

Juliana Auth Fetter

Avaliação do estado de saúde bucal de um grupo de pré-  
escolares de vulnerabilidade social

Brasília  
2020



Juliana Auth Fetter

Avaliação do estado de saúde bucal de um grupo de pré-escolares de vulnerabilidade social

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

Orientadora: Profa. Dra. Soraya Coelho Leal

Coorientadora: Ms. Lúcia Regina Baumotte

Brasília  
2020



À minha família.



## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por me conduzir durante toda esta trajetória com saúde e perseverança, para assim alcançar este grande objetivo de me formar na universidade que sempre almejei.

À minha família, em especial meus pais Paulo e Gisela (*In memoriam*) por nunca medirem esforços para me ofertarem a melhor educação possível para meu crescimento, por acreditarem no meu potencial, pelos incentivos, investimento de tempo e dinheiro, apoio e amor incondicional. Gratidão eterna.

Toda a minha gratidão ao excelente corpo docente por todo o conhecimento transmitido, com paciência e sabedoria. Em especial, às minhas orientadoras Soraya e Lúcia, por serem excepcionais no que fazem, por aceitarem me conduzir nesta pesquisa, por todo apoio, correções e orientações, dedicação e conhecimento repassado. Tenho e terei gratidão e admiração imensa para sempre.

À esta instituição extraordinária que é a Universidade de Brasília, que me proporcionou ensino de qualidade e me concedeu os meios para chegar até aqui. Por ter ofertado todas as ferramentas necessárias para que pudesse aprender e crescer enquanto aluna e pessoa.

À minha dupla, e também, melhor amiga, Beatriz, pelo companheirismo, apoio incondicional, por ser luz e me proporcionar momentos de risos e descontração diários, mesmo em situações adversas. Sem você a jornada seria muito mais penosa.

Por último, a todos aqueles que, de alguma forma, cruzaram no meu caminho durante esta experiência, incluindo todos os colegas, funcionários da Universidade e do Hospital Universitário, bem como os pacientes atendidos. Cada um me propiciou um aprendizado diferente e contribuíram para minha evolução como pessoa, aluna e futura profissional.





## EPÍGRAFE

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito.”

Chico Xavier



## RESUMO

FETTER, Juliana Auth. Avaliação do estado de saúde bucal de um grupo de pré-escolares de vulnerabilidade social. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Este trabalho objetiva avaliar o estado de saúde bucal de um grupo de pré-escolares de vulnerabilidade social. Metodologia: Crianças matriculadas no Centro Social João Paulo II (Paranoá-DF) com idade entre 4 e 6 anos foram convidadas a participar. Foram realizados exames clínicos utilizando-se o instrumento CAST (Caries Assessment Spectrum and Treatment) para o diagnóstico da cárie dentária, além de avaliação da oclusão dentária e alterações no frênulo lingual. Lesões de cárie de baixa complexidade foram tratadas na escola pela técnica ART. Resultados: 54 meninas e 44 meninos com idade média de 5,2 anos ( $\pm 1,43$ ) foram avaliados. A prevalência de cárie foi 42% (CAST 5-7) e 60% (CAST 3-7). 14% das crianças apresentavam estágios de cárie nos níveis de morbidade grave/mortalidade. A resolução dos problemas na própria escola foi possível em 80% dos casos. Más-oclusões foram observadas em 19% das crianças e anquiloglossia em 7%. Conclusão: A população estudada apresentou elevada necessidade de tratamento, indicando dificuldade de acesso à saúde bucal. A implementação de tratamentos de baixa complexidade na própria escola pode minimizar este quadro.



## ABSTRACT

FETTER, Juliana Auth. Assessment of the oral health status of a group of pre-scholars of social vulnerability; 2020. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

This study aims to assess the oral health status of a group of preschoolers in social vulnerability. Methodology: Children enrolled at the João Paulo II Social Center (Paranoá-DF) aged between 4 and 6 years were invited to participate. Clinical examinations were performed using the CAST (Caries and Treatment Assessment Spectrum) instrument for the diagnosis of dental caries, in addition to assessing dental occlusion and changes in the lingual frenulum. Children who needed treatment of low-complexity were treated at the school using the ART technique. Results: 54 girls and 44 boys with a mean age of 5.2 years ( $\pm 1.43$ ) were examined. The prevalence of caries was 42% (CAST 5-7) and 60% (CAST 3-7). 14% of children already presented with severe morbidity/mortality. The solution of the problems at the school premisses was possible in 80% of the cases. Malocclusions was observed in 19% of children and ankyloglossia in 7%. Conclusion: The investigated population showed high treatment needs, indicating difficulties in accessing the traditional oral health care system. The implementation of low complexity treatments at school can minimize this situation.



## SUMÁRIO

Artigo Científico .....	17
Folha de Título .....	19
Resumo .....	20
Abstract .....	22
Introdução .....	23
Metodologia .....	24
Resultados .....	27
Discussão .....	32
Conclusão .....	35
Referências .....	35
Anexos .....	39
Normas da Revista .....	53





## ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

FETTER, Juliana; BAUMOTTE, Lúcia; LEAL, Soraya; Avaliação do estado de saúde bucal de um grupo de pré-escolares de vulnerabilidade social.

Apresentado sob as normas de publicação da Revista Ciência & Saúde Coletiva



## FOLHA DE TÍTULO

Avaliação do estado de saúde bucal de um grupo de pré-escolares de vulnerabilidade social

Assessment of the oral health status of a group of pre-scholars of social vulnerability

Juliana Auth Fetter<sup>1</sup>  
Lúcia Regina Baumotte<sup>2</sup>  
Soraya Coelho Leal<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

<sup>2</sup> Mestre em Odontopediatria pela Universidade de Brasília.

<sup>3</sup> Professora Adjunta de Odontopediatria da Universidade de Brasília.

Correspondência: Profa. Dra. Soraya Coelho Leal  
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF

E-mail: sorayaodt@yahoo.com / Telefone: (61) 31071849

## RESUMO

Avaliação do estado de saúde bucal de um grupo de pré-escolares de vulnerabilidade social

### Resumo

Este trabalho objetiva avaliar o estado de saúde bucal de um grupo de pré-escolares de vulnerabilidade social. Metodologia: Crianças matriculadas no Centro Social João Paulo II (Paranoá-DF) com idade entre 4 e 6 anos foram convidadas a participar. Foram realizados exames clínicos utilizando-se o instrumento CAST (Caries Assessment Spectrum and Treatment) para o diagnóstico da cárie dentária, além de avaliação da oclusão dentária e alterações no frênulo lingual. Lesões de cárie de baixa complexidade foram tratadas na escola pela técnica ART. Resultados: 54 meninas e 44 meninos com idade média de 5,2 anos ( $\pm 1,43$ ) foram avaliados. A prevalência de cárie foi 42% (CAST 5-7) e 60% (CAST 3-7). 14% das crianças apresentavam estágios de cárie nos níveis de morbidade grave/mortalidade. A resolução dos problemas na própria escola foi possível em 80% dos casos. Más-oclusões foram observadas em 19% das crianças e anquiloglossia em 7%. Conclusão: A população estudada apresentou elevada necessidade de tratamento, indicando dificuldade de acesso à saúde bucal. A implementação de tratamentos de baixa complexidade na própria escola pode minimizar este quadro.

### Palavras-chave

Vulnerabilidade social; pré-escolares; saúde bucal; cárie dentária

### Relevância Clínica

A cárie da primeira infância é a doença crônica mais prevalente na população infantil no mundo. No Brasil, os dois últimos levantamentos epidemiológicos mostraram avanços quanto à

saúde bucal para todas faixas etárias, exceto para crianças aos 5 anos de idade. Desta forma, passados mais de 10 anos da realização do SB 2010, é de interesse saber como está a situação atual de saúde bucal de pré-escolares, avaliando-se também outros problemas (má-oclusão e anquiloglossia).

## ABSTRACT

Assessment of the oral health status of a group of pre-scholars of social vulnerability

This study aims to assess the oral health status of a group of preschoolers in social vulnerability. Methodology: Children enrolled at the João Paulo II Social Center (Paranoá-DF) aged between 4 and 6 years were invited to participate. Clinical examinations were performed using the CAST (Caries and Treatment Assessment Spectrum) instrument for the diagnosis of dental caries, in addition to assessing dental occlusion and changes in the lingual frenulum. Children who needed treatment of low-complexity were treated at the school using the ART technique. Results: 54 girls and 44 boys with a mean age of 5.2 years ( $\pm 1.43$ ) were examined. The prevalence of caries was 42% (CAST 5-7) and 60% (CAST 3-7). 14% of children already presented with severe morbidity/mortality. The solution of the problems at the school premisses was possible in 80% of the cases. Malocclusions was observed in 19% of children and ankyloglossia in 7%. Conclusion: The investigated population showed high treatment needs, indicating difficulties in accessing the traditional oral health care system. The implementation of low complexity treatments at school can minimize this situation.

### Keywords

Social vulnerability; preschoolers; oral health; dental caries.

## INTRODUÇÃO

De caráter comportamental e completamente evitável, a cárie dentária é considerada ainda a doença crônica mais recorrente na população infantil, sendo descrita como cárie da Primeira infância quando acomete crianças de até 6 anos de idade <sup>1,2</sup>. É uma doença multifatorial, resultante da interação de microrganismos cariogênicos, exposição a carboidratos, práticas alimentares e de higiene oral inadequadas e uma variedade de variáveis sociais <sup>3</sup>.

A falta de cuidados preventivos e/ou curativos pode levar a quadros mais graves associados à cárie, como acometimento pulpar, incluindo possível ocorrência de fístulas e abscessos, que podem estar diretamente relacionados com o relato de dor <sup>1,4</sup>.

A sintomatologia dolorosa, por sua vez, pode ter efeitos prejudiciais que impactam negativamente na frequência escolar e desempenho acadêmico, bem como em dificuldade para dormir, comer, absenteísmo escolar, dificuldade em prestar atenção nas aulas e afastamento de atividades recreativas <sup>5,6</sup>.

A última pesquisa nacional de saúde bucal realizada em 2010 no país, mostrou considerável declínio de cárie na população adulta brasileira. Todavia, na dentição decídua a redução foi ínfima, sendo que 80% dos dentes afetados continuam não tratados <sup>5,6</sup>. Esta realidade indica a deficiência no atendimento, associada à alta demanda desta população, bem como dificuldades quanto à acessibilidade ao serviço odontológico <sup>6,7</sup>.

Este cenário denota a grande necessidade de se buscar formas alternativas quanto ao manejo da cárie dentária, de maneira que, por meio de medidas preventivas e curativas, se possa intervir neste processo, evitando a instalação da doença e tratando-a quando esta se apresenta ainda em estágios iniciais <sup>6</sup>.

Dessa forma, faz-se necessário avaliar as demandas de cada população, utilizando-se critérios de detecção de cárie abrangentes, porém de simples aplicação. Dentre estes destaca-se o instrumento CAST (*Caries Assessment Spectrum and*

*Treatment*)<sup>8</sup>. A literatura indica que o instrumento fornece informações mais relevantes sobre os diferentes estágios da cárie, prevalência, experiência e gravidade da doença que outros critérios<sup>8-10</sup>. Por esta razão, torna-se possível identificar os dentes que podem ser tratados na própria escola por meio de métodos não e micro invasivos, até mesmo minimamente invasivos como o Tratamento Restaurador Atraumático <sup>11</sup>.

É importante ressaltar que a cárie não é o único problema de saúde bucal presente em pré-escolares que pode impactar no desenvolvimento bem como ter influência negativa sobre a qualidade de vida das mesmas. Desta forma, a avaliação do frênulo lingual e da oclusão permite a detecção precoce de alterações que podem levar, por exemplo, a alterações na fala e deglutição <sup>12,13</sup>.

Assim, este trabalho objetivou avaliar o estado de saúde bucal de um grupo de pré-escolares de vulnerabilidade social, identificando necessidade de tratamento, prevalência de cárie, de alterações do frênulo lingual e oclusão dentária.

## METODOLOGIA

### Seleção da amostra e aspectos éticos:

O trabalho foi desenvolvido no Centro Social João Paulo II – *Colégio mão amiga*, localizado no Paranoá-DF, que abriga 101 crianças entre 4 e 6 anos de idade em período integral. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde na Universidade de Brasília (CAAE: 18811819.5.0000.0030).

Antes do início da pesquisa, foram feitas visitas aos diretores e coordenadora da escola com intuito de esclarecer os objetivos da mesma e como esta seria conduzida. Os exames clínicos foram realizados após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (ANEXO B) pelos pais e/ou responsáveis legais das crianças. Foram incluídas no estudo todas as crianças cujos pais assinaram os termos de consentimento livre e


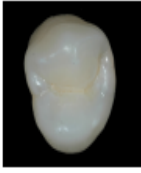
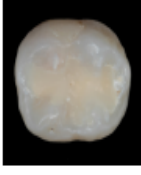









esclarecido (TCLE), tendo sido coletado também, o termo de assentimento da própria criança.

### Levantamento epidemiológico:

Todas as crianças foram submetidas a um exame clínico na própria escola. Para isso foram utilizados sonda exploradora, espelho bucal e gaze. Os exames foram realizados com a criança deitada em uma maca por duas examinadoras treinadas e calibradas para a utilização do instrumento CAST (*Caries Assessment Spectrum and Treatment*)<sup>14</sup> (Kappa intra e inter-examinador > 0,90) para o diagnóstico da cárie dentária (tabela 1), assistida por um auxiliar.

Tabela 1: códigos do CAST e suas respectivas descrições\*

Característica	Código	Descrição	Exemplo
Hígido	0	Não há evidência visível de uma lesão nítida de cárie	
Selante	1	Fóssulas e/ou fissuras estão ao menos parcialmente cobertas por um material selante	
Restauração	2	A cavidade está restaurada com um material restaurador (in)direto	
Esmalte	3	Nítida mudança visual no esmalte, somente. Uma descoloração relacionada a cárie é visível, podendo ou não apresentar quebra localizada de esmalte	

Dentina	4	Descoloração interna em dentina relacionada à cárie. A dentina descolorida é visível através do esmalte, que pode ou não apresentar quebra localizada	
	5	Cavitação nítida em dentina. A câmara pulpar está preservada	
Polpa	6	Envolvimento pulpar. Cavitação evidente envolvendo a câmara pulpar ou somente a presença de restos radiculares	
Abscesso/ Fístula	7	Presença de uma tumefação contendo pus ou um conduto de liberação de pus relacionado à um dente com envolvimento pulpar	
Perdido	8	O dente foi removido devido à cárie dentária	
Outro	9	Não corresponde às demais descrições	

\*Reproduzido do manual do CAST<sup>14</sup>

Foram registradas também alterações de oclusão e do freio lingual. Em relação às alterações oclusais, com a criança sentada de frente para o examinador, com o Plano de Frankfurt paralelo ao solo e em máxima intercuspidação habitual, observou-se a presença de sobressaliência, sobremordida, mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e mordida cruzada anterior.

Já para a avaliação do frênulo, foram observados os seguintes parâmetros: aparência da língua, a localização de inserção do frênulo lingual e a protrusão da língua. Além disso, o movimento da língua durante a fala, bem como a pronúncia de algumas palavras também foram avaliados.

Adicionalmente, foi enviado aos pais um questionário (ANEXO C) contendo perguntas de cunho socioeconômico sobre o responsável pelo domicílio, escolaridade, tipo de moradia e quantidade de pessoas residentes na mesma casa, renda

financeira da família, acesso à atenção em saúde. Além disto, perguntas do aspecto de dieta e higiene oral da criança, frequência de idas ao dentista, se já apresentou dor, etc.

### Implementação das ações preventivas e curativas:

Todas as crianças que apresentaram necessidade de tratamento foram tratadas na própria escola por duas operadoras treinadas e calibradas na técnica do Tratamento Restaurador Atraumático (ART)<sup>11</sup>., utilizando-se o cimento de ionômero de vidro Ketac Molar Easymix (3M/Espe, Campinas, Brasil).

Em caso de tratamentos de maior complexidade, como por exemplo exodontia e endodontia, as crianças foram referidas para a clínica de graduação em Odontopediatria do curso de Odontologia da faculdade, no Hospital Universitário de Brasília (HUB) e para odontopediatras membros da Associação Brasileira de Odontopediatria - ABOPED, DF.

Palestras educativas foram ministradas aos participantes da pesquisa. Adicionalmente, cada criança recebeu um kit de higiene bucal contendo escova e creme dental fluoretado (1100 ppm). Por fim, aquelas que apresentaram lesões de cárie em estágio inicial ativa foram submetidas a 4 sessões de aplicação de verniz de flúor (Fluorniz- SSWhite Duflex, Rio de Janeiro, Brasil) realizadas na própria escola.

### Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados de forma descritiva e o teste de kappa foi empregado para cálculo do grau de concordância intra e inter examinadores.

## RESULTADOS

Do total de 101 crianças matriculadas no centro Social João Paulo II, 98 delas foram examinadas com idade entre 4 e 6 anos, com idade média de 5,2 anos ( $\pm 1,43$ ), sendo 54 do sexo feminino e 44 do sexo masculino.

Quanto à caracterização da população, a grande maioria reside no Paranoá, região administrativa do Distrito Federal que possui população urbana estimada em 65.533 habitantes (CODEPLAN, 2018)<sup>15</sup>.

A prevalência de cárie foi de 42%, de acordo com o preconizado pelo Manual CAST<sup>14</sup>, ou seja, incluindo-se os códigos CAST 5 a 7 (gráfico 1). Ao se incluir lesões iniciais (CAST 3 a 7) a prevalência foi de 60%.

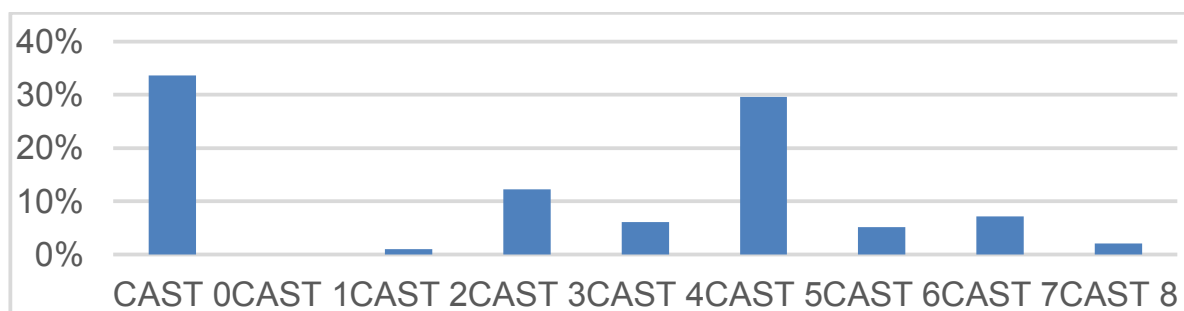


Gráfico 1: Distribuição em porcentagem do escore CAST máximo por indivíduo.

Considerando o número de dentes (gráfico 2), foram avaliados no total 1960 dentes, dos quais 1695 (86%) estavam hígidos (CAST 0); 82 dentes (4,18%) apresentaram lesões cariosas em esmalte (CAST 3); 136 (6,9%) apresentaram lesões cariosas cavitadas a nível de dentina (CAST 4 e 5). Casos mais graves (CAST 6 e 7) foram observados em 17 dentes (0,87%), e o código 8, que se refere a extraído por cárie, foi verificado em 3 dentes (0,15% dos dentes examinados).

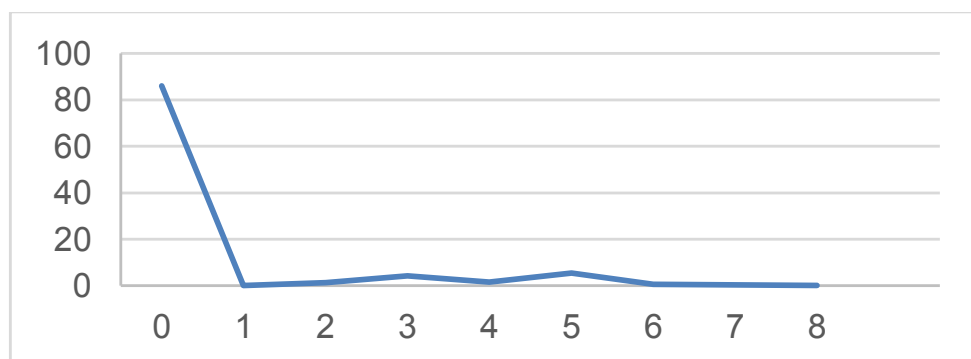


Gráfico 2: Frequência em porcentagem do CAST máximo por dente apresentado, desconsiderando-se o escore 9.

Ao se utilizar o conceito saúde (CAST 0 a 2) e doença (CAST 3 a 8), observa-se que apenas 35% das crianças foram classificadas como saudáveis (tabela 1). Neste contexto, foi possível observar que 80% das crianças, totalizando 218 dentes (93%) dos 235 dentes diagnosticados com cárie (CAST 3 a 7) poderiam ser tratados na escola, quer por meio de técnicas não ou micro invasivas e utilizando-se o ART (tabela 1).

Tabela 1: Frequência dos escores CAST máximo por indivíduo apresentados e suas respectivas propostas de tratamento.

	Frequência (%)	Saúde/Doença	Tratamento	Local
<b>CAST 0</b>	34%	Saúde	NA*	NA
<b>CAST 1</b>	0%	Saúde	NA	NA
<b>CAST 2</b>	1%	Saúde	NA	NA
<b>CAST 3</b>	12%	Pré-morbidade	Verniz de flúor	Escola
<b>CAST 4</b>	6%	Morbidade	Selante	Escola
<b>CAST 5</b>	30%	Morbidade	ART	Escola
<b>CAST 6</b>	5%	Morbidade grave	Endo/Exo	HUB
<b>CAST 7</b>	7%	Morbidade grave	Endo/Exo	HUB
<b>CAST 8</b>	2%	Mortalidade	NA	NA

\*NA: não aplicável

Foram identificadas más oclusões em 19% das crianças, sendo a mordida aberta anterior a condição mais prevalente. Quanto ao frênulo lingual, foi identificado anquiloglossia em 7% das crianças examinadas.

A taxa de resposta dos questionários foi de 45%. Analisando-se as respostas dos mesmos apresentadas na tabela 2, nota-se que a maioria das famílias sobrevivem com renda mensal média

inferior a um salário mínimo à dois, necessitando de complementação de renda por meio de auxílio do governo (Bolsa Família).

Quanto à facilidade de acesso aos serviços de saúde e consultas regulares ao dentista, mais de dois terços dos responsáveis revelaram grande dificuldade de acessibilidade das crianças à atenção em saúde bucal, sendo que 27% dos pais informaram que a criança nunca havia ido ao dentista (tabela 2).

Tabela 2: Distribuição da população considerando variáveis socioeconômicas e nível de escolaridade dos pais.

VARIÁVEIS	%
<b>ESCOLARIDADE DO CHEFE DE FAMÍLIA</b>	
Não foi a escola mas lê e escreve	2,3
1º grau incompleto	20,5
1º grau completo	9,1
2º grau incompleto	11,4
2º grau completo	43,2
Universidade completa	6,8
Universidade incompleta	6,8
<b>RENDA MENSAL</b>	
<1 Salário mínimo	27,3
Entre 1 e 2 salários	63
Entre 2 e 3 salários	4,5
Entre 3 e 4 salários	4,5
<b>RECEBE AUXÍLIO DO GOVERNO</b>	
Sim	56,8
Não	43,2
<b>ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE (PSF)</b>	
Fácil	13,6
Difícil	86,4
<b>CONSULTAS REGULARES COM DENTISTA</b>	
Sim	25,2
Não	74,8

No que se refere à dieta das crianças (tabela 3), mais de 90% dos pais relataram ter introduzido o açúcar na vida de seus filhos antes dos dois anos de idade. Em relação aos hábitos de higiene bucal,

foi notado que a maioria das crianças não usa fio dental, e 15% não utilizam de dentifrício fluoretado.

Tabela 3: Características de higiene oral e dieta das crianças, de acordo com o questionário enviado aos seus responsáveis.

<b>VARIAVEIS</b>	<b>%</b>
<b>INTRODUÇÃO DE ACÚCAR NA ALIMENTAÇÃO</b>	
Antes dos 6 meses	40,9
Entre os 6 meses e 1 ano	58,8
Entre 1 e 2 anos	18,2
Após os 2 anos	6,8
<b>INÍCIO DA HIGIENIZAÇÃO BUCAL</b>	
Antes dos 6 meses	40,9
Entre os 6 meses e 1 ano	31,8
Entre 1 e 2 anos	13,8
Após os 2 anos	13,8
<b>USO DE FIO DENTAL</b>	
Sim	40,9
Não	59,1
<b>USO DE CREME DENTAL FLUORETADO</b>	
Sim	84,1
Não	15,9
<b>FREQUÊNCIA DE IDAS AO DENTISTA</b>	
Nunca foi ao dentista	27,3
De 6 em 6 meses	25,0
De ano em ano	18,2
Menos ou igual a duas vezes	27,3
Quando reclamou de dor de dente	2,3
<b>DOR DE DENTE</b>	
Sim	25,0
Não	75,0
<b>AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA PELO RESPONSÁVEL</b>	
Excelente	11,4
Muito boa	15,9
Boa	29,5
Razoável	31,8
Péssima	11,4

## DISCUSSÃO

Os resultados da presente investigação evidenciou uma alta demanda por tratamento odontológico da população investigada, que pode ser em parte decorrente das condições de vulnerabilidade social associada ao contato muito precoce com açúcar. Soma-se a tudo isso, a falta de acesso da mesma aos serviços de saúde, quer seja pelo custo do tratamento na clínica privada e/ou pela dificuldade de acesso ao serviço público. Desta forma, estes pontos merecem e serão discutidos a seguir.

A população participante do presente estudo é de estudantes do Centro social João Paulo II – Colégio mão amiga, que faz parte da Federação Mano Amiga (Internacional), uma instituição cujo objetivo é construir centros de desenvolvimento comunitário em áreas de escassos recursos. Os alunos do colégio são todos bolsistas com 100% de gratuidade. Todos comprovaram renda familiar per capita de no máximo um salário mínimo e meio por mês e alguns foram indicados diretamente pelo Conselho Tutelar e pelo Ministério Público, o que deixa claro a condição de vulnerabilidade social da população.

As desigualdades sociais em saúde, incluindo saúde bucal têm sido relatadas em diversos estudos que comprovam o reflexo das péssimas condições de vida no adoecer bucal.<sup>16</sup> Neste sentido, o conceito de vulnerabilidade refere-se aqueles que se encontram em situação de desvantagem e precariedade no acesso à garantia de direitos e proteção social, não alcançando patamares mais elevados de qualidade de vida em sociedade em função de sua cidadania fragilizada.<sup>17</sup>

O instrumento CAST não contabiliza a experiência de cárie passada como prevalência, o que é feito quando se utiliza o critério da OMS. Assim, para fins de comparação com o último levantamento de saúde bucal realizado no país (SB 2010)<sup>5</sup>, se incluirmos os códigos CAST 2 (restaurado) e 8 (extraído), a prevalência de cárie é de 63%, percentual maior que a média nacional (53,4%) aos 5 anos de idade. Tais números devem ser vistos como um alerta para gestores em saúde, uma vez que são



um forte indicador do quanto a forma atual de lidar com o problema é ineficaz.

Na década de 80, como forma de oferecer tratamento odontológico a comunidades que viviam em áreas remotas, o Tratamento Restaurador Atraumático (ART) foi proposto<sup>18</sup>. Desde então, a técnica tem mostrado ser uma alternativa efetiva e de baixo custo para o manejo da cárie dentária<sup>19</sup>. Neste contexto, ao se avaliar o estágio de gravidade das lesões de cárie dos pré-escolares, observou-se que do total de crianças afetadas, 80% delas poderiam ser e foram tratadas na própria escola por meio do selante ou restauração ART. A intervenção nesta etapa certamente evitou que tais lesões evoluíssem para estágio mais graves representados pelo CAST 6, 7 e 8 que já acometiam 14% das crianças.

Outro ponto importante a ser discutido em relação à cárie de Primeira Infância refere-se à sua relação com questões sociais. O fator socioeconômico tem sido considerado indicador de risco para a mesma. Isso pode refletir em menor acessibilidade aos serviços odontológicos e produtos de higiene, bem como ao menor conhecimento sobre os corretos hábitos de higiene bucal e conseqüentemente à alta prevalência e severidade da doença<sup>20-22</sup>.

Estudos epidemiológicos documentaram que crianças oriundas de famílias de baixa renda e baixos níveis de educação tem maiores chances de apresentarem a Cárie da Primeira Infância, como ocorreu na presente investigação<sup>23-25</sup>.

Como a maioria de programas de saúde pública não cobrem a população infantil, sua saúde bucal é geralmente negligenciada, deixando muitas crianças com cárie dentária não tratada e sofrendo de dor crônica e desconforto. O ônus da cárie de Primeira Infância e seus impactos denotam a necessidade de se abordar estratégias para melhorar a saúde bucal na infância<sup>26</sup>.

Os resultados obtidos no questionário aplicado aos responsáveis indicam grande dificuldade de acessibilidade da maioria das crianças à atenção em saúde bucal, sendo que 27% delas nunca foram avaliadas por um dentista. Tal fato pôde ser verificado ao

exame clínico, visto que restaurações (CAST 2) e selantes (CAST 1) foram observados em apenas 1% e em nenhuma criança, respectivamente.

Além da avaliação de cárie dentária, a oclusão é uma importante variável a ser analisada considerando saúde bucal. Sabe-se que a intervenção precoce durante ou antes do pico de crescimento e desenvolvimento da criança pode reduzir não apenas a prevalência da má oclusão ou a gravidade na dentição permanente, mas também o impacto psicológico desta<sup>27</sup>. Uma má oclusão pode ter um impacto negativo na auto-estima bem como na qualidade de vida, podendo inclusive ser ensejo para bullying nas escolas, o que afeta diretamente no bem estar psicossocial da criança<sup>28</sup>.

No mesmo sentido, a avaliação do frênulo lingual também tem grande importância, visto que crianças com anquiloglossia podem apresentar dificuldades na fala, e seu diagnóstico e tratamento precoce podem evitar com que se tenha impactos na qualidade de vida bem como desenvolvimento escolar<sup>29</sup>.

Vale a pena ressaltar que no Brasil as creches públicas desempenham um papel central no dia a dia das crianças, principalmente aquelas em situação de vulnerabilidade social, que frequentam estas instituições em regime de tempo integral<sup>16</sup>. Pensando em saúde, incluindo saúde bucal, uma parte substancial da população infantil, em especial de maior vulnerabilidade, pode ser alcançada por meio de intervenções em escolas primárias. As crianças são particularmente receptivas durante esse período e quanto mais cedo os hábitos são estabelecidos, mais duradouros são os efeitos<sup>30</sup>.

Essa faixa etária é importante para medidas profiláticas, no sentido de minimizar a incidência de cárie na população, visto que há uma correlação na ocorrência de cárie de primeira infância e posteriormente sua ocorrência na vida adulta na dentição permanente<sup>31,32</sup>.

A implementação de estratégias de intervenção na escola por meio de escovação supervisionada com creme dental fluoretado, intensiva educação em saúde incluindo a participação de pais e

professores, uso de verniz fluoretado, selantes e restaurações com o uso de Cimento de Ionômero de Vidro foram bem avaliadas e provocaram melhorias iniciais na condição de saúde bucal de crianças na pré-escola<sup>33,34</sup>.

Todavia, não se tem registro de estudos com implementação de programas que contemplem avaliação da saúde bucal geral das crianças de forma a prevenir e identificar desordens orais. Isso aponta para a necessidade de se expandir pesquisas na área para que se altere o atual cenário. Essas intervenções voltadas para a infância têm o potencial de promoção de saúde, propiciar desenvolvimento e bem-estar ao longo da infância e posteriormente na adolescência e na vida adulta bem como em reduzir as desigualdades em saúde bucal entre grupos sociais mais vulneráveis<sup>35</sup>.

Por fim, destacamos que este estudo apresenta algumas limitações, dentre as quais a inclusão de apenas uma creche e a impossibilidade de se acompanhar longitudinalmente os tratamentos realizados. De qualquer forma, traz dados que mostram uma realidade preocupante considerando a prevalência e a gravidade da doença numa população tão jovem.

## CONCLUSÃO

A população estudada apresentou elevada necessidade de tratamento, indicando dificuldade de acesso à saúde bucal. Entretanto, a maioria dos problemas puderam ser resolvidos na própria escola, o que evitou a progressão das lesões de cárie para estágios de maior gravidade.

Assim sendo, fica evidente a necessidade e importância de se ampliar a oferta de ações de saúde garantindo a universalidade do acesso aos mais vulneráveis pelas desigualdades sociais, bem como promovendo a equidade na atenção à saúde.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a colaboração da escola e das crianças, bem como ao apoio da Associação Brasileira de Odontopediatria do DF (ABOPED-DF). Por fim, somos gratas a todos os especialistas que se prontificaram a atender gratuitamente as crianças que participaram do estudo em seus consultórios privados.

## REFERÊNCIAS

1. Figueiredo, M. J., De Amorim, R. G., Leal, S. C., Mulder, J. & Frencken, J. E. Prevalence and severity of clinical consequences of untreated dentine carious lesions in children from a deprived Area of Brazil. *Caries Res.* **45**, 435–442 (2011).
2. Logan, W. & Kronfeld, R. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. *Front. Oral Biol.* **13**, 100–101 (2003).
3. Anil, S. & Anand, P. S. Early childhood caries: Prevalence, risk factors, and prevention. *Front. Pediatr.* **5**, 1–7 (2017).
4. Molina, G. F., Cabral, R. J. & Frencken, J. E. The ART approach: clinical aspects reviewed. *J. Appl. Oral Sci.* **17 Suppl**, 89–98 (2009).
5. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. *Ouidoria do SUS 136 Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde Resultados Principais.* (2012). doi:10.3310/hta21210.
6. Leal, S. C., Bronkhorst, E. M., Fan, M. & Frencken, J. E. Untreated cavitated dentine lesions: Impact on children's quality of life. *Caries Res.* **46**, 102–106 (2012).
7. Nagpal, R. *et al.* Impact of Early Childhood Caries on Oral Health-related Quality of Life Among 4–6-year-old Children Attending Delhi Schools: A Cross-sectional Study. *Int. J. Clin. Pediatr. Dent.* **12**, 215–221 (2019).
8. Leal, S. C., Ribeiro, A. P. Di. & Frencken, J. E. Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST): A Novel Epidemiological Instrument. *Caries Res.* **51**, 500–506 (2017).
9. Frencken, J. E., De Souza, A. L., Van Der Sanden, W. J. M., Bronkhorst, E. M. & Leal, S. C. The caries assessment and treatment (CAST) instrument. *Community Dent. Oral Epidemiol.* **41**, 71–77 (2013).
10. De Souza, A. L., Van Der Sanden, W. J. M., Leal, S. C. &

- Frencken, J. E. The Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST) index: Face and content validation. *Int. Dent. J.* **62**, 270–276 (2012).
11. Frencken, J. E. Atraumatic restorative treatment and minimal intervention dentistry. *Br. Dent. J.* **223**, 183–189 (2017).
  12. Messner, A. H. *et al.* Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. *Otolaryngol. - Head Neck Surg. (United States)* **162**, 597–611 (2020).
  13. Martins-Júnior, P. A., Marques, L. S. & Ramos-Jorge, M. L. Malocclusion: Social, functional and emotional influence on children. *J. Clin. Pediatr. Dent.* **37**, 103–108 (2012).
  14. Frencken, J. E., de Souza, A. L., Bronkhorst, E. M. & Leal, S. C. Manual CAST - Espectro de avaliação de cárie e tratamento. 49 (2015).
  15. CODEPLAN. *Pesquisa distrital por amostra de domicílios-Paraná*. (2018).
  16. Carvalho, J. C. *et al.* Oral health determinants and caries outcome among non-privileged children. *Caries Res.* **48**, 515–523 (2014).
  17. Do Carmo, M. E. & Guizardi, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saude Publica* **34**, (2018).
  18. Frencken, J. E., Leal, S. C. & Navarro, M. F. Twenty-five-year atraumatic restorative treatment (ART) approach: A comprehensive overview. *Clin. Oral Investig.* **16**, 1337–1346 (2012).
  19. Tonmukayakul, U. & Arrow, P. Cost-effectiveness analysis of the atraumatic restorative treatment-based approach to managing early childhood caries. *Community Dent. Oral Epidemiol.* **45**, 92–100 (2017).
  20. Costa, S. D. M., Vasconcelos, M. & Verdi, M. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil : uma abordagem bioética Inequalities in the distribution of dental caries in Brazil : a bioethical approach. 461–470 (2003).
  21. Mattheus, D. J. Vulnerability related to oral health in early childhood: A concept analysis. *J. Adv. Nurs.* **66**, 2116–2125 (2010).
  22. Sharna, N. *et al.* Association between Early Childhood Caries and Quality of Life: Early Childhood Oral Health Impact Scale and Pufa Index. *Dent. J.* **7**, 95 (2019).
  23. Tinanoff, N. *et al.* Early childhood caries epidemiology,

- aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *Int. J. Paediatr. Dent.* **29**, 238–248 (2019).
24. Kim Seow, W. Environmental, maternal, and child factors which contribute to early childhood caries: A unifying conceptual model. *Int. J. Paediatr. Dent.* **22**, 157–168 (2012).
  25. Kumar, S., Kroon, J. & Lalloo, R. A systematic review of the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. *Health Qual. Life Outcomes* **12**, 1–15 (2014).
  26. Martins-Júnior, P. A. *et al.* Impact of early childhood caries on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. *Caries Res.* **47**, 211–218 (2013).
  27. Zhou, X. *et al.* Prevalence of malocclusion in 3- to 5-year-old children in Shanghai, China. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **14**, 1–10 (2017).
  28. Seehra, J., Newton, J. T. & Dibise, A. T. Bullying in schoolchildren - Its relationship to dental appearance and psychosocial implications: An update for GPs. *Br. Dent. J.* **210**, 411–415 (2011).
  29. Webb, A. N., Hao, W. & Hong, P. The effect of tongue-tie division on breastfeeding and speech articulation: A systematic review. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* **77**, 635–646 (2013).
  30. Jürgensen, N. & Petersen, P. . Promoting oral health of children through schools – Results from a WHO global survey 2012. *Community Dent. Health* 204–218 (2013).
  31. Jordan, A. R., Becker, N., Jöhren, H.-P. & Zimmer, S. Early Childhood Caries and Caries Experience in Permanent Dentition: A 15-year Cohort Study. *Swiss Dent. J.* **126**, 114–9 (2016).
  32. Repository, Z. O. Caries experience in 7- , 12- , and 15-year-old schoolchildren in the canton of Basel-Landschaft , Switzerland , from 1992 to 2011 Department for Preventive Dentistry and Oral Microbiology , School of Dental Clinic for Preventive Dentistry , Periodontolog. **44**, 201–208 (2016).
  33. Petersen, P. E. & Kwan, S. The 7th Global Conference on Health Promotion - towards integration of oral health. *Community Dent. Health* **25**, 257–267 (2010).
  34. Ricks, T. L., Phipps, K. R. & Buerd, B. The Indian Health Service Early Childhood Caries Collaborative: A Five-year

- Summary. *Pediatr. Dent.* **3**, 277–280 (2015).
35. de Silva, A. M. *et al.* Community-based population-level interventions for promoting child oral health. *Cochrane Database Syst. Rev.* **2016**, (2016).

## ANEXOS

### ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Eficácia de um modelo de atenção odontológica a um grupo de pré-escolares do DF

**Pesquisador:** LUCIA REGINA MACHADO BAUMOTTE

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 18811819.5.0000.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.725.267

##### Apresentação do Projeto:

**\*Resumo:**

Objetivo: Testar um modelo de atenção odontológico que abranja o diagnóstico precoce da carie dentária, prevenção e implementação de medidas curativas no próprio ambiente escolar. Metodologia: O presente estudo será desenvolvido no Centro Social João Paulo II, creche localizada no Paranoá-DF que abriga 101 crianças entre 3 e 5 anos de idade. Serão realizados exames clínicos utilizando o Instrumento CAST (Caries Assessment Spectrum and Treatment) para o diagnóstico da carie dentária, além de avaliação do padrão de oclusão dentária e alterações no frenulo lingual. As crianças que apresentarem necessidade de tratamento de lesões de carie de baixa complexidade serão tratadas na própria escola por meio da técnica ART (Tratamento Restaurador Atraumático). Para casos de procedimentos mais complexos, as crianças serão referenciadas à Clínica de Odontopediatria do Hospital Universitário de Brasília. Posteriormente, será realizada a avaliação da saúde bucal das crianças, de 3 e 6 meses pós-tratamento e o modelo será considerado efetivo a medida que for capaz de evitar a ocorrência de novas lesões de carie e/ou paralisar aquelas em estágios iniciais.

**\*Introdução:**

De caráter comportamental e completamente evitável, a carie dentária é considerada ainda a doença mais recorrente em crianças. Em função principalmente da sintomatologia dolorosa

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfurb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.725.267

presente em muitos casos, a carie pode ter efeitos prejudiciais que impactam negativamente na frequência escolar e desempenho acadêmico, bem como em dificuldade para dormir, comer, absentismo escolar, dificuldade em prestar atenção nas aulas e afastamento de atividades recreativas. A falta de cuidados preventivos e / ou curativos pode levar a quadros mais graves associados a carie, como acometimento pulpar, incluindo possível ocorrência de fístulas e abscessos, que podem estar diretamente relacionados com o relato de dor. A última pesquisa nacional de saúde bucal no Brasil, realizada em 2010, mostrou considerável declínio de carie na população adulta brasileira. Todavia, na dentição decidua a redução foi ínfima, sendo que 80% dos dentes afetados continuam não tratados. Esta realidade indica a deficiência no atendimento da alta demanda desta população, bem como dificuldades quanto a acessibilidade ao serviço odontológico. Este cenário denota a grande necessidade de se buscar formas alternativas quanto ao manejo da carie dentária, de maneira que, por meio de medidas preventivas e curativas, se possa intervir neste processo, evitando a instalação da doença e tratando-a quando esta se apresenta ainda em estágios iniciais. Dessa forma, faz-se necessário avaliar as demandas de cada população, utilizando-se critérios de detecção de carie abrangentes, porém de simples aplicação. Dentre estes destaca-se o Instrumento CAST (Caries Assessment Spectrum and Treatment) (6). A literatura indica que, o Instrumento fornece informações mais relevantes sobre os diferentes estágios da carie, prevalência, experiência e gravidade da doença que outros critérios. Após a realização do diagnóstico e identificação de lesões cáries das necessidades de tratamento, um programa de saúde bucal deve ser implementado, incorporando prevenção e o protocolo a ser seguido são os tratamentos restauradores minimamente invasivos, que permitem a paralização do processo cárie, por meio de uma remoção seletiva do tecido cariado, procurando preservar o máximo de tecido dentário saudável e passível de remineralização, objetivando manter o dente por maior tempo possível. Para lesões cáries cavitadas a nível de dentina, a melhor alternativa para ser utilizada em ambiente escolar é o Tratamento Restaurador Atraumático (ART), no qual a dentina amolecida e desmineralizada é removida, preservando-se o máximo de estrutura sólida do dente. O ART consiste numa técnica objetiva a paralização de lesões cáries e a restauração das lesões de carie cavitadas em dentina, de forma minimamente invasiva. Esta consiste em dois componentes, sendo um preventivo em que é utilizado um selante, e um segundo componente, restaurador, em que é utilizado um material (cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade, quimicamente ativado) para restauração. Adicionalmente, o ART tem um potencial grande no controle do comportamento, uma vez que são utilizados apenas instrumentos manuais e geralmente não há necessidade de anestesia local, o que proporciona menos dor e desconforto.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900

UF: DF Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsub@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.725.267

Outro ponto positivo é que por não requerer eletricidade ou água encanada, esta técnica pode ser realizada em qualquer local que não seja o ambiente odontológico convencional. O gerenciamento efetivo da cárie dentária é caracterizado pela detecção de lesões precoces associado a um diagnóstico preciso, por meio de avaliação de atividade de atividade e risco de cárie, bem como impedindo a ocorrência de novas lesões cáries. Por conseguinte, justifica-se a avaliação de um modelo de atenção odontológico efetivo, simples e de baixo custo, que permita maior acessibilidade ao atendimento da população infantil, com o intuito de se evitar a cárie dentária e/ou impedir sua progressão."

**"Hipótese:**

Os cuidados preventivos e curativos associados a técnica ART apresentam evidências de eficácia na paralização de lesões cáries bem como na prevenção de ocorrência de novas lesões, além de poder ser aplicado na própria escola. Tal fato abrange o número de indivíduos, consequentemente, ampliando a cobertura do serviço."

**Objetivo da Pesquisa:**

**"Objetivo Primário:**

Testar um modelo de atenção odontológico que abranja o diagnóstico precoce da cárie dentária, prevenção e implementação de medidas curativas no próprio ambiente escolar."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**"Riscos:**

Os riscos são os mesmos presentes em qualquer atendimento odontológico, como possível desconforto ao remover o tecido cariado; gosto amargo antes de colocar o material restaurador. Se isso acontecer o tratamento será interrompido imediatamente e caso a criança se sinta bem, uma nova tentativa será realizada. Entre os riscos decorrentes dos tratamentos estão a perda ou quebra do material restaurador.

**Benefícios:**

Os benefícios para as crianças participantes da pesquisa serão fazer um tratamento pouco invasivo, inovador, que não provoca dor, nem riscos à saúde e caso a criança apresente necessidade de tratamento odontológico mais complexo, este será realizado na Clínica de Graduação de Odontopediatria do Hospital Universitário de Brasília."

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfurb@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.725.267

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto de PIBIC e Trabalho de conclusão de curso do departamento de Odontologia. A Pesquisadora Responsável é Lucia Regina Machado Baumotte, mestre em odontologia. A equipe de pesquisa também inclui a estudante de iniciação científica Juliana Auth Fetter, graduanda em odontologia, e a professora supervisora é Soraya Coelho Leal.

A coleta de dados contará com 101 crianças pré-escolares entre 3 e 5 anos de idade no Centro Social João Paulo II, creche localizada no Paranoá-DF.

A etapa de coleta de dados junto aos participantes está prevista para ocorrer no dia 30/10/2019.

O projeto, de financiamento próprio, conta com um orçamento de R\$ 842,00, consistindo de gastos com material de impressão para os questionários.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

1. Informações Básicas do Projeto - "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1387937.pdf" postado em 16/10/2019.
2. Modelo de TCLE - "TCLE.doc" postado em 16/10/2019.
3. Carta de respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 3.629.011 - "CartaRespPendencias.doc" postado em 15/10/2019.
4. Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador responsável informando ciência e cumprimento da Res. CNS 466/2012 e complementares, em formato assinado e digitalizado - "termoresppesquisador.pdf" postado em 15/10/2019; e em formato editável sem assinaturas - "TermoRespCompromPesq\_CEPFS.doc" postado em 11/10/2019.
5. Termo de Concordância da Instituição Proponente com assinatura e carimbo do Prof Dr. Laudimar Alves de Oliveira, diretor da Faculdade de Ciências de Saúde, e da Pesquisadora Responsável, assinada e digitalizada - "termo\_proponente.pdf" postado em 15/10/2019; e em formato editável sem assinaturas - "TERMOCONCORD\_PROPONENTE.doc" postado em 11/10/2019.
6. Termo de Concordância da Instituição Co-Participante, com assinatura e carimbo do Diretor do Centro Social João Paulo II e da Pesquisadora Responsável, em versão assinada e digitalizada - "termo\_copart.pdf", postado em 15/10/2019; e em versão editável sem assinaturas - "TermoConcord\_COPART.doc" postada em 11/10/2019.
7. Cronograma de execução de atividades - "CRONOGRAMA\_PESQUISA.docx" postado em 15/10/2019.
8. Carta de encaminhamento ao CEP/FS-UnB - "carta\_encaminhamento.pdf" postada em

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.725.267

15/10/2019.

9. Modelo de TALE - "Assentimento.docx" postado em 11/10/2019.

10. Folha de Rosto com assinatura e carimbo do Prof Dr. Laudimar Alves de Oliveira, diretor da Faculdade de Ciências de Saúde, e da Pesquisadora Responsável - "folhaderosto.pdf" postada em 11/10/2019.

**Recomendações:**

O Termo de Assentimento deve ser datado no dia de realização do processo de assentimento, e não ser impresso já datado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 3.629.011:

Considerando-se que o projeto de pesquisa apresentado é um projeto de iniciação científica, com execução prevista para 2019-2020. Para inscrever um projeto de PIBIC para este período, o/a orientador/a deveria ter apresentado um CAAE referente a este projeto entre o período de 16/04/2019 a 23/04/2019 ([http://proic.unb.br/images/edital\\_PIBIC\\_2019-2020\\_final.pdf](http://proic.unb.br/images/edital_PIBIC_2019-2020_final.pdf)). Tendo em vista que este projeto foi submetido para este CEP em 10/07/2019, há um descumprimento dos requisitos éticos para a execução do projeto junto ao PROIC.

Ainda, no Cronograma apresentado consta que a pesquisa teve os tratamentos iniciados em 02/07/2019, sendo que a submissão inicial para este CEP foi feita em 10/07/2019.

Solicitam-se esclarecimentos.

Ressalta-se que somente após os devidos esclarecimentos, ocorrerá a apreciação ética do presente protocolo de pesquisa.

**RESPOSTA:** Segue abaixo os esclarecimentos solicitados:

1. Quanto as pesquisadoras: A pesquisadora responsável é Lucia Regina Machado Baumotte, Mestre e especialista em Odontopediatria. A aluna de graduação cuja pesquisa será tema de Trabalho de Conclusão de Curso e Projeto de Iniciação científica (PIBIC) é Julliana Auth Fetter, e a professora orientadora é Soraya Coelho Leal. Os documentos foram submetidos novamente, concomitantemente com esta carta de pendências, com assinatura da pesquisadora responsável, Lucia Regina Machado Baumotte.

2. Quanto ao CAAE: à época de submissão do projeto para o edital do PIBIC, o responsável pela entidade estava fora de Brasília. Desta forma, a equipe do PROIC foi consultada sobre como proceder e a orientação recebida foi de que era possível colocar um "X" no box do CAAE, com o compromisso de, ao final, apresentar a aprovação do CEP. Esta orientação foi seguida e o projeto

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: [cep@unb@gmail.com](mailto:cep@unb@gmail.com)

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRÁSÍLIA



Continuação do Parecer: 3.725.267

submetido sem problemas.

3. Quanto ao início do projeto, um novo cronograma foi submetido, considerando o início da pesquisa para Novembro. Deve-se ressaltar que o único procedimento que foi realizado até a presente data, foi, a pedido da direção da creche, o encaminhamento de 16 crianças que estavam com dor para a atendimento na clínica de Odontopediatria do HUB, uma vez que não seria possível esperar o início da pesquisa. O tratamento dos alunos da creche se dará entre novembro e final de dezembro, visto que a creche entrará em recesso apenas próximo ao Natal, o que permitirá a realização dos procedimentos em tempo adequado e suficiente.

**ANÁLISE:** Em vista dos esclarecimentos apresentados pelas pesquisadoras, a apreciação do projeto foi realizada.

Não foram observados óbices éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1387937.pdf	16/10/2019 17:47:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	16/10/2019 17:47:05	JULIANA AUTH FETTER	Aceito
Parecer Anterior	CartaRespPendencias.doc	15/10/2019 22:00:13	JULIANA AUTH FETTER	Aceito
Outros	termoresppesquisador.pdf	15/10/2019 21:58:16	JULIANA AUTH FETTER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_proponente.pdf	15/10/2019 21:55:46	JULIANA AUTH FETTER	Aceito
Outros	termo_copart.pdf	15/10/2019 21:55:17	JULIANA AUTH FETTER	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsurb@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.725.267

Cronograma	CRONOGRAMA_PESQUISA.docx	15/10/2019 21:54:38	JULIANA AUTH FETTER	Acelto
Outros	carta_encaminhamento.pdf	15/10/2019 21:52:19	JULIANA AUTH FETTER	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoRespCompromPesq_CEPFS.doc	11/10/2019 01:37:19	JULIANA AUTH FETTER	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoConcord_COPART.doc	11/10/2019 01:35:04	JULIANA AUTH FETTER	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOCONCORD_PROPONENTE.doc	11/10/2019 01:34:43	JULIANA AUTH FETTER	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ESCAN_TERMOCOMPROMISSO.pdf	11/10/2019 01:32:09	JULIANA AUTH FETTER	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Assentimento.docx	11/10/2019 01:30:50	JULIANA AUTH FETTER	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	11/10/2019 01:26:14	JULIANA AUTH FETTER	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	07/08/2019 22:59:08	JULIANA AUTH FETTER	Acelto
Outros	cartaencaminhprojeto_ao_CEPFS.docx	07/08/2019 22:47:07	JULIANA AUTH FETTER	Acelto
Outros	CURRICULO_LUCIA.pdf	31/07/2019 19:29:30	JULIANA AUTH FETTER	Acelto
Outros	LATTES.docx	31/07/2019 19:28:53	JULIANA AUTH FETTER	Acelto
Orçamento	orcamento.docx	31/07/2019 18:35:42	JULIANA AUTH FETTER	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfurb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.725.257

BRASILIA, 26 de Novembro de 2019

---

Assinado por:  
Marie Togashi  
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsub@gmail.com

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

Seu filho (a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “Eficácia de um modelo de atenção odontológica a um grupo de pré-escolares do DF”, sob a responsabilidade do pesquisador Juliana Auth Fetter.

O objetivo desta pesquisa é testar um modelo de atenção odontológico que abranja o diagnóstico precoce da cárie dentária, prevenção e implementação de medidas curativas no próprio ambiente escolar.

O(a) senhor(a) receberá todos esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de preenchimento de questionários e concessão para a realização de exame clínico oral em seu filho (a), bem como tratamento se necessário. Os procedimentos simples como aplicação tópica de flúor e restaurações de lesões de cárie dentária serão realizados no próprio ambiente escolar, e procedimentos odontológicos mais complexos, se necessários, serão encaminhados para serem realizados na clínica de odontopediatria do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Os benefícios para seu filho(a) serão propiciar uma atenção preventiva e curativa quanto aos cuidados em saúde bucal e principalmente evitando e controlando a ocorrência de cárie dentária, além de fazer um tratamento pouco invasivo, inovador, que não provoca dor, nem riscos à saúde.

Os riscos decorrentes da participação na pesquisa correspondem a riscos, ainda que mínimos, inerentes a qualquer atendimento odontológico, que podem incluir gosto amargo antes de colocar o material restaurador que libera flúor, ou algum desconforto durante o atendimento. Se isso acontecer o tratamento será interrompido imediatamente e caso seu filho (a) se sinta bem, uma nova tentativa será realizada. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para a avaliação deste modelo de atenção odontológica a pré-escolares, que permite maior acessibilidade ao atendimento odontológico das crianças, para desta forma evitar a ocorrência da cárie dentária e/ou sua progressão.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável





Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: *Juliana Auth Fetter* (61 992660101) ou *Soraya Coelho Leal* (61 81184949), disponível inclusive para ligação a cobrar. (Contato via e-mail: [julianaauth@hotmail.com](mailto:julianaauth@hotmail.com); [sorayacoelho@yahoo.com](mailto:sorayacoelho@yahoo.com)).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o (a) Senhor(a).

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, de de .

## ANEXO C – QUESTIONÁRIO

### QUESTIONÁRIO AO RESPONSÁVEL

Nome da criança: \_\_\_\_\_ DN:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Data exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Telefones: \_\_\_\_\_

### QUESTIONÁRIO SÓCIO-ECONÔMICO

1. Qual dos seguintes itens você possui ou não em sua casa?

- a) Rádio ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- b) Televisão ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- c) Geladeira ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- d) Fogão à gás ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- e) Fogão à lenha ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

2. Quem é o chefe da sua família?

- Pai  Mãe  Irmão ou irmã  Avô ou avó  Outra pessoa

3. Qual a opção abaixo que melhor representa a escolaridade do chefe da família?

- Não foi a escola. Não lê e nem escreve.
- Não foi a escola, mas lê e escreve.
- 1º Grau incompleto. Até que série? \_\_\_\_\_
- 1º Grau completo.
- 2º Grau incompleto. Até que série? \_\_\_\_\_
- 2º Grau completo.
- Universidade completa.
- Universidade incompleta.
- Pós-Graduação
- Não sei/Não quero informar

4. Qual a ocupação (trabalho) do chefe da família?

5. Quantas pessoas moram na sua casa (incluindo irmãos, pais, avós, parentes e amigos)? \_\_\_\_\_

6. A criança tem irmãos? ( ) Sim ( ) Não. Caso sim, quantos?

7. Quantos quartos têm na sua casa?

\_\_\_\_\_

8. Qual a opção abaixo que melhor representa a situação da sua casa?

Alugada  Própria, com parcelas a quitar  Própria e quitada  Emprestada

9. Qual a opção abaixo que melhor representa a renda mensal da sua família?

- Menos de 1 salário mínimo  
 Entre 1 e 2 salários mínimos  
 Entre 2 e 3 salários mínimos  
 Entre 3 e 4 salários mínimos  
 Entre 4 e 5 salários mínimos  
 Entre 5 e 7,5 salários mínimos  
 Entre 7,5 e 10 salários mínimos  
 Acima de 10 salários mínimos

10. Recebe auxílio do governo? ( ) Sim ( ) Não Qual?

11. Como é o acesso ao serviço de saúde (PSF)? ( ) Fácil ( ) Difícil

12. A criança tem consultas regulares com:

Médico ( ) Sim ( ) Não; Enfermeira ( ) Sim ( ) Não; Dentista ( ) Sim ( ) Não ( )

Sobre você (mãe da criança):

Nome: \_\_\_\_\_

Data nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

1. Trabalha fora? ( ) Sim ( ) Não
2. Você é: ( ) solteira ( ) casada ( ) divorciada ( ) outro
3. Quantos anos você tinha quando teve o seu filho? ( ) menos de 24 anos ( ) igual ou superior à 24 anos

Sobre seu filho até 01 ANO DE IDADE:

1. Foi acompanhado por um pediatra? ( ) Sim ( ) Não
2. Nasceu de parto: ( ) normal ( ) cesárea
3. Foi amamentado no peito? ( ) Sim ( ) Não

4. Tomou mamadeira? ( ) Sim ( ) Não
5. A mamadeira era utilizada para o bebê tomar outros líquidos, tais como: sucos, chás, águas? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ele não utilizou mamadeira
6. Com qual frequência seu bebê era aleitado? ( ) De hora em hora ( ) De 3 em 3 horas ( ) Sempre quando ele estava com fome ( ) Toda vez que ele chorava
7. Fazia mamada noturna? ( ) Sim ( ) Não. Caso afirmativo, o que seu bebê costumava consumir nessa mamada:
- ( ) leite materno ( ) mamadeira ( ) outro \_\_\_\_\_.
- Se mamadeira, o que você colocava nela:  
\_\_\_\_\_
8. Quando foi introduzido o açúcar na alimentação dele? ( ) Antes dos 6 meses ( ) Entre os 6 meses e o 1º ano ( ) Entre 1 e 2 anos ( ) Após os 2 anos.
9. Quando foi início da higienização bucal do seu filho? ( ) Antes dos 6 meses ( ) Entre os 6 e o 1º ano ( ) Entre 1 e 2 anos ( ) Após os 2 anos.
10. Quem costumava cuidar da higiene oral dele? ( ) mãe/pai ( ) avós
- ( ) babá ( ) creche ( ) outro.
11. Chegou a levá-lo ao dentista nesse período? ( ) Sim ( ) Não

Sobre seu filho HOJE:

12. Possui alguma doença? ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não
13. Está realizando algum tipo de tratamento? ( ) Sim ( ) Não
14. Quantas e quais refeições realiza por dia?

- ( ) café ( ) lanche ( ) almoço ( ) lanche ( ) jantar ( ) lanche  
 ( ) outro \_\_\_\_\_
15. Quem cuida da higiene oral dele? ( ) mãe/pai ( ) avós ( ) babá ( ) creche ( ) outro: \_\_\_\_\_
16. Possui escova de dentes? ( ) Sim ( ) Não
17. Usa fio dental? ( ) Sim ( ) Não
18. Usa creme dental? ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_
19. Contém flúor? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
20. Quantas escovações por dia? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) mais
21. Qual a fonte de água ingerida pela criança? ( ) Torneira ( ) Filtro ( ) Mineral ( ) Poço ( ) Outro
22. A criança faz uso de chupeta? ( ) sim ( ) não  
 Se sim, desde quando? \_\_\_\_\_
- 23.. Chupa o dedo? ( ) sim ( ) não  
 Se sim, desde quando? \_\_\_\_\_
24. Qual a frequência dele de idas ao dentista? ( ) nunca foi ao dentista ( ) de 6 em 6 meses ( ) de ano em ano ( ) menos ou igual a duas vezes ( ) quando reclamou de dor de dente
25. Seu filho já sentiu dor de dente? Sim ( . ); Não ( . )  
 Se sim, como você resolveu o problema? \_\_\_\_\_
26. Como você avalia a saúde bucal do seu filho hoje?  
 ( ) Excelente ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Razoável ( ) Péssima

## NORMAS DA REVISTA

### INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais. A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em preprints de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

### Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de

Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.

- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos. O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema. Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não. Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

## Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz. Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional

de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

## Seções da publicação

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.



Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

## Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. 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, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/ MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/cscscielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

## Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o

delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

## Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

## Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC 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, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada), salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editoreschefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. 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. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. 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.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

## Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” <sup>11</sup> (p.38). ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza <sup>4</sup>, a cidade...” As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

### Exemplos de como citar referências

#### Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão et al.) Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na

alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286. Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, OliveiraFilho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

## 2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

## 3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

## 4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

## 5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337. Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

## 7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

## 8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

## 9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou

é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

#### 10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

#### 11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

#### 12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002. Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001. Outros trabalhos publicados

#### 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil; 2004 Jan 31; p. 12  
Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

#### 14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

#### 15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set. Material no prelo ou não publicado Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press 1996. Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini

HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. Arq Bras Oftalmol. No prelo 2004. Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm> Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. Arq Bras Oftalmol [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2<sup>a</sup> ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993. Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.