-tratos infantis abrangem todas as manifestações de abuso com o potencial de prejudicar o desenvolvimento e a saúde de crianças e adolescentes em diferentes idades. O(a) cirurgião(ã)-dentista possui uma responsabilidade ética, legal e moral em identificar e denunciar os casos de maus-tratos, sendo que, a maior parte das lesões se encontram na região de cabeça e pescoço. **Objetivo:** criar um software mobile com o propósito de auxiliar profissionais da saúde na identificação e suspeita de maus-tratos em crianças e adolescentes. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão de literatura para aprofundamento do tema, utilizando artigos dos últimos cinco anos. A pesquisa nessas plataformas foi direcionada por artigos que abordassem a conduta do(a) cirurgião(ã)-dentista para auxiliar na identificação dos maus-tratos infantis além da criação e aporte de aplicativos para denúncia de violência contra crianças e adolescentes. O software mobile foi elaborado com base na ficha de notificação compulsória e desenvolvido em uma plataforma de uso simples e alta finalidade com o objetivo único em sinalizar casos de violência infantil e alertas às autoridades competentes. **Conclusão:** O enfrentamento dos maus-tratos infantis é de extrema relevância para a Odontologia, assim, a identificação e notificação dos casos necessitam ser precisos e ágil. Mediante a isso, a construção dessa ferramenta digital tem o principal objetivo auxiliar no processo da denúncia e aumentar a rede proteção para crianças e adolescentes.

Palavras-chave (Keywords): maus tratos infantis, Odontologia Legal, Smartphone, violência criança e adolescente.

ABSTRACT

Introduction: Child maltreatment encompasses all manifestations of abuse with the potential to harm the development and health of children and adolescents at different ages. The dental surgeon has an ethical, legal and moral responsibility to identify and report cases of maltreatment, and most injuries are found in the head and neck region. Aim: to create mobile software to help health professionals identify and suspect child and adolescent abuse. Methodology: A literature review was carried out to explore the subject in greater depth, using articles from the last five years. The search on these platforms was geared towards articles that addressed the conduct of dental surgeons in helping to identify child abuse, as well as the creation and support of apps for reporting violence against children and adolescents. The mobile software was designed based on the compulsory notification form and developed on a simple-to-use, high-purpose platform with the sole aim of signalling cases of child violence and alerting the competent authorities. Conclusion: Tackling child abuse is extremely important for dentistry, so identifying and reporting cases needs to be precise and agile. With this in mind, the main aim of building this digital tool is to help in the reporting process and increase the protection network for children.

KEY-WORDS: child abuse, forensic dentistry, smartphone, child and adolescent violence.

1. INTRODUÇÃO

Os maus tratos infantis vêm sofrendo um crescente aumento nos casos, gerando um problema social e de saúde pública em vários países, incluindo o Brasil.¹ A consequência dessa violência pode afetar o desenvolvimento da criança e do(a) adolescente em diferentes idades, podendo aumentar o risco de problemas à saúde e saúde bucal. Os maus tratos podem ser caracterizados por violência física, sexual e psicológica, ocorridas, muitas vezes em âmbito familiar, o que comporta um agravante para a descoberta e denúncia desses casos.

Segundo a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH), em 2021, mais de 119,8 mil denúncias de violações de direitos de crianças e adolescentes foram registradas em todo o país, e em cerca de 66% dos casos, a agressão aconteceu dentro de casa. O reconhecimento desses maus tratos pode ser identificado por sinais comportamentais ou lesões visíveis. A caracterização da violência tem algumas características, a exemplo de: a física, que ocorre pelo uso da força rígida contra uma criança; a sexual que equivale a usufruir do outro com interesse da satisfação sexual, sem o consentimento da vítima; e a psicológica ocorre a partir de ações ou omissões que visam causar algum dano emocional, desmantelando a autoestima e gerando sequelas para o desenvolvimento.²

Em 13 de julho de 1990, foi aprovado, no Congresso Nacional, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), resultado das reivindicações advindas de organizações não governamentais de defesa dos direitos da infância e juventude, e de pressões de organizações externas como Organização das Nações Unidas (ONU) na Convenção sobre os Direitos da Criança (1989).³ O Conselho Tutelar é competente para trabalhar em conjunto com os órgãos jurisdicionados, tanto na prevenção de violações de direitos, realizando palestras e orientando à população, quanto no encaminhamento de providências judiciais que fogem à sua competência.⁴ Portanto, a legislação assegura, por meio do ECA, a efetividade dos direitos fundamentais e a proteção integral. O ECA garante, in verbis:

“Art.13: Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho

Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.”³

A relevância da Lei nº8.069 é garantir e proteger os direitos básicos de crianças e adolescentes. Além disso, o Artigo 245 (ECA) esclarece a obrigatoriedade de pessoas da área da saúde, professores(as) ou responsáveis de atenção à saúde efetuarem denúncias de casos que envolvam suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes¹⁰. No entanto, para que isso ocorra com efetividade, é necessário tornar esses casos visíveis ao Conselho Tutelar.

Logo, o(a) cirurgião(ã)-dentista possui uma responsabilidade ética, legal e moral em identificar os casos de maus tratos infantis suspeitos e seguidamente alertar as autoridades. O reconhecimento dessas lesões pode ser feito pelo(a) profissional, pois a maioria ocorre em face, pescoço e boca. Sendo assim, é a área de abrangência e afinidade do(a) cirurgião(ã)-dentista. Para tanto, o Código de Ética Odontológica declara que é papel do(a) dentista “zelar pela saúde do paciente” e “promover a saúde coletiva independente do setor público ou privado”.³

Devido ao aumento , considerável, de casos de violência em menores de idade, é dever de todos na luta contra os maus tratos, e principalmente de profissionais da saúde em fazer denúncia às autoridades. Infelizmente, no Brasil, são poucos os estudos sobre odontologia e violência infantil.⁵ Assim, a relevância do conhecimento sobre maus tratos infantis é fundamental para a área Odontológica, que pode auxiliar efetivamente na identificação de casos e conseqüentemente realizar as denúncias, uma vez que não sendo diagnosticados e notificados a uma rede de proteção, fica inviabilizada a interrupção desses casos.

À vista disso, considerando o aumento citado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública que registrou aumento de 21,6% em 2021 de maus tratos infantis, e considerando que o papel do(a) profissional da área da saúde é ser vigilante diante a identificação de maus tratos infantis ao decorrer do atendimento⁶. É possível reconhecer que o uso da tecnologia é válido e um ponto positivo quando o assunto for promover segurança. Portanto, este trabalho se justifica pela relevância do tema para facilitar a construção de diagnóstico na área da saúde sobre maus tratos infantis. Em síntese, o presente estudo tem como objetivo criar um software mobile com a intenção de facilitar os profissionais da Odontologia na identificação e suspeita de maus tratos em crianças e adolescentes.

2. METODOLOGIA

2.1 PROCESSO DE REVISÃO DA LITERATURA

Inicialmente foi realizada uma revisão de literatura para aprofundamento do tema, utilizando artigos dos últimos cinco anos. Esses artigos foram levantados por fontes de livros, manuais, leis federais, textos do Sistema Único de Saúde (SUS) e Ministério da Saúde e em base de dados (Pubmed, Periódico Capes e Scielo). Assim, a busca nessas plataformas foi por artigos que abordassem a conduta, na Odontologia, para auxiliar na identificação dos maus tratos infantis além da criação e aporte de aplicativos para denúncia de violência contra crianças e adolescentes.

Foram utilizadas algumas palavras-chaves para realização das referências bibliográficas, a exemplo de: "odontologia legal", "maus-tratos infantis", "Odontopediatria", "papel do cirurgião-dentista", "manifestações orofaciais", "denúncia violência infantil", "Smartphone", "violência criança e adolescente" e "profissionais de saúde". Sempre relacionado ao tema principal "maus tratos infantis" como estes descritos.

2.2 CONSTRUÇÃO DO SOFTWARE MOBILE

Inicialmente, foi preparado um esboço de fluxo de telas criado em uma folha de papel A4 com a finalidade de organizar as ideias e elaboração da função do aplicativo. Nesse processo, nominamos o aplicativo de Alerta Jovem e foi estabelecido uma plataforma de uso simples e fácil manejo, tendo um processo de cadastro inicial prático, havendo a opção de se identificar como profissional da saúde ou denúncia autenticada.

Inicialmente, o responsável técnico por gerenciar e criar o aplicativo, utilizou a plataforma Uizard que é um software de inteligência artificial para ter base na criação das telas, que após sua finalização foi encaminhado para a plataforma definitiva. Assim, no decorrer das telas foram utilizadas variáveis para a identificação da criança ou adolescente que sofre maus tratos. As seguintes variáveis foram selecionadas: RG ou CPF, data de nascimento, endereço completo, telefone de algum responsável e gênero.

Com isso, por motivos de segurança, e para assegurar os dados do(a) denunciante e da(o) paciente, foi criado um termo de consentimento. Além disso, o profissional de saúde também realiza capturas de imagens das lesões identificadas no momento da consulta. Posteriormente, essas informações são encaminhadas para o protocolo de atendimento, o(a) cirurgião(ã)-dentista deve observar e realizar o registro das características das lesões e comportamento da criança. Para atingir esse objetivo, é imperativo que uma anamnese seja realizada com extrema cautela, a fim de garantir que, ao final do processo, uma notificação seja especificamente encaminhada ao Conselho Tutelar.

Diante disso, o aplicativo foi desenvolvido pela plataforma Flutter, um Kit de Desenvolvimento de Software (SDK) de aplicativo móvel da Google, sendo capaz de desenvolver aplicativos de alta finalidade para IOS e Android, com alto desenvolvimento. Em seguida, um documento de requisitos foi realizado com a finalidade de tratar sobre o aplicativo com o enfoque na construção e uso do app. Além disso, foi empregado um código de verificação para a validação do cadastro e ter uma maior segurança no momento da denúncia, sendo utilizado uma plataforma paga que é o Twilio que permite envolver o usuário nos canais de comunicação (SMS, WhatsApp, e-mail) para receber o código de acesso.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

Historicamente, a violência contra crianças sempre esteve vinculada ao processo educativo, constituindo-se em um problema histórico-cultural que tem percorrido todas as décadas até o século atual, nas suas diferentes formas de expressão.¹¹

Os estudos iniciais sobre a violência infantil foram desenvolvidos em 1946 pelo trabalho de Caffey, um radiologista da área infantil, americano que teve como marco na pesquisa sobre o assunto. A partir daí, foram publicados achados de fraturas múltiplas de ossos longos junto a hematoma subdural em bebês lactantes, e os responsáveis não explicaram a razão do surgimento das lesões. Logo a seguir, Silverman apontou, a origem traumática das lesões, o que acabou sendo ratificado por Woolley e Evans (1955), insistindo na sua origem não apenas traumática, mas também intencional. Em 1957, o próprio Caffey, pode afirmar que as lesões citadas eram resultado evidente de maus-tratos nas crianças, por parte de adultos.¹²

Em 1962, Kempe consolidou a “Síndrome da Criança Espancada” ou “Síndrome de Caffey”, que engloba um conjunto de lesões diversas. O primeiro caso foi notificado por Canger Rodrigues em 1974 e, posteriormente, o pesquisador Teixeira, em 1980, cunhou o termo “Síndrome do Bebê Sacudido” com base em suas observações. Essa síndrome é caracterizada por agressões físicas, como sacudidas frequentes realizadas por adultos em bebês, além de tapas, socos, eventualmente, dentadas.¹² O agressor pode até jogar o bebê no chão, girá-lo pelo ar e, por vezes, soltá-lo das mãos, levando a criança a bater a cabeça. Devido à gravidade do assunto, diferentes países procuraram se interessar no assunto.

No Brasil, desde 1990, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, o governo brasileiro busca estratégias para monitoramento da violência contra crianças e adolescentes, política que culminou com a inclusão da violência interpessoal e autoprovocada na Lista de Notificação Compulsória. Desde 2001, foi regulamentado o instrumento para notificação de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos no Sistema Único de Saúde.²⁴ Em

função disso, os profissionais de saúde vêm se confrontando com novos e desafiadores problemas em sua prática cotidiana, dentre os quais se destacam a identificação de sinais e sintomas de violência contra crianças e adolescentes e seus desdobramentos.¹³

Os maus tratos infantis é qualquer ato ou omissão que agrida as crianças de forma física, sexual, negligência, psicológica ou emocional, causando uma série de problemas na saúde e no desenvolvimento da mesma. Sendo assim, o cirurgião(ã)-dentista por ter sua área de atuação na cabeça e pescoço, deve estar atento(a) sobre essas possíveis lesões e comportamentos emocionais. O primeiro passo é realizar uma anamnese e um exame clínico detalhado, pois, através disso pode-se chegar a um diagnóstico correto e evitar que negligências ocorram.¹⁴

3.2 TIPOS DE MAUS TRATOS E SINAIS

3.2.1 Violência Física (abuso físico)

O abuso físico é a violência mais frequentemente encontrada entre os inúmeros tipos de violência doméstica. Sendo, uma preocupação entre os diversos segmentos da sociedade, por ser uma prática usual entre pais e responsáveis com o intuito de disciplinar seus filhos, o que, geralmente, acontece por um descontrole emocional, dificuldades sociais ou por culpabilizar a criança.¹⁵

A violência física é caracterizada pelo uso intencional de força física com o objetivo de ferir a criança ou a(o) adolescente, podendo ocasionar lesões corporais. As lesões podem ser pequenas ou moderadas, por exemplo, cicatrizes, pequenas queimaduras, fraturas simples ou graves, como grandes queimaduras ou fraturas múltiplas.¹⁶ A violência física pode ser em curto prazo ou longo, sendo causa de incapacidade física ou mental e, ainda, em situações mais graves o óbito. Assim, as punições físicas severas se constituem como grave problema mundial, atingindo crianças de diferentes culturas.¹⁷

Os sinais físicos associados a esse tipo de violência infantil são frequentemente observados nas regiões do crânio, cabeça, face e pescoço, ocorrendo em mais da metade de todos os casos.⁷ Entre as manifestações mais prevalentes estão as lacerações no lábio superior com arrancamento do frênulo, ou escoriações na mucosa causadas pela tentativa de introdução da colher para alimentar crianças inapetentes ou anoréxicas. Na face, podem ser encontradas queimaduras químicas ao redor dos orifícios bucais e nasais, além de mordeduras humanas localizadas nas aparências, tronco anterior e coxas. É

possível também observar equimose múltiplas e hematomas em algumas situações. Esses indicadores físicos são essenciais para a identificação precoce e intervenção em casos de violência contra crianças.¹²

3.2.2 Violência Sexual (abuso sexual)

A violência sexual consiste em forçar crianças ou adolescente a serem usadas para satisfazer de forma sexual, um ou mais adultos. Sendo, através de meio de chantagens emocionais, ameaças ou agressões físicas.¹⁸ Essas práticas envolvem contato físico, como carícias, toques, beijos na boca, sexo oral, atos com ou sem penetrações, e são frequentemente recorrentes de falas erotizadas, exibição de material pornográfico, exibicionismo ou o ato de observar as partes íntimas das vítimas.¹⁴

As injúrias bucais mais prevalentes decorrentes da violência sexual podem ser difíceis de diagnosticar, uma vez que podem ser confundidas com acidentes ou doenças. No entanto, nasal e lingual, como eritema, úlcera, petéquias no palato e lacerações dos freios, podem indicar a prática sexual através do sexo oral forçado, inclusive a presença de sintomas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) na região orofacial e orofaríngea, tais como as manifestações condilomatosas, herpes, secreção por gonorreia, candidíase, sífilis, HIV/AIDS, podem ser sinais de abuso sexual infantil. Embora as patologias como sífilis e HIV/AIDS sejam mais raras de surgirem, devem ser levadas em consideração.¹⁴

Além do mais, sinais como dificuldade de deglutição, descontrole dos esfíncteres e problemas para andar podem ser evidências de violação sexual. Muitas das crianças violentadas sexualmente não apresentam sinais clínicos óbvios. Nestes casos, o(a) profissional de saúde deve observar atentamente o comportamento da criança durante a consulta, atentando para indicadores como timidez excessiva, falta de confiança, desconforto ao sentar-se na cadeira odontológica, descontrole emocional durante o atendimento e resistência à inserção de instrumentos odontológicos na boca.¹⁴

3.2.3 Violência Psicológica (abuso emocional)

A violência psicológica é a omissão ou ação com o intuito de causar dano à autoestima, identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Podendo ser, humilhação, desvalorização, insultos constantes, chantagem, isolamento de amigos(as) e familiares, manipulação afetiva, ameaças, exploração, privação arbitrária da liberdade. Sendo um ato de omissão também a falta de um laço afetivo, como, negar atenção e supervisão ou falta de carinho.¹⁹

Por conseguinte, essas crianças ou adolescentes manifestam alguns indicadores, como, problemas de saúde, obesidade, distúrbios do sono, afecção da pele e dificuldades na fala. Levando assim, a comportamentos de timidez ou agressividade, isolamento, tristeza, insegurança ou sem situação mais grave, como, ideias ou tentativa de suicídio.²⁰

3.2.4 Negligência

A negligência envolve atos de omissão do responsável em providenciar os cuidados básicos para o desenvolvimento e bem-estar da criança e adolescente. Logo, trazendo uma situação de risco, por motivos de falta de supervisão adequada e não estando fisicamente ou emocionalmente disponível. Para isso, são necessários dois aspectos importantes para existir a negligência, tais como: a cronicidade do fato ou omissão em proporcionar necessidades básicas ao menor.

Pode ser exemplificada por falta de cuidados na higiene pessoal ou medicamentos, ou até mesmo cuidados com a saúde, como, não seguir o cronograma vacinal ou negligenciar orientações médicas. Além disso, a ausência de cuidado com as vestimentas em adequados climas, não participação das atividades escolares, supressão alimentar ou uma situação mais extrema como o abandono.¹⁹

Conforme definido pela Academia Americana de Odontopediatria, a negligência dentária é uma “falha intencional dos pais ou responsáveis em procurar e seguir tratamento necessário para garantir um nível de saúde bucal essencial para uma função adequada”. Tendo como consequência alguns resultados indesejáveis, como, a cáries dentárias, doença periodontal, infecção e perda de função. Assim, pode afetar a comunicação, a nutrição, o aprendizado e o desenvolvimento.²⁵

O Brasil é um país onde os indicadores de saúde bucal são elevados, com base no último levantamento de saúde bucal da população brasileira em 2010. Portanto, a negligência à saúde bucal pode ter um significado cultural e educativo já que tais indicadores demonstram que todas as faixas etárias possuem indicadores elevados.²⁵

3.3 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

3.3.1 Anamnese e exame clínico

Já sabemos que profissionais de saúde exercem um papel importante na redução de impacto para qualquer tipo de abuso ou negligência que cause complicações no desenvolvimento físico, emocional e social da criança. Logo, cirurgiões(ãs)-dentistas, especialmente odontopediatras podem avaliar condições bucais de pacientes, como também sinais físicos e psicológicos que podem ser indicativos de maus-tratos. Estes sinais indicativos devem ser observados tanto na criança quanto em seus familiares, pois, o diagnóstico precoce permite que a criança maltratada não tenha consequências mais graves e possua um tratamento adequado.²¹

O acolhimento deve ser realizado com respeito e atenção em um ambiente acolhedor para a criança se sentir confortável e segura. Sendo importante manter em sigilo as informações e evitar a revitimização. O(a) cirurgião(ã)-dentista deve realizar uma anamnese bem cautelosa visando colher o máximo de informações relatadas pelos familiares ou pelo menor sobre qualquer tipo de violência presente na mesma. Portanto, a anamnese é feita individualmente com a criança em caso de suspeita. Se a origem da lesão não estiver de acordo com as informações fornecidas antes pelo responsável e pela criança, o profissional deve imediatamente estar em alerta para a possibilidade de notificação de suspeitas de maus tratos infantis.²²

O compromisso ético-profissional é fundamental para proteger a identidade da criança e adolescente. Logo, todo o processo de identificação só deve ser relatado às pessoas que irão tratar do caso, e deve ressaltar ao menor sobre o direito de sigilo e a confidencialidade das informações. Porém, esse sigilo deve ser rompido nas situações necessárias para notificação ao Conselho Tutelar em ocorrências de suspeita ou risco à vida.²⁰

3.4 USO DE FERRAMENTAS ELETRÔNICAS NO AUXÍLIO DE DENÚNCIAS

A sociedade atual encontra-se visceralmente interligada com as tecnologias desenvolvidas na terceira e quarta revolução industrial. E assim, se tem o surgimento da “Sociedade Digital”, possuindo uma característica massiva de tecnologia digital e impactando pessoas físicas e jurídicas. O acesso à informação está cada vez mais veloz, a disponibilidade de dados é grande, sendo, processados e disponibilizados em segundos.²³ Desse modo, a tecnologia móvel avançou e o uso dos aparelhos celulares não só serve para o envio de mensagens ou receber chamadas, mas sim como uma ferramenta essencial no dia a dia da vida das pessoas.⁸

O smartphone possui um sistema operacional e funções mais complexas que um aparelho celular simples, assim, o acesso a esses aparelhos pode ser benéfico. As vantagens são inúmeras, entre elas está o poder de fazer conexão, acesso a internet e o uso de aplicativos de todos os tipos. Visto isso, os aplicativos são softwares desenvolvidos para rodar em dispositivos como smartphones e tablets. Existem aplicativos que foram criados com finalidade social, de interação simples e outros com finalidade de diminuir o tempo e o espaço de uma denúncia, por exemplo.⁸

Em virtude disso, o Proteja Brasil é um aplicativo criado pelo Centro de Defesa da Criança e do Adolescente CEDECA-BA, Unicef, IlhaSoft e Governo Federal. Com o objetivo de auxiliar na denúncia para o enfrentamento das violências contra as crianças e adolescentes nas principais cidades brasileiras, e também pode ser utilizado por brasileiros no exterior. Assim, esse aplicativo pode proporcionar um empoderamento de na rede de proteção, visando que denúncias de maus-tratos infantil são de extrema importância para a construção de uma sociedade humana e fraterna. Portanto, estes aplicativos, com esta finalidade, mostram que a tecnologia está sendo utilizada para mapear e transpor para o ambiente virtual uma organização que atua na defesa dos direitos da criança e do adolescente. E o Proteja Brasil tem um marco fundamental na Rede de Proteção, pois pode ser utilizado e articulado em qualquer momento ou situação de denúncia de violência infantil.⁸

Para realizar a instalação do aplicativo Proteja Brasil existem duas versões sendo uma para Android e outra IOS, sendo disponível em português, inglês e espanhol. Após o download, o GPS do dispositivo é acionado a fim de informar a localização e disponibilizar organizações e órgãos para realizar a denúncia. A próxima etapa ao clicar em

“denunciar” são apresentados oito tipos de violência, sendo selecionado qualquer ícone aparecerá descrições de cada tipo de denúncia. Tendo por objetivo que o usuário efetue a denúncia com mais cautela e evite a incidência de equívocos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultados obtidos, pelo fato de ser uma construção de um aplicativo, optou-se por sequenciar as telas que foram desenvolvidas para este fim. A criação de um mecanismo de denúncia eficaz representa um ponto positivo, especialmente quando possui um agravante na segurança e no desenvolvimento de crianças e adolescentes. Nesse sentido, optamos pelo nome Alerta Jovem para o aplicativo devido a facilidade de entendimento das pessoas ao utilizarem o mesmo. Sendo assim, o aplicativo foi desenvolvido na plataforma Flutter com base na ficha de notificação compulsória definida pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Vigilância em Saúde, tendo como finalidade que qualquer denúncia chegue aos órgãos competentes de forma célere.

Logo, a tela de início (figura 01), de aproximação com o órgão competente e a(o) denunciante conta com alguns telefones úteis, caso seja necessária uma maior urgência na denúncia. Assim, o profissional vai iniciar o processo clicando na palavra denúncia onde irá seguir para o próximo passo.



Figura 01: Tela inicial e de aproximação com o(a) denunciante.

A tela (figura 02) refere-se à identificação pessoal da pessoa denunciante. Neste momento, existem duas formas de se identificar, a saber: “profissional da saúde ou denúncia autenticada”. A importância da denúncia autenticada se faz pela necessidade de se desviar de “robôs” ou perfis falsos, assim tanto, um(a) profissional de saúde, cirurgião(ã)-dentista ou outro(a) denunciante deverá passar por esse passo.

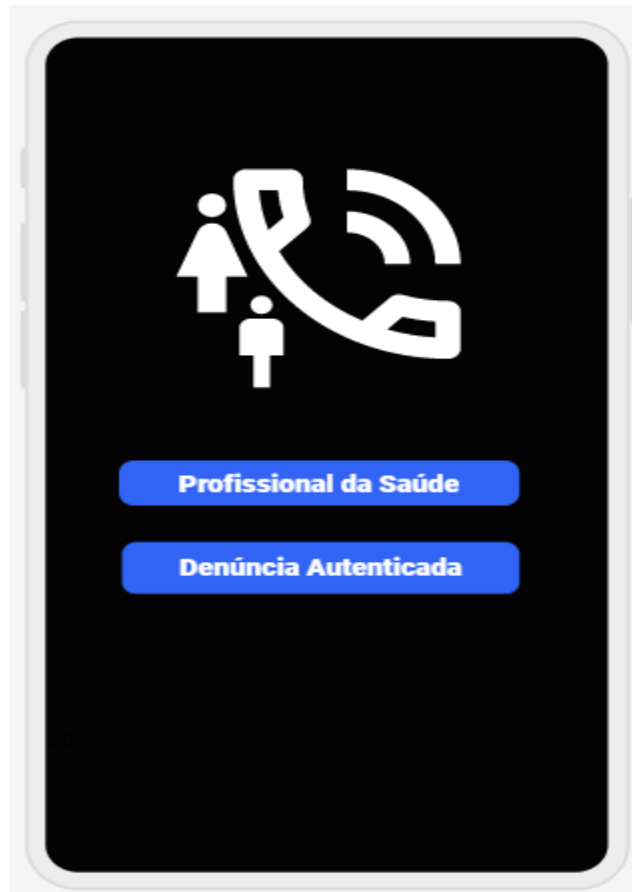
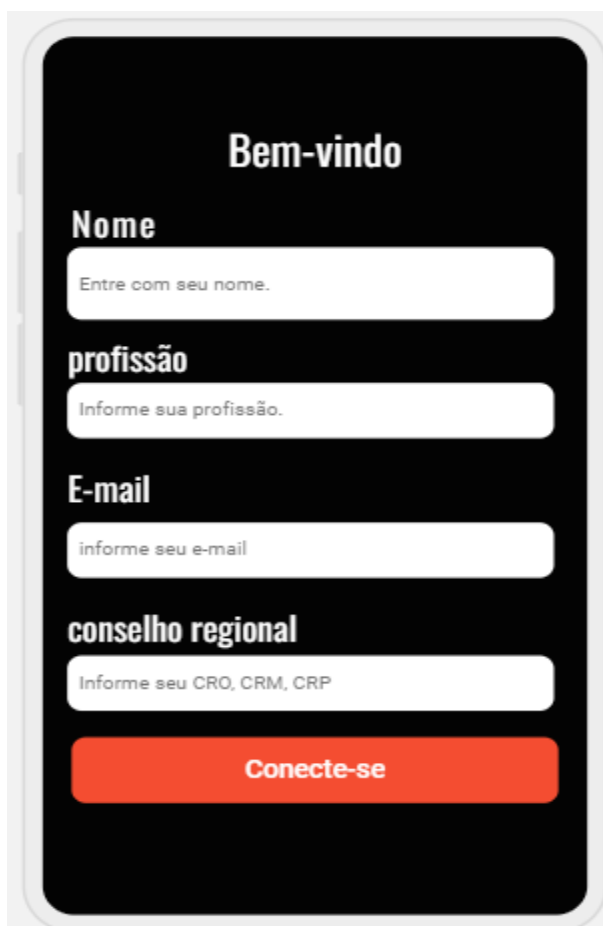


Figura 02: Tela de identificação em profissional da saúde ou denúncia autenticada.

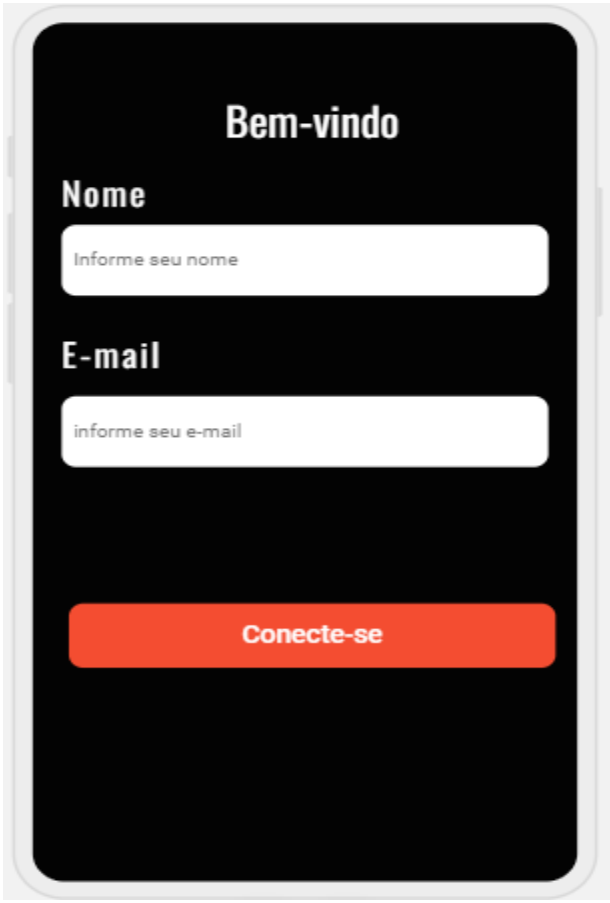
Dessa forma, na tela (figura 03) teremos duas formas de fazer uma denúncia: por um(a) profissional de saúde, cirurgião(ã)-dentista ou uma outra denúncia por alguma pessoa que irá, obrigatoriamente, autenticar essa denúncia ao receber, em seu e-mail, uma notificação para se dar a continuidade no processo. Salientamos que as telas são diferentes quando se trata de uma pessoa da área da saúde ou uma pessoa sem vínculos com a área. Tais diferenças serão citadas no passo a passo.



A tela de login para profissionais da saúde, intitulada "Bem-vindo", apresenta um formulário com quatro campos de entrada e um botão de conexão. Os campos são: "Nome" (com o placeholder "Entre com seu nome."), "profissão" (com o placeholder "Informe sua profissão."), "E-mail" (com o placeholder "informe seu e-mail") e "conselho regional" (com o placeholder "Informe seu CRO, CRM, CRP"). O botão "Conecte-se" é destacado em uma cor vermelha vibrante.

Figura 03: Tela para fornecimento dos dados do(a) denunciante sendo um(a) profissional da saúde.

Nas denúncias autenticadas (figura 04), que pode ser realizado por qualquer pessoa que deseje denunciar, será necessário colocar o nome completo e o e-mail válido, para receber os próximos passos para o cadastro. Ao finalizar o(a) denunciante deverá clicar na barra “conecte-se”.



A imagem mostra uma tela de login com um fundo preto e elementos em branco e laranja. No topo, o texto "Bem-vindo" está em branco. Abaixo, o campo "Nome" tem um input branco com o placeholder "Informe seu nome". O campo "E-mail" tem um input branco com o placeholder "informe seu e-mail". No rodapé, há um botão laranja com o texto "Conecte-se" em branco.

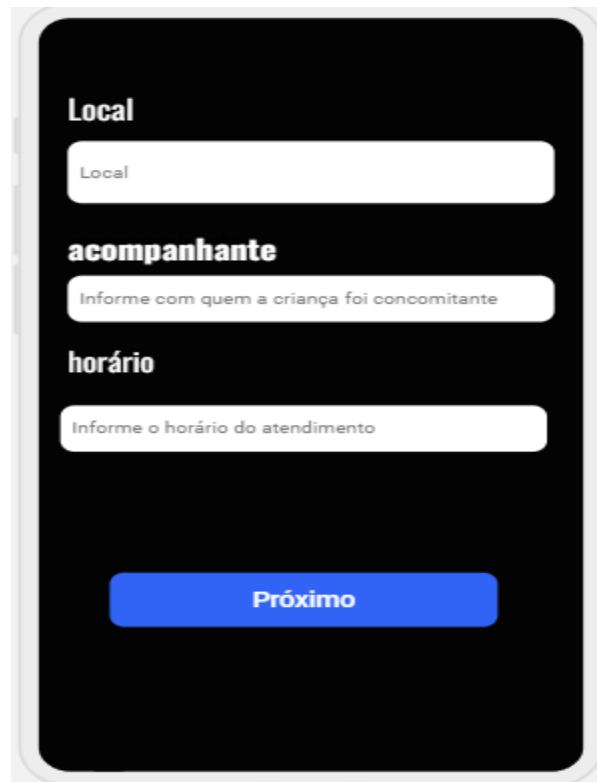
Figura 04: Tela para fornecimento dos dados do(a) denunciante em denúncia autenticada.

Tanto para denúncia autêntica ou realizada por profissional da saúde será encaminhada para quinta tela (figura 05). Assim, com e-mail cadastrado, solicitado nas telas iniciais, será enviado um código de verificação para que se desvie dos “robôs” da internet e que seja uma denúncia mais segura. Neste momento o(a) denunciante irá receber um código de autenticação que deverá ser validado pela própria pessoa. A empresa que adquirir o aplicativo terá que pagar para estas autenticações. Os valores são irrisórios, mas quando somado ao número de denúncias podem ser volumosos.



Figura 05: Tela para validação do código de verificação.

Na sexta tela (figura 06) é importante informar o local onde o(ã) cirurgião(ã)-dentista atendeu e o(a) acompanhante que está com a criança no momento do atendimento, além do grau de parentesco. No caso de resposta ser outros (para grau de parentesco) escrever qual relação tutorial com a criança. Além disso, o horário que aconteceu a consulta, o registro do horário é importante para verificar a veracidade da denúncia. Para o item acompanhante deverá o(a) profissional colocar nomes de pessoas que façam parte do local do trabalho, a exemplo de técnicos(as), enfermeiros (as), médicos (as), etc. Isto é de fundamental importância para futuramente servir como base em casos de processos criminais.



The image shows a mobile application interface with a black background and white text. It features three sections for data entry:

- Local**: A white input field with the placeholder text "Local".
- acompanhante**: A white input field with the placeholder text "Informe com quem a criança foi concomitante".
- horário**: A white input field with the placeholder text "Informe o horário do atendimento".

At the bottom of the form is a blue button with the white text "Próximo".

Figura 06: Tela de descrição do acompanhante, local e informar o horário do atendimento .

As informações da criança ou do(a) adolescente devem ser constatadas nesta etapa (figura 07). Os locais de preenchimento para facilitar podem utilizar barras de rolagens ou digitar. As informações colhidas serão: nome completo, idade, data de nascimento, RG, endereço, bairro, telefone e gênero. Para obter essas informações o(ã) cirurgião(ã)-dentista pode ter acesso ao prontuário ou perguntando ao(a) responsável pela criança.



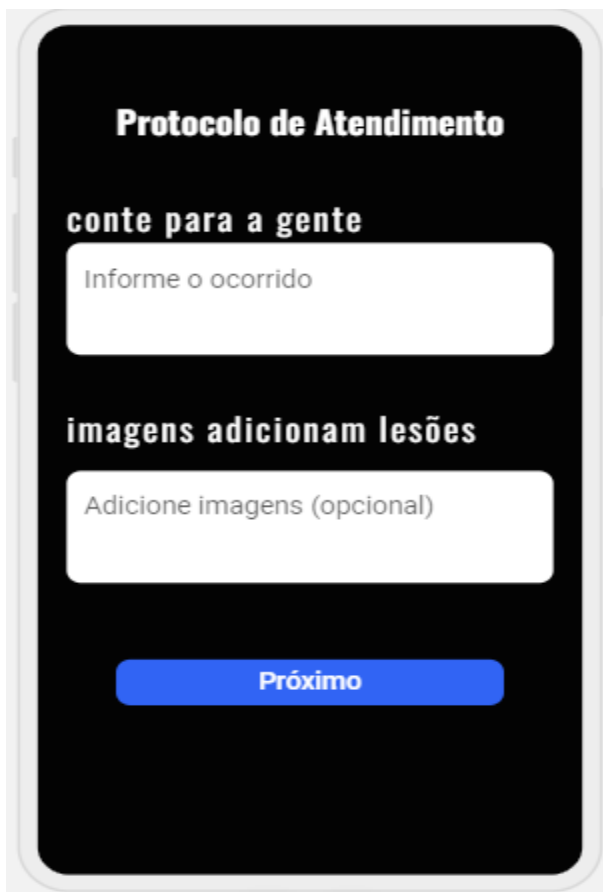
A tela de formulário, intitulada "Informações da criança", apresenta os seguintes campos de entrada:

- Nome
- idade
- Data de nascimento (opcional)
- RG (opcional)
- Endereço
- bairro
- telefone
- gênero

Um botão azul com o texto "Próximo" está localizado na base da tela.

Figura 07: Tela para preenchimento dos dados da criança.

O protocolo de atendimento é essencial para o profissional analisar e relatar cada detalhe que observar dos sinais de violência. Além disto, poderá o(a) profissional capturar imagens e adicioná-las (de forma instantânea ou não) no espaço para estas imagens. Importante salientar que as imagens devem ser exclusivamente das lesões diagnosticadas, haja vista, a necessidade de preservação da identidade da pessoa menor de idade. Com base, na tela (figura 08), o campo "conte para a gente" deve ser relatado todas as informações analisadas durante o atendimento ou pela pessoa que está denunciando. É um momento crucial, pois o usuário vai descrever o comportamento do menor ou do responsável e analisar a presença ou não de lesões.



Protocolo de Atendimento

conte para a gente

Informe o ocorrido

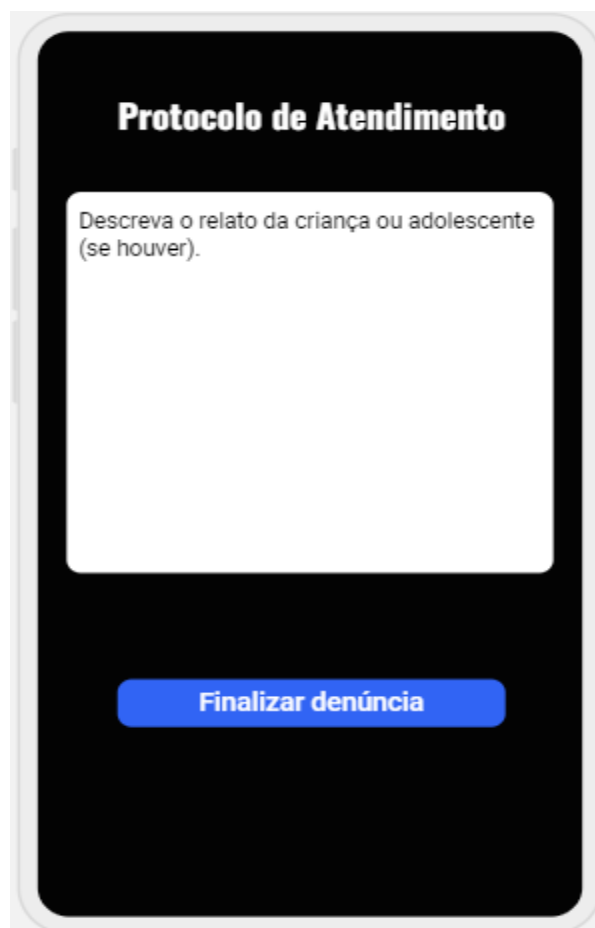
imagens adicionam lesões

Adicione imagens (opcional)

Próximo

Figura 08:Tela do protocolo de atendimento para relatar o ocorrido pela vítima e adicionar imagens.

Conforme a última tela (figura 09), o relato do ocorrido poderá ser feito pela própria criança, pelo(a) adolescente ou, pelo(a) próprio(a) responsável, e assim, descrever com base nos sinais de violência, seja ela física, psicológica, sexual ou negligência. Portanto, é necessário que o(a) profissional esteja atento a cada momento da consulta para uma análise rigorosa dos sinais de maus tratos. Porém, esse relato é opcional, em alguns casos criança ou adolescente podem não querer relatar a situação vivenciada e deve ser respeitada a decisão no momento.



Protocolo de Atendimento

Descreva o relato da criança ou adolescente (se houver).

Finalizar denúncia

Figura 09: Tela para descrever o relato da criança ou(a) responsável.

Após finalizar toda a etapa da denúncia a última tela (figura 10) consta um agradecimento, e a informação que as autoridades competentes irão investigar o caso.

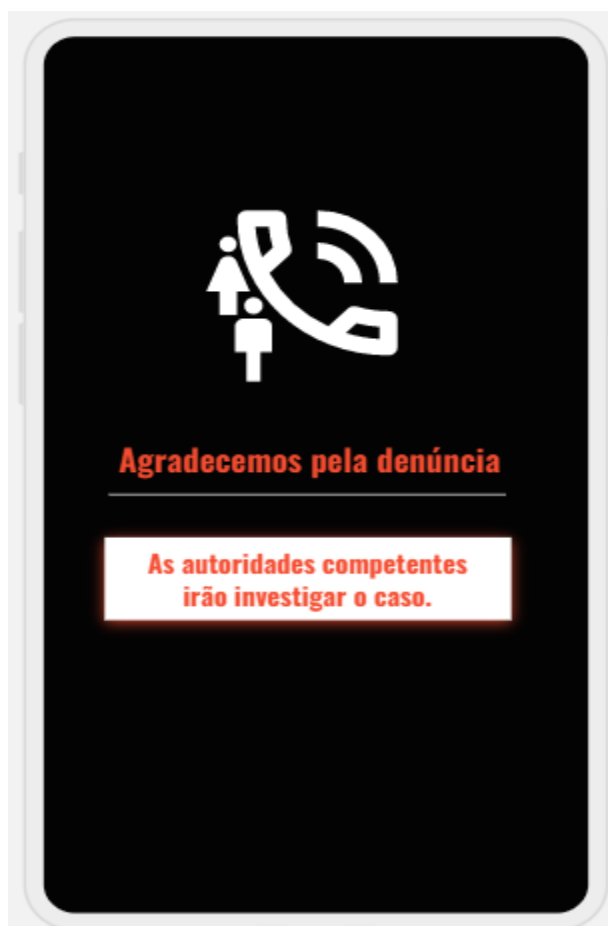


Figura 10: Última tela do aplicativo, consta um agradecimento e uma mensagem para o(a) denunciante.

Mediante a isso, a atuação do profissional de Odontologia no combate aos casos de maus tratos infantis é possível, desde que seja disponibilizado recursos para o entendimento e enfrentamento dessa causa. Tendo assim, artifícios estes que devem ser mais rápidos e menos burocráticos.

Assim, a notificação desempenha um papel fundamental no processo de combate à violência infantil, pois a partir dela se desdobram ações dentro das redes de assistência e proteção. Essas ações têm como foco a promoção, a prevenção de reincidências e o estabelecimento de uma abordagem de cuidados abrangentes para as pessoas em situação de violência.⁹

Logo, o(ã) cirurgião(ã)-dentista possui um domínio maior na região orofacial, sendo a área de lesões mais acometidas em caso de maus tratos. Conseqüentemente, para que ocorra essa ampliação sobre o enfrentamento de maus tratos infantis é necessário que essa temática seja discutida desde a graduação. Assim, será desenvolvido um olhar mais criterioso, visando além do atendimento clínico como também estabelecer um ato de cuidado e proteção.

Com isso, pela investigação realizada em busca de aplicativos que sejam direcionados para área da saúde e que envolvam denúncias de maus tratos infantis foi encontrado o aplicativo Proteja Brasil. Sendo um aplicativo que está direcionado para crianças e adolescentes realizarem a própria denúncia ou recebe orientações para denunciar pessoalmente em um órgão de proteção. Portanto, o aplicativo Alerta Jovem, está direcionado para profissionais da saúde realizarem a denúncia rapidamente. Tendo, como base a ficha de notificação compulsória e possuindo uma proposta diferente, como, relatar cada detalhe dos sinais de violência e adicionar as imagens das lesões quando possível. Portanto, esse aplicativo vai viabilizar a facilidade de comunicação entre um profissional de saúde em uma atenção primária e secundária para o Conselho Tutelar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, entender o enfrentamento da violência infantil é de suma importância para a Odontologia, devido ao aumento considerável de casos de maus-tratos infantis. O presente estudo tem como objetivo simplificar o processo de diagnóstico na área da saúde sobre violência infantil e o desenvolvimento de um software mobile com o intuito de auxiliar os profissionais da Odontologia na identificação e denúncia de maus tratos em crianças e adolescentes.

Com isso, o aplicativo Alerta Jovem possui uma proposta inovadora e fundamental para contribuir no entendimento e enfrentamento da violência contra menores de idade. Contribuindo no auxílio para profissionais da saúde na identificação e notificação para o Conselho Tutelar de forma segura e eficaz. Além disso, é necessário enfatizar a importância do conhecimento da violência infantil na área da Odontologia, podendo auxiliar efetivamente na identificação de casos de maus tratos e conseqüentemente realizar as denúncias. Por fim, espera-se que essa ferramenta digital seja um grande aliado para proteção da integridade e direitos de crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. Matos KF, Martins CBG. Mortalidade por causas externas em: crianças, adolescentes e jovens: revisão bibliográfica. *Espac Saúde*. 2013; 14 (1): 82-93. Doi: 10.22421/15177130-2013v14n1/2p82
2. Souza CE, Rodrigues IFMM, Zocratto KBF, Oliveira CAS. Violência Infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista. *Rev Bras de Odontol Leg*. 2017; 4 (1): 53-63. Doi: 10.21117/rbol.v4i1.75.
3. Brasil. Lei n.8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 13 Jul.1990; (Seção 2).
4. Pase HR, Cunha GP, Borges ML, Patella APD. O Conselho Tutelar e as políticas públicas para crianças e adolescentes. *Cad. EBAPE.BR*. 2020; 18 (4). Doi: <https://doi.org/10.1590/1679-395120190153>
5. Salazar TS, Sá MM, Veloso KMM. Percepção de profissionais e estudantes de odontologia sobre abuso infantil. *Revista Brasileira de Odontologia Legal*. 2021; 8 (2): 84-92. Doi: 10.21117/22021-364.
6. Mazza L, Buono R. Maus-tratos contra crianças e adolescentes aumentam 21,6% em 2021. *Revista Piauí*. [internet]. [citada em: 17 de dezembro de 2021]. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/maus-tratos-contra-criancas-e-adolescentes-aumentaram-216-em-2021/>.
7. Costa CC, Mania TV. Maus-tratos infantis: lesões que podem ser identificadas por Cirurgiões-Dentistas. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*. 2019; 13 (44): 905-16. Doi: 10.14295/online.v13i44.1608.
8. Tondo R, Pereira CR. "Proteja Brasil": apropriações da tecnologia móvel no enfrentamento as violência contra crianças e adolescentes. *Alcar Sul* 2014. Disponível em: https://alcarsul2014.sites.ufsc.br/wp-content/uploads/2014/10/gtmidiadigital_romulo_tondo_-_camila_pereira.pdf.
9. Egry EY, Apostolico MR, Morais TCP. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23 (1): 83-92. Doi: 10.15090/1413-81232018231.22062017
10. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. Resolução n° 118, de 11 de maio de 2012. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf.
11. Martins CBG, Jorge MHPM. Maus tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2010; 23 (3):423-8. Doi:10.1590/S0103-21002010000300018

12. Vanrell JP. O papel do Dentista nos Casos de Maus-tratos Infantis. In: Vanrell JP. *Odontologia Legal e Antropologia Forense*. Brasil: Guanabara Koogan, 2019. p. 87-8.
13. Veloso MMX, Magalhães CMC, Cabral IR. Identificação e notificação de violência contra crianças e adolescentes: limites e possibilidades de atuação de profissionais de saúde. *Estudo transversal. Mudanças- Psicologia da Saúde*. 2017;25(1):1-8. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-869141>.
14. Vaz LCM. Orofacial manifestations in violent children sexually: the role of the dentist surgeon in the diagnosis. *Brazilian Journal of Development*. 2022; 8(8):95-111. Doi: 10.34117/bjdv8n8-149.
15. Andrade EM, Nakamura E, Paula CS, Nascimento R, Bordin IA, Martin D. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde Soc. São Paulo*. 2011; 20(1): 147-55. Doi: 10.1590/S0104-12902011000100017
16. Souza CE, Rodrigues IFMM, Zocratto KBF, Oliveira CAS. Violência Infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista. *Rev Bras de Odontol Leg*. 2017; 4 (1): 53-63. Doi: 10.21117/rbol.v4i1.75.
17. Ferreira CLS, Côrtes MCJW, Gontijo ED. Promotion of children's rights and prevention of child abuse. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24(11) :3997-4008. Doi: 10.1590/1413-812320182411.04352018
18. Figueiredo MC, Frassetto P de M, Guimarães LF, Boaz CM. Violência sexual contra crianças e seus aspectos relevantes para o profissional de saúde: relato de caso clínico. *Cons. Saúde*. 2011;10(4):735-40. DOI: 10.5585/conssaude.v10i4.3003.
19. Souza CE, Rodrigues IFMM, Zocratto KBF, Oliveira CAS. Violência Infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista. *Rev Bras de Odontol Leg*. 2017; 4 (1): 53-63. Doi: 10.21117/rbol.v4i1.75.
20. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do DF, 2009. [citada em: 25 de outubro de 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf
21. Busato CA, Pereira TCR, Guaré RO. Maus-tratos infantis na perspectiva de acadêmicos de Odontologia. 2018;18 (1): 84. Doi:10.30979/rev.abeno.v18i1.394
22. Menoli AP, Felipetti FA, Golf F, Ludwig D. Manifestações bucais de maus-tratos físicos e sexuais em crianças- Conduta do cirurgião-dentista. *Revista Varia Scientia Artigos - Ensaios*. 2009; 8(14): 11-22. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/variascientia/article/view/2602>
23. Rodrigues HW, Bechara GN, Grubba LS. Era digital e controle da informação. *Revista Em Tempo*. 2020; 20(1). Doi:10.26729/et.v20i1.3268

24. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. Resolução nº 118, de 11 de maio de 2012. Disponível em:
https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf.

25. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect et al. "Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect." *Pediatric dentistry*. vol. 27,7 (2005): 64-7.

ANEXO A- IMAGENS



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Nº

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamentou a Lei nº 10.778/2003, que instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação		2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)					Código (CNES)	
	5 Data da Ocorrência do Evento		6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)				
Dados da Pessoa Atendida	7 Nome						8 Data de Nascimento
	9 Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11 Gestante		
	12 Cor		13 Escolaridade		15 Situação conjugal		
	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		01) Analfabeto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 03) 4ª série completa do EF 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 05) Ensino fundamental completo		06) Ensino médio incompleto 07) Ensino médio completo 08) Educação superior incompleta 09) Educação superior completa 10) Não se aplica 99) Ignorado		
	14 Ocupação		15 Situação conjugal		1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 5 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	16 Relações sexuais		17 Possui algum tipo de deficiência?		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	1 - Só com Homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado		Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/>		Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/>		
18 Número do Cartão SUS			19 Nome da mãe				
Dados de Residência	20 UF	21 Município de residência		Código (IBGE)		22 Bairro de residência	
	23 Logradouro (rua, avenida,...)					24 Número	
	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência		27 CEP		
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)		
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado						
Dados da Ocorrência	31 Local de ocorrência		04 - Ambiente de trabalho		07 - Estabelecimento de saúde		
	01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Via pública		05 - Escola 06 - Creche		08 - Instituição socioeducativa 09 - Instituição de longa permanência 10 - Instituição prisional		
	11 - Terreno baldio 12 - Bar ou similar 13 - Outros		99 - Ignorado				
	32 UF	33 Município de Ocorrência		34 Bairro de ocorrência			
	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)			36 Número		37 Complemento (apto., casa, ...)	
	38 Zona de ocorrência		39 Ocorreu outras vezes?		40 A lesão foi autoprovocada?		
1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
41 Meio de agressão		42 Tipo de violências		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Psicológica / Moral <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Negligência/ Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>		Tortura <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>			

Violação Sexual	43 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____	44 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal		
Dados do provável autor da agressão	45 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	46 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Outros _____	47 Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado	48 Supeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado
Em casos de violência sexual	49 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____			
Em casos de violência sexual	50 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Contraceção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
Evolução e encaminhamento	51 Evolução do Caso 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito pela agressão 6 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		52 Se óbito pela agressão, data 	
Evolução e encaminhamento	53 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS <input type="checkbox"/> Vara da infância / juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____			
Evolução e encaminhamento	54 Circunstância da lesão (confirmada) CID 10	55 Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Suspeito 2 - Confirmado 3 - Descartado		

Informações complementares e observações

Disque-Saúde 0800 61 1997	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes 100
--	--	--

Notificador Município/Unidade de Saúde Nome _____ Função _____	Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____ Assinatura _____
---	--

ANEXO B-DIRETRIZES PARA AUTORES

RECOMENDAÇÕES PARA A SUBMISSÃO DE ARTIGOS 1 - DAS NORMAS GERAIS

Serão aceitos para submissão trabalhos de pesquisa básica e aplicada em Odontologia, na língua portuguesa ou inglesa. O manuscrito pode ser redigido em português ou inglês e deverá ser fornecido em arquivo digital compatível com o programa "Microsoft Word" (em formato DOC). Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua submissão simultânea em outro periódico, seja este de âmbito nacional ou internacional. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, revisada em 2000). A Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição, com devida citação de fonte. O conteúdo dos textos das citações e das referências são de inteira responsabilidade dos autores. A data do recebimento do original, a data de envio para revisão, bem como a data de aceite constará no final do artigo, quando da sua publicação. O número de autores está limitado a seis (6). Nos casos de maior número de autores, o conselho editorial deverá ser consultado. Registros de Ensaios Clínicos 1.8.1 Artigos de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. Sugestão para registro: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo. 1.9 Comitê de Ética 1.9.1 Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos devem ser acompanhados de cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro órgão credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde. 1.9.2 Na reprodução de documentação clínica, o uso de iniciais, nomes e/ou números de registro de pacientes são proibidos. A identificação de pacientes não é permitida. Ao reproduzir no manuscrito algum material previamente publicado (incluindo textos, gráficos, tabelas, figuras ou quaisquer outros materiais), a legislação cabível de Direitos Autorais deverá ser

respeitada e a fonte citada. 1.9.3 Nos experimentos com animais devem ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidado dos animais de laboratório. 2 - DA APRESENTAÇÃO 2.1 Estrutura de apresentação da página de rosto - Título do manuscrito em português, de forma concisa, clara e o mais informativo possível. Não deve conter abreviações e não deve exceder a 200 caracteres, incluindo espaços. - Deve ser apresentada também a versão do título em inglês. - Nome dos autores na ordem direta e sem abreviações, seguido da sua principal titulação e filiação institucional; assim como registros na Base como ORCID, caso não tenham (o registro ORCID pode ser obtido, gratuitamente, através do site <http://orcid.org>); acompanhado do respectivo endereço com informação de contato (telefone, endereço e e-mail para o autor correspondente) e todos os coautores. Os autores devem garantir que o manuscrito não foi previamente publicado ou não está sendo considerado para publicação em outro periódico. 3.2 Estrutura de apresentação do corpo do manuscrito - Título do trabalho em português - Título do trabalho em inglês - Resumo estruturado: deve condensar os resultados obtidos e as principais conclusões de tal forma que um leitor, não familiarizado com o assunto tratado no texto, consiga entender as principais implicações do artigo. O resumo não deve exceder 250 palavras (100 palavras no caso de comunicações breves) e abreviações devem ser evitadas. Deve ser apresentado na forma de parágrafo único estruturado (sem subdivisões das seções), conteúdo objetivo, metodologia, resultados e conclusões. No Sistema, utilizar a ferramenta Special characters para caracteres especiais, se aplicável. Para os textos em Língua portuguesa, deve ser apresentada também a versão em inglês (Abstract) . De acordo com o tipo de estudo, o resumo deverá ser estruturado nas seguintes divisões: - Artigo original e Revisão sistemática: Objetivo, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions). - Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Considerações finais (No Abstract: Purpose, Case description, Final Considerations). - Revisão de literatura: Objetivo, Materiais e Métodos, Resultados e Considerações finais. No Abstract: (Purpose, Methods, Results, Final Considerations). A forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória. - Unitermos: imediatamente abaixo do resumo estruturado, de acordo com o tipo de artigo submetido, devem ser incluídos de 3 (três) a 5 (cinco) unitermos (palavras-chave), assim como a respectiva tradução para os uniterms. Devem ser separados por vírgula. Os descritores devem ser extraídos dos “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS): <http://decs.bvs.br/>, que contém termos em português,

espanhol e inglês, e do “Medical Subject Headings” (MeSH): www.nlm.nih.gov/mesh, para termos somente em inglês (não serão aceitos sinônimos). - Abstract: deverá contemplar a cópia literal da versão em português. - Uniterms: versão correspondente em inglês dos unitermos. Grafia de termos científicos: nomes científicos (binômios de nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica) devem ser escritos por extenso, bem como os nomes de compostos e elementos químicos, na primeira menção no texto principal. Unidades de medida: devem ser apresentadas de acordo com o Sistema Internacional de Medidas. - CORPO DO MANUSCRITO ARTIGO ORIGINAL DE PESQUISA E REVISÃO SISTEMÁTICA: devem apresentar as seguintes divisões: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão. Introdução: resumo do raciocínio e a proposta do estudo, citando somente referências pertinentes. Claramente estabelece a hipótese do trabalho. Deve ser sucinta e destacar os propósitos da investigação, além da relação com outros trabalhos na área. Uma extensa revisão de literatura não é recomendada, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos. Materiais e Métodos: apresenta a metodologia utilizada com detalhes suficientes que permitam a confirmação das observações. Métodos publicados devem ser referenciados e discutidos brevemente, exceto se modificações tenham sido feitas. Indicar os métodos estatísticos utilizados, se aplicável. Devem ser suficientemente detalhados para que os leitores e revisores possam compreender precisamente o que foi feito e permitir que seja repetido por outros. Técnicas-padrões precisam apenas ser citadas. Estudos observacionais devem seguir as diretrizes STROBE (<http://strobestatement.org/>) e o check list deve ser submetido. Ensaio clínico devem ser relatados de acordo com o protocolo padronizado da CONSORT Statement (<http://www.consortstatement.org/>), revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir o PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>), ou Cochrane (<http://www.cochrane.org/>). * Aspectos Éticos: em caso de experimentos envolvendo seres humanos, indicar se os procedimentos realizados estão em acordo com os padrões éticos do comitê de experimentação humana responsável (institucional, regional ou nacional) e com a Declaração de Helsinki de 1964, revisada em 2000. Quando do relato de experimentos em animais, indicar se seguiu um guia do conselho nacional de pesquisa, ou qualquer lei sobre o cuidado e uso de animais em laboratório. Deve também citar aprovação de Comitê de Ética. Resultados: apresenta os resultados em uma sequência lógica no texto,

tabelas e ilustrações. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar no máximo seis tabelas e/ou ilustrações. Discussão: enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões resultantes. Não repetir, em detalhes, os dados ou informações citadas na introdução ou nos resultados. Relatar observações de outros estudos relevantes e apontar as implicações de seus achados e suas limitações.

4. DA NORMALIZAÇÃO TÉCNICA

O texto deve ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), apresentar-se em fonte ARIAL tamanho 11, espaçamento entre as linhas de 1,5, em folhas A4, com margens de 3 cm de cada um dos lados, perfazendo um total de no máximo 15 páginas, excluindo referências e ilustrações (gráficos, fotografias, tabelas etc.). Os parágrafos devem ter recuo da primeira linha de 1,25 cm. Evitar ao máximo as abreviações e siglas. Em determinados casos, sugere-se que na primeira aparição no texto, deve-se colocar por extenso e a abreviatura e/ou sigla entre parênteses. Exemplo: Febre Hemorrágica do Dengue (FHD).

4.1 Ilustrações

O material ilustrativo compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, radiografias, como também por meio de desenhos ou fotografias).

5.1.1

Todas as ilustrações devem ser apresentadas e inseridas ao longo do texto em Word, conforme ordem de citação e devem ser limitadas no máximo a seis (6). Devem também ser enviadas separadamente (Figura 1a, Figura 1b, Figura 2, Figura 3...) no formato JPEG, TIFF ou GIF.

4.1

O material ilustrativo deve ser limitado a seis e numerado consecutivamente em algarismos arábicos, seguindo a ordem que aparece no texto, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título.

5.1.3

A elaboração dos gráficos e tabelas deverá ser feita em preto e branco ou em tons de cinza. Gráficos e desenhos podem ser confeccionados no programa Excel ou Word. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também JPEG, TIFF ou GIF.

4.2

As ilustrações deverão ser encaminhadas com resolução mínima de 300 dpi e tamanho máximo de 6 cm de altura x 8 cm de largura. As legendas correspondentes deverão ser claras, concisas e localizadas abaixo de cada ilustração, precedidas da numeração correspondente. Se houver texto no interior da ilustração, deve ser formatado em fonte Arial, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável

que permita o recurso “copiar/colar”. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

4.3 As tabelas e quadros deverão ser logicamente organizados, numerados consecutivamente em algarismos arábicos. O título será colocado na parte superior dos mesmos.

4.4 Tabelas e quadros devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. É importante que apresentem informações sucintas. Não devem ultrapassar uma página (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

4.5 As notas de rodapé serão indicadas por asteriscos e restritas ao mínimo indispensável. Marca comercial de produtos e materiais não deve ser apresentada como nota de rodapé, mas deve ser colocada entre parênteses seguida da cidade, estado e país da empresa (Ex: Goretex, Flagstaff, Arizona, EUA)

5 Citação de autores A citação dos autores no texto poderá ser feita de duas maneiras: Apenas numérica: " a interface entre bactéria e célula 3,4,7-10" alfanumérica: Um autor - Silva²³ (1996) Dois autores - Silva e Carvalho²⁵ (1997) Mais de dois autores - Silva et al.²⁸ (1998) Pontuação, como ponto final e vírgula deve ser colocada após citação numérica. Ex: Ribeiro³⁸.

6. Referências As citações de referências devem ser identificadas no texto por meio de números arábicos sobrescritos. A lista completa de referências deve vir após a seção de "Agradecimentos", e as referências devem ser numeradas e apresentadas de acordo com o Estilo Vancouver, em conformidade com as diretrizes fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors, conforme apresentadas em Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). A correta apresentação das referências é de responsabilidade exclusiva dos autores. É necessário que os autores evitem ao máximo a inclusão de comunicações pessoais, resumos e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências. Colocar o nome de todos os autores do trabalho até no máximo seis autores, além disso, citar os seis autores e usar a expressão et al. Exemplos de referências: Livro Melberg JR, Ripa LW, Leske GS. Fluoride in preventive dentistry: theory and clinical applications. Chicago: Quintessence; 1983. Capítulo de Livro Verbeeck RMH. Minerals in human enamel and dentin. In: Driessens FCM, Wolgens JHM, editors. Tooth development and caries. Boca Raton: CRC Press;

1986. p.95-152. Artigo de periódico Veja KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med.* 1996 Jun 1;124(11):980-3. Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res.* 1992;26:188-93. Artigos com mais de seis autores: Citam-se até os seis primeiros seguidos da expressão et al. Parkin DM, Clayton D, Black, RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood - leukaemia in Europe after Chernobyl : 5 years follow-up. *Br J Cancer.* 1996;73:1006-12. Artigo sem autor Seeing nature through the lens of gender. *Science.* 1993;260:428-9. Volume com suplemento e/ou Número Especial Ismail A. Validity of caries diagnosis in pit and fissures [abstract n. 171]. *J Dent Res* 1993;72(Sp Issue):318. Fascículo no todo Dental Update. Guildford 1991 Jan/Feb;18(1). Trabalho apresentado em eventos Matsumoto MA, Sampaio Góes FCG, Consolaro A, Nary Filho H. Análise clínica e microscópica de enxertos ósseos autógenos em reconstruções alveolares. In: Anais da 16a. Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO; 1999 set. 8-11; Águas de São Pedro (SP). São Paulo: SBPqO; 1999. p. 49, resumo A173. Trabalho de evento publicado em periódico Abreu KCS, Machado MAAM, Vono BG, Percinoto C. Glass ionomers and compomer penetration depth in pit and fissures. *J Dent Res* 2000;79(Sp. Issue) 1012. Monografia, Dissertação e Tese Pereira AC. Estudo comparativo de diferentes métodos de exame, utilizados em odontologia, para diagnóstico da cárie dentária. São Paulo; 1995. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]. Artigo eletrônico: Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. *J Pediatr Psychol* [Internet]. 1990 [Acesso em 2010 Abr 22];15(4):437-58. Disponível em: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437> Observação: A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. 7 - DA SUBMISSÃO DO TRABALHO A submissão dos trabalhos deverá ser feita pelo site <https://periodicos.ufba.br/index.php/revfo> ou para o e-mail revfoufba@hotmail.com 6.2 Deverá acompanhar o trabalho uma carta assinada por todos os autores (Formulário Carta de Submissão) afirmando que o trabalho está sendo submetido apenas a Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA, bem como, responsabilizando-se pelo conteúdo do trabalho enviado à Revista para publicação. Deverá apresentar Parecer de comitê de ética reconhecido pelo Comitê Nacional de Saúde (CNS) – para estudos de experimentação humana e animal. OS CASOS OMISSOS SERÃO RESOLVIDOS PELO CONSELHO EDITORIAL.

