

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

EVELINNE COSTA DE FREITAS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE EM CRIANÇAS DE 5 ANOS NO
MUNICÍPIO DE PATOS-PB**

PATOS-PB

2014

EVELINNE COSTA DE FREITAS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE EM CRIANÇAS DE 5 ANOS NO
MUNICÍPIO DE PATOS-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Bezerra Cavalcanti Nobrega

Co-orientador: Prof. MSc. João Nilton Lopes

PATOS-PB

2014

EVELINNE COSTA DE FREITAS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE EM CRIANÇAS DE 5 ANOS NO
MUNICÍPIO DE PATOS–PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Data de Aprovação: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Carolina Bezerra Cavalcanti Nobrega - Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande- UFCG

Profa. MSc. Luciana Ellen Dantas Costa - 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande- UFCG

Profa. MSc. Faldryene de Sousa Queiroz - 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande- UFCG

Dedico este trabalho aos meus pais, bênçãos de Deus na minha vida, por se fazerem presentes todos os dias desta árdua caminhada, sendo os principais responsáveis por esta conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de sabedoria e santidade, por todas as bênçãos já recebidas e vitórias alcançadas. Obrigada Senhor, pela saúde do corpo e da alma, sobretudo por ouvir minhas preces sendo meu guia, minha fortaleza e fonte de inspiração para os meus dias. Toda honra e glória seja dada para Ti.

A minha mãe Célia, pelo exemplo de filha, mãe, amiga e mulher que representas para mim, sendo um verdadeiro presente de Deus em nossas vidas. És sem dúvidas, a maior responsável por esta conquista. Agradeço todas as vezes em que abdicou de suas vontades para satisfazer as minhas, se doando inteiramente a nossa família. Mainha te amo infinitamente.

Ao meu pai Edwilson, por ser o “homem da casa” oferecendo amor, paciência, carinho e atenção comigo, minhas irmãs e mainha. És, sem dúvida, nossa fortaleza. Tranquilidade, honestidade e humildade são algumas das belas qualidades que o descrevem. Agradeço a Deus por ser meu pai e tenho orgulho de ser sua filha. Te amo.

As minhas lindas irmãs, Elaine e Evianne, pela companhia de todos os dias, pelas conversas jogadas fora, pelas gargalhadas, pelo ombro amigo, pela palavra sincera, pelo abraço apertado. Como é maravilhoso poder compartilhar minha vida ao lado de pessoas tão especiais. Sinceramente, não sei dizer como seria minha vida sem vocês, obrigada por existirem.

As minhas avós, vovó Socorro e vovó Teresinha, pelos princípios e ensinamentos ofertados a toda nossa família, sendo a nossa maior base e herança. Agradeço por vossas orações, estas com certeza chegaram bem mais rápido aos céus. Verdadeiros anjos em minha vida, minha imensa gratidão.

Aos meus avôs, vovô Semião (in memoriam) e vovô Chico (in memoriam), por representarem o cerne da minha família, principais responsáveis pela educação dada aos meus pais, os quais foram passados para mim de forma espetacular.

A todos os meus tios(as) e primos(as), em especial a minha querida e amada tia/madrinha Iracema (tia Cema), por estar presente integralmente em todos os momentos da minha vida. Obrigada por todos os conselhos, palavras de carinho e pela alegria que é estar ao seu lado.

Ao meu namorado, Rennan Maia, pela nossa linda história, sobretudo por todo apoio, cumplicidade, dedicação, paciência e amor dispensados ao longo dos anos. Obrigada por aplaudir de pé minhas vitórias, acreditando sempre no meu potencial, sendo uma das maiores fontes de inspiração em minha vida.

Aos meus amigos e irmãos de coração, Ana Cecília, Gilson Júnior, José Matheus, Juliane Dias, Marcella Monnara e Paula Lorena, verdadeiros anjos em minha vida, por todos os maravilhosos momentos que vivemos juntos. Compartilhamos durante estes cinco anos de curso, os mesmos anseios e expectativas de um futuro próximo. Dividimos sonhos e responsabilidades... sem vocês esta trajetória não seria tão prazerosa. Desde já, desejo todo sucesso do mundo nesta nova etapa que se inicia. Obrigada meus amigos!

A turma 2009.1, por todos os bons momentos vividos durante estes cinco anos. Formamos verdadeiramente uma grande família, e como toda família, passamos por momentos de crise e alegria, lutamos, fizemos acontecer, crescemos juntos! Todas as dificuldades que enfrentamos, nos serviu como experiência para o futuro. Que Deus, em sua infinita bondade, ilumine a vida de cada um!

Aos meus pacientes, por me ver como instrumento de amor, competência, doação e ciência, depositando em minhas mãos trêmulas, por vezes, inseguras e inexperientes, a confiança e a esperança da cura. Vocês me instigaram a conhecer algo novo e me incentivaram a amar, cada dia mais, a profissão que escolhi. Meu eterno sentimento de gratidão.

A minha orientadora Carolina, mulher de personalidade forte, porém dona de um coração enorme, só quem a conhece de verdade, sabe a pessoa maravilhosa que és. Exemplo de professora, cuja ética e os ensinamentos de outrora permanecem intactos em minha mente. Agradeço imensamente pela sua dedicação, paciência e

principalmente por ter acreditado no meu potencial, me confiando a missão desta valiosa pesquisa.

A Universidade Federal de Campina Grande e a todos os meus mestres, em especial, verdadeiras fontes de sabedoria, que me proporcionaram o prazer de conhecer, estudar e experimentar a Odontologia, sendo responsáveis pela minha formação e crescimento profissional. Pessoas que servirão de espelho, durante toda a minha vida. O meu imensurável agradecimento.

A professora Fabíola Galbiatti, mulher cuja qualidades são inestimáveis. Professora que marcou a nossa universidade com seu carisma, dedicação e amor pelo que faz. Com certeza, és digna de muitas homenagens. Agradeço pela oportunidade de ter sido sua aluna e orientanda.

Aos funcionários, em especial, a Cledinalda, Patrícia, Neuma, Diana, Poliana e Damião, por se fazerem presentes sempre que precisei de auxílio. Pessoas prestativas e de bom coração, que acima de tudo exercem sua profissão com compromisso.

A equipe de Saúde da Unidade de Pronto Atendimento Maria Marques, em especial aos excelentes cirurgiões-dentistas, Sammia Anacleto, Ieda Xavier, Túlio Neves, George Borja e Isaías Lopes, pela oportunidade do estágio que me serviu como uma verdadeira escola, me preparando para encarar os desafios da profissão.

Ao Instituto Educacional Vera Cruz, lugar em que vivi os melhores momentos da minha vida e aos meus amados amigos, Pedro, Alysson, Yaslinne, Hanna, Khivia, Layse e Ismyrna, os quais jamais cairão em esquecimento. Amigos que me ensinaram o verdadeiro sentido da palavra Amizade e cravaram uma semente de fraternidade em meu coração, pessoas que contribuíram para que a minha juventude fosse rica e muito feliz, a minha imensa gratidão.

E por fim, mas não menos importante, a todas as pessoas que de forma direta ou indireta me apoiaram em diversos momentos da minha vida, que acreditaram em mim, torcendo pelo meu sucesso, o meu MUITO OBRIGADA!

A única maneira de fazer um trabalho extraordinário é amando aquilo que fazes. Se ainda não o encontraste, continue a procurar. Não se desespere. Assim como no amor, tu saberás quando tiver encontrado.

Steve Jobs

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi verificar a prevalência de cárie em 319 crianças de 05 anos matriculadas em estabelecimentos de ensino público do município de Patos-PB, por meio de exames clínicos, para identificação de superfícies cavitadas, índice ceo-d (decíduos cariados, extração indicada, obturados) e necessidade de tratamento, utilizando os critérios preconizados pelo segundo levantamento nacional em saúde bucal do Brasil. Atividades de promoção de saúde, bem como coleta de dados socioeconômicos também foram realizadas. De acordo com os resultados obtidos, o ceo-d do município foi de 3,6. As áreas avaliadas foram: Santa Gertrudes, Frei Damião, Belo Horizonte, Jatobá, São Sebastião e São José do Bonfim, com médias ceo-d de 4,7; 4,1; 4,0; 3,5; 2,9; e 2,5 respectivamente, tendo predominância do componente cariado (3,4). Segundo os dados socioeconômicos, verificou-se que a maioria das crianças moram com pai e mãe (73,8%), possui uma renda familiar mensal menor que 1 salário mínimo (85,7%) e tem escova na escola/creche (88,2%). Com base nos resultados apresentados observou-se uma tendência de polarização da doença no município e uma necessidade de implantação de programas de saúde bucal que beneficiem as crianças desta faixa etária com ações que visem modificar esse perfil em saúde.

Palavras-chave: Cárie Dentária. Dente Decíduo. Determinantes Sociais da Saúde. Inquéritos Epidemiológicos. Pré-Escolar.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the prevalence of caries in 319 children aged 05 years enrolled in public education establishments in the municipality of Patos- PB through clinical examinations for identification of cavitated dental surfaces, CEO-D (decayed deciduous extraction indicated, filled) and need for treatment, using the criteria recommended by the second national survey of oral health in Brazil. Health promotion activities, as well as collecting socioeconomic data were also performed. According to the results, the ceo-d of the municipality was 3.6. The Santa Gertrudes, Frei Damião, Belo Horizonte, Jatobá, São Sebastião and São José do Bonfim evaluated areas obtained mean ceo-d of 4.7; 4.1; 4.0; 3.5; 2.9; and 2.5 respectively with predominance of the decay component (3.4). According to the socioeconomic data, it was found that the majority of children live with both parents (73.8%), have a total income of less than one minimum wage (85.7%) and have tooth brush at school/daycare (88.2%). Based on the presented results we observed a trend of polarization of the disease in the city and a need to implement oral health programs that benefit children in this age group with actions that are intended to modify this listing on health.

Keywords: Dental Caries. Deciduous tooth. Social Determinants of Health. Surveys. Preschool.

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1-** Índice ceo- d, Número de crianças (%) e tempo de permanência na escola (%) por Área 32
- TABELA 2-** Distribuição do índice ceo-d e dos seus componentes de acordo com a área de abrangência. 33
- TABELA 3-** Médias de dentes hígidos e dentes com necessidade de remineralização 33
- TABELA 4-** Médias de necessidade de tratamento. 34
- TABELA 5-** Valores percentuais segundo relação familiar, renda e presença de escova na escola. 35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ceo-d	Número de dentes decíduos cariados, com extração indicada e obturados
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPO-D	Número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
Infor.	Informação
Kappa	Medida de concordância intra e inter-examinador
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paraíba
Remin.	Remineralização
Rest.	Restauração
SB	Saúde Bucal
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde
Sup.	Superfície
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Trat.	Tratamento
UACB	Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

LISTA DE SÍMBOLOS

@ Arroba

% Por cento

® Registrada

+ Mais

- Menos

= Igual

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL.....	16
2.2 IMPORTÂNCIA DA DENTIÇÃO DECÍDUA.....	17
2.3 CÁRIE DENTÁRIA E INSTRUMENTOS DE VERIFICAÇÃO.....	18
2.4 HISTÓRICO DOS LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE CÁRIE NO BRASIL.....	19
REFERÊNCIAS	21
3 ARTIGO	25
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
APÊNDICE A	47
APÊNDICE B	48
APÊNDICE C	50
APÊNDICE D	51
APÊNDICE E	52
ANEXO A	53
ANEXO B	54
ANEXO C	55
ANEXO D	56
ANEXO E	57

1 INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva é uma área de saberes e práticas que define à saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público. As ações em saúde bucal coletiva objetivam a melhoria da saúde da população de uma forma mais dinâmica, geralmente fora do ambiente clínico e voltadas para públicos alvo inseridos em faixas etárias previamente estabelecidas (PAULETO et al. 2004).

O programa Brasil Sorridente, trouxe várias mudanças na atenção em saúde bucal, e tem como principal meta avançar na melhoria da organização do sistema de saúde, propondo um modelo que ofereça universalidade, integralidade e equidade, princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde no Brasil (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, projetos e ações em Saúde Coletiva para crianças estão ganhando foco, pois estudos comprovam que a melhoria do cuidado durante os anos pré-escolares e escolares podem reduzir a necessidade de procedimentos curativos futuros (ALMEIDA *et al.*, 2009; LIMA, 2009; FRAZÃO, 2012).

Associado a esse fato, tem-se a necessidade de desmistificar teorias que não dão a devida importância à dentição decídua, citando que esses dentes “logo cairão”. Tal afirmativa é ponderadamente errônea, visto que a dentição decídua é fundamental para o bom desenvolvimento da dentição permanente, além de influenciar na função mastigatória e em outras estruturas do sistema estomatognático das crianças (GARCIA *et al.*, 2003).

As perdas precoces dos elementos decíduos podem ocasionar transtornos comportamentais, desenvolvimento não adequado da oclusão, distúrbios fonéticos e função mastigatória prejudicada. (DE ALENCAR, et.al. 2007).

Os dentes decíduos possuem estrutura mineral a base de carbonato e, portanto, são mais susceptíveis a cárie dentária, quando comparados aos dentes permanentes, já que a resistência do esmalte dentário é menor (WALTER, et. Al, 2014). Segundo Menezes-Oliveira (2009), os dentes decíduos apresentam maior quantidade de matéria orgânica e menor mineralização, além de possuírem menor número de detalhes anatômicos.

Em um estudo realizado por Antunes *et al.* 2006a, foi identificado que no Brasil há um elevado índice de necessidade de tratamento odontológico na dentição

decídua, principalmente para crianças em idade pré-escolar, matriculadas em estabelecimentos de ensino público.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal- 2010 (BRASIL,2011), 46,6% das crianças aos 5 anos de idade possuem dentes cariados (2,43 dentes, em média, com experiência de cárie, sendo 80% deles com predomínio do componente cariado), algo considerado preocupante, quando comparado as metas sugeridas pela Organização Mundial de Saúde para 2010, nas quais há indicação de que 90% das crianças com 5 anos, estejam livres de cárie.

Associado a estes fatores ainda existe o componente motivacional, assim, embora as crianças possam desenvolver a habilidade motora necessária para escovar seus dentes, torna-se fundamental que os familiares supervisionem esta atividade e assumam esta função até que estas crianças estejam preparadas para realizar uma limpeza completa da cavidade oral sozinha (BARROS, 2007).

Desta forma, a modificação desse panorama em saúde bucal na dentição decídua se faz necessária principalmente para áreas consideradas pólos de saúde em um estado, como é o caso do município de Patos na Paraíba.

O município possui cerca de 100.000 habitantes, apresentando 39 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), todas com equipe de saúde bucal, cobrindo 100% do município (CNES,2014). Entretanto, apesar da boa situação econômica do município, e situação geográfica privilegiada, pois Patos está situada no centro do estado da Paraíba, em um estreitamento que propicia interação com municípios dos estados circunvizinhos.

Com base nos dados apresentados, o objetivo principal desse projeto de pesquisa foi traçar um perfil epidemiológico de cárie dentária, para crianças de 5 anos de idade, matriculadas em estabelecimentos públicos de ensino no município de Patos/PB.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Para compreender melhor o papel da saúde bucal no Sistema Único de Saúde, faz-se necessário entender o conceito de saúde apresentado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico do processo de Reforma Sanitária no Brasil. Neste evento foi desenvolvido um conceito amplo que designa a Saúde como resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Nas últimas duas décadas, houve avanços na implementação do SUS, e o marco de maior relevância foi a descentralização dos serviços de saúde, o que proporcionou uma maior autonomia aos municípios além de propiciar uma maior participação popular por meio da construção de novas políticas de saúde e controle do funcionamento do sistema (PAIM, et al., 2011).

Como consequência dessa modificação da logística de atenção em saúde, tem-se as estratégias que foram desenvolvidas no Brasil, como modelos estruturados de atenção baseados no chamado SUS “ideal” e direcionados a grupos focais. Como exemplos tem-se a Estratégia Saúde da Família (1997), A Política Nacional de Saúde Bucal (2004a), Humaniza SUS (2004b), O Pacto pela Saúde (2006) e o Programa Saúde na Escola (2007).

O Brasil Sorridente é o programa do Governo Federal que tem modificado a Atenção em Saúde Bucal no Brasil tendo como metas garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira agrupando uma série de ações para ampliar o acesso ao tratamento odontológico gratuito por meio do SUS. Algumas ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde também são inseridas nesse contexto, tais como: Fluoretação das Águas de Abastecimento Público, Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, Programa Saúde na Escola, Brasil sem Miséria, Qualificação Profissional e Científica e Brasil Sorridente Indígena, (BRASIL, 2014).

Apesar desta modificação, a Odontologia, ainda se encontra voltada muitas vezes aos procedimentos curativos, sem a incorporação de medidas de promoção e prevenção da doença, apesar dessas ações integradas possuírem comprovado

impacto na modificação dos perfis de saúde bucal da população (PORDEUS e PAIVA, 2014).

Nas últimas décadas, duas importantes intervenções em saúde bucal foram fortemente expandidas em todo o País, tendo como referência o princípio constitucional da universalização das ações e serviços de saúde, inclusive de saúde bucal: A fluoretação da água de abastecimento público e o atendimento odontológico no SUS (ANTUNES e NARVAI, 2010).

Porém, apesar da ampliação de propostas, os trabalhos em saúde, principalmente em saúde bucal, estão ainda muito distantes de cumprirem uma meta ideal, que seria a implementação de ações baseadas em dados de reais necessidades de cada município, respeitando as diferenças e principalmente entendendo a importância das duas dentições para todos os indivíduos (NICKEL, et.al., 2008)

2.2 IMPORTÂNCIA DA DENTIÇÃO DECÍDUA

Um fator importante que levou a escolha das crianças como público alvo prioritário do estudo foi a questão da diferença na visão da dentição decídua comparada a dentição permanente pela população. Esse fato se deve principalmente a um aspecto cultural, pois ainda há uma visão errônea de que a dentição decídua é algo transitório, que está presente na cavidade oral das crianças apenas para manter o espaço dos dentes permanentes, enquanto estes se desenvolvem intra-oralmente. E é devido a essa mitificação da dentição decídua que se tem como consequências perdas dentárias precoces (RIBEIRO e RIBEIRO, 2004).

Outros fatores associados são a limitação de fala e alimentação, aumento dos casos de cárie precoce da infância pela ingestão de medicamentos que contém como conservante mais freqüente a sacarose (SOUZA *et al.*, 2002), problemas oclusais decorrentes da falta de espaço para dentição permanente erupcionar e baixa resolutividade da doença nessa faixa etária (BRASIL, 2011).

Adiciona-se a esses fatores um agravante: quanto mais precocemente ocorrer à infecção na dentição decídua, maior a prevalência de cárie e maior o dano em menor tempo (FUKS, 1993). Cabe ressaltar que é conhecida a relação entre história de cárie na dentição decídua e seus níveis na dentição permanente (TOMITA et al, 1996, ALVES *et al.*, 2009).

Garcia (2003) destaca que a perda dos dentes decíduos, além de interferir na função mastigatória, pode influenciar no crescimento maxilar e craniofacial das crianças. Ressalta também a importância dos elementos decíduos para definição da altura dos arcos dentais, no desenvolvimento do sistema respiratório e na estética normal do corpo e da face.

2.3 CÁRIE DENTÁRIA E INSTRUMENTOS DE VERIFICAÇÃO

A cárie dentária é o principal problema bucal do Brasil; afetando principalmente as dentições decídua e mista, sendo a principal causa de dor de dente, perda dentária, necessidade de tratamento e motivo de busca pelos serviços de saúde (PORDEUS e PAIVA, 2014).

É importante que se mencione que a cárie não é um evento linear, não há uma progressão crescente e irrecuperável que leva conseqüentemente à cavidade ou perda do dente, ao contrário, este processo pode ser interrompido em qualquer uma das etapas, podendo-se fazer o controle da lesão até mesmo em presença de cavidades (PINTO, 2008).

A cárie dentária é uma doença de severidade elevada fazendo-se necessário utilizar meios de promoção de saúde com o intuito de diminuir a prevalência desta condição. Este fato foi demonstrado no estudo de Carvalho et.al. 2013, aonde os autores afirmam que as atividades educativas realizadas nas escolas contribuem para diminuição dos índices de cárie com conseqüente maior tempo de permanência dos dentes decíduos na cavidade oral.

Vários instrumentos foram sugeridos para quantificar cárie dentária em exames populacionais, tendo o índice CPO-D como objeto padrão para elementos dentários permanentes e o ceo-d para elementos decíduos (OMS, 1999). Entretanto, apesar do CPO-D e ceo-d, serem índices padrão para levantamentos de base populacional, o uso de outros instrumentos epidemiológicos ou mesmo análises simplificadas das condições de saúde bucal não devem ser esquecidos. Em estudo de Skeie et al. (2006) verificou-se que apresentar duas superfícies dentárias cariadas aos cinco anos de idade já é um preditor clínico de alta experiência de cárie aos dez anos de idade.

2.4 HISTÓRICO DOS LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE CÁRIE NO BRASIL

Os levantamentos epidemiológicos possuem fundamental importância, pois fornecem dados que estimam o estado de saúde bucal de uma determinada população enfatizando a necessidade ou não de ações em saúde bucal, tornando-se assim instrumentos importantes para o planejamento de ações de promoção de saúde (SILVA et.al, 2010).

Segundo Piazzarolo 2010, é válido ressaltar que os dados epidemiológicos são fundamentais para subsidiar as ações voltadas à saúde bucal da população, permitindo que as intervenções resultem em um impacto adequado no controle das doenças bucais, promoção de saúde e melhoria na qualidade de vida.

Conforme o levantamento epidemiológico nacional de 1986, realizado na zona urbana de 16 cidades, a pior situação para cárie dentária aparece entre as pessoas de menor renda e com pouco acesso a serviços de saúde. Para o grupo da faixa etária de 6-9 anos, o índice CPO-D encontrado foi de 2,68 dentes cariados, e para o grupo etário de 10-12 anos, 5,56 dentes cariados (BRASIL, 1989). Em 1996, dez anos depois desse levantamento, outro estudo realizado pelo Ministério da Saúde nas capitais brasileiras, pesquisando somente a cárie dental entre escolares de 6 a 12 anos, apresentou uma redução de cárie em torno de 53,9% na população estudada (Brasil, 1999).

Atualmente os índices de carie dentária no Brasil, ainda revelam níveis preocupantes, principalmente na região Nordeste, embora o país tenha saído de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 para uma condição de baixa prevalência em 2010 (Brasil, 2011).

O Projeto SB Brasil, no Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, ano 2003, constatou que 27% das crianças de 18 a 36 meses possuem pelo menos um dente cariado e quase 60% das crianças menores de 5 anos apresentavam cárie (BARROS, 2007).

Diversos estudos epidemiológicos têm permitido o monitoramento da experiência de cárie em crianças no Brasil (PERES *et al.*, 2000; TRAEBERT *et al.*, 2001; GOMES *et al.*, 2004; COSTA *et al.*, 2010). De acordo com a segunda Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente 2010 (2011) que divulgou resultados recentes sobre a situação da Saúde Bucal dos brasileiros, a cárie dentária continua sendo o principal problema que acomete, sobretudo, as crianças, e que atenção especial

deve ser dada à dentição decídua, pois o ataque de cárie em crianças de cinco anos foi em média de 2,3 dentes, desses, menos de 20% estavam tratados no momento em que os exames epidemiológicos foram realizados.

Em 2003 a média nessa idade era de 2,8 dentes afetados – uma redução, portanto, de apenas 18% em sete anos. Além disso, a proporção de dentes não tratados se manteve no mesmo patamar de 80% (BRASIL, 2011). Com relação ao município de Patos-PB, dados da SEMUSA (Secretaria de Saúde do Município), demonstram que a experiência de cárie da população, CPO – D aos 12 anos está em torno de 3,4. Esse dado está muito acima da média brasileira, que é de 2,1 (BRASIL, 2011).

Deve-se, indiferentemente dos outros fatores até o momento apresentados, ressaltar a influência que a Universidade tem com a sociedade, sendo essa uma atuante indissolúvel na questão social. Desse modo percebe-se a necessidade de interferência por parte da Universidade no contexto da saúde bucal fazendo com que haja a identificação da problemática e disseminação da informação, proporcionando desenvolvimento de ações baseadas nas reais necessidades em saúde bucal da população (ANTUNES, 2007).

Sendo assim, projetos que promovem informação acerca da condição de saúde da população, em especial grupos populacionais inseridos no fenômeno epidemiológico chamado polarização da cárie dentária (NARVAI *et al.*, 2006), são importantes para desenvolvimento de ações educativas com modelos ancorados em práticas multidirecionais, e na formação de agentes “multiplicadores” do saber, almejando-se assim uma perspectiva transformadora nos quadros da doença.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. F.; CANGUSSU, M. C. T.; CHAVES, S. C. L.; SILVA, D. I. de C.; SANTOS, S. C. Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. **Revista brasileira de saúde materno infantil**. Recife, v. 9, n. 3, p. 247-252, set, 2009.

ALVES, A. C.; NOGUEIRA, R. D.; STIPP, R. N.; PAMPOLINI, F.; MORAES, A. B. A.; GONÇALVES, B. R., et al. Prospective study of potential sources of Streptococcus mutans transmission in nursery school children. **Journal of Medical Microbiology**. London, v. 58, n.4, p. 476-481, abril, 2009.

ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A.; MELLO, T. R. de C. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.79-87, mar. 2006a.

ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A.; FRAZÃO, P. Cárie dentária. In: ANTUNES, J. L. F, PERES, M. A, CRIVELLO JÚNIOR O. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006b.

ANTUNES, L. S; ANTUNES, L. A. A.; SORAGGI, M. B. S.; CORNIVO, M. P. F. Conhecimento dos profissionais da educação infantil sobre saúde bucal: um estudo qualiquantitativo. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 43, n. 02, p. 42-47, abr-jun, 2007.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n.2, p.360-5, abril, 2010.

BARROS, C. M. S. Manual técnico de educação em Saúde Bucal. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 132p. 2007.

BRASIL _____. **Brasil Sorridente**. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/cnsb/brasil_sorridente.ph >. Acesso em: 08 fevereiro 2014.

BRASIL _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL _____. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Divisão Nacional de Saúde Bucal 1989. Disponível em: <<http://drt2001.saude.gov.br>>. Acesso em: 08 fevereiro 2014.

BRASIL _____. **Portal da saúde**. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php >. Acesso em: 08 fevereiro 2014.

BRASIL _____. **Portaria GM/MS Nº 1.886**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL _____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação de Serviços de Saúde Pública. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal**. Brasil, Zona Urbana, 1998. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília. 1999.

BRASIL. _____. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004^a. Disponível em: <<http://drt2001.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 dezembro. 2013.

BRASIL _____. Ministério da Saúde: **HumanizaSUS documento base**. 2004b. Disponível em: < in www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 10 março. 2013.

BRASIL. _____. **Portaria GM/MS Nº 399**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. _____. **Programa de Saúde na Escola. Decreto Nº 6.286**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 22 novembro. 2013

BRASIL _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Relatório Parcial de Resultados do **Projeto SB Brasil 2010**: Nota para a Imprensa. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARVALHO, T. H. L.; PINHEIRO, N. M. S.; SANTOS, J. M. A.; COSTA, L. E. D.; QUEIROZ, F. S.; NÓBREGA, C. B. C. Estratégias de promoção de saúde para crianças em idade pré-escolar do município de Patos-PB. **Revista de odontologia da Unesp**. Araraquara, v.42 n.6 p.426-431, nov-dec, 2013.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 17 maio. 2014.

COSTA, D. P.; MOTA, A. C. de M.; BRUNO, G. de B.; ALMEIDA, M. E. L. de. FONTELES, C. S. R. Desnutrição energético-protéica e cárie dentária na primeira infância. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 23, n. 1, 119-126, fev, 2010.

DE ALENCAR, C. R. B.; CAVALCANTI, A. L.; BEZERRA, P. K. M. Perda precoce de dentes decíduos: etiologia, epidemiologia e conseqüências ortodônticas. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**. Ponta Grossa, v.13, n.1/2, p.29-37, mar./jun. 2007.

FRAZAO, P. Custo-efetividade da escovação dental supervisionada convencional e modificada na prevenção da cárie em molares permanentes de crianças de 5 anos de idade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p.281-290, fev, 2012.

FUKS, A. B.; STEINBOCK, N.; ZADIK, D. The influence of social and ethnic factors on dental care habits and dental anxiety: a study in Israel. **International Journal of Paediatric Dentistry** Hong Kong, v.3, n.1, p.3-7, mar, 1993.

GARCIA, I. F.; LÓPEZ, B. M. M.; NUÑO, M. F. Importancia de los dientes temporales. Su cronología de erupción. **Revista Pediatría de Atención Primaria**. Barcelona, v.5, n.1, p.439-445, 2003.

GOMES, V. E.; WADA, R. S.; CURY, J. A.; SOUSA, M. da L. R. de. Concentração de chumbo, defeitos de esmalte e cárie em dentes decíduos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 5, p.1-6, out, 2004.

LIMA, J. E. de O. Programa preventivo da cárie dentária baseado no controle mecânico da placa bacteriana em crianças, por meio da profilaxia profissional periódica: Resultados após 25 anos de acompanhamento. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**. Maringá, v. 14, n. 3, p.44-51, maio-jun, 2009.

MENEZES-OLIVEIRA. M. A. H. **Comparação dos aspectos morfológicos e químicos de esmalte e dentina de dentes decíduos e permanentes**. Tese (Doutorado). Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2009.

NARVAI P. C.; FRAZÃO P.; RONCALLI A. G.; ANTUNES J. L. F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington, v. 19, n.6, p.385-393, June, 2006.

NICKELI, D. A.; LIMAI, F. G.; DA SILVAIII, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 241-246, Feb, 2008.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Levantamentos básicos em saúde bucal**. 4 ed. São Paulo: Santos, 1999.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Séries**. Bahia, v.1, n.1, p.1-21, maio, 2011.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n.1, p.121-130, out. 2004.

PERES, K. G. A.; BASTOS, J. R. M; LATORRE, M. R. D. O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 4, p. 402-408, ago. 2000.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 6ª ed. São Paulo: Editora Santos, 2008.

PIAZZAROLO, R. de C. M. Levantamento epidemiológico para o planejamento das ações em saúde bucal de uma equipe saúde da Família de Governador Valadares. P.9, Governador Valadares: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

PORDEUS, I. A.; PAIVA, S. M. **Odontopediatria**. 1 ed. São Paulo: artes médicas, 2014.

RIBEIRO, N. M. E.; RIBEIRO, M. A. S. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. **Journal of Pediatrics**. Porto Alegre, v. 80, n. 5, p.199-210, nov, 2004.

SKEIE, M. S.; RAADAL, M.; STRAND, G. V.; ESPELID, I. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age – a longitudinal study. **International Journal of Paediatric Dentistry**. Hong Kong, v.16, n.3,p.152-60, may,2006.

SOUZA, M. I. C; SEGAL, M. T; MEDEIROS, U. V; BARBOSA, A. R. S. Potencial cariogênico dos xaropes infantis para doenças respiratórias prolongadas. **Jornal brasileiro de odontopediatria & odontologia do bebê**. Curitiba, v. 5 n.25 p.209-214,maio-jun, 2002.

SILVA, R. H. A.; BASTOS, J. R. de M.; MENDES, H. J.; CASTRO, R. F. M. de.; CAMARGO, L. M. A. Cárie dentária, índice periodontal comunitário e higiene oral em população ribeirinha. **Revista Gaúcha de odontologia**. Porto Alegre, v. 58, n. 4, p.457-462, out-dez, 2010.

TOMITA, N. E.; BIJELLA, V. T.; LOPES, E. S.; FRANCO, L. J. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 30, n. 5, p.413-420, mar,1996.

TRAEBERT, J. L.; PERES, M. A.; GALESSO, E. R.; ZABOT, N. E.; MARCENES, W. Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, n. 3, p.283-288, jun. 2001.

WALTER, L. R. de F.; LEMOS, L. V. F. M.; MYAKI, S. I.; ZUANON, A. C. C. **Manual de odontologia para bebês**. São Paulo: artes médicas, 2014.

3 ARTIGO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE EM CRIANÇAS DE 5 ANOS NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF TOOTH DECAY IN 5 YEARS OLD CHILDREN IN THE CITY OF PATOS-PB

Evelinne Costa de Freitas ¹

Mariana Gil Gomes Medeiros de Araújo ¹

João Nilton Lopes de Sousa ²

Carolina Bezerra Cavalcanti Nóbrega³

¹Acadêmica de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande

²Prof. Msc. do curso de bacharelado em Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande

³Profa. Dra. do curso de bacharelado em Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande

Autor Responsável:

Carolina Bezerra Cavalcanti Nóbrega

Universidade Federal de Campina Grande- UFCG

Unidade acadêmica de Ciências Biológicas- UACB

Av. Universitária S/N Bairro Santa Cecília- Patos/PB Caixa Postal 61,CEP:58708-110

Telefone: (83) 3423-9713 (83) 3511-3000 / Fax: (83) 3423-9537

Email: carolbcnobreaga@gmail.com

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi verificar a prevalência de cárie em 319 crianças de 05 anos matriculadas em estabelecimentos de ensino público do município de Patos- PB, por meio de exames clínicos, para identificação de superfícies cavitadas, índice ceo-d (decíduos cariados, extração indicada, obturados) e necessidade de tratamento, utilizando os critérios preconizados pelo segundo levantamento nacional em saúde bucal do Brasil. Atividades de promoção de saúde, bem como coleta de dados socioeconômicos também foram realizadas. De acordo com os resultados obtidos, o ceo-d do município foi de 3,6. As áreas avaliadas foram: Santa Gertrudes, Frei Damião, Belo Horizonte, Jatobá, São Sebastião e São José do Bonfim, com médias ceo-d de 4,7; 4,1; 4,0; 3,5; 2,9; e 2,5 respectivamente, tendo predominância do componente cariado (3,4). Segundo os dados socioeconômicos, verificou-se que a maioria das crianças moram com pai e mãe (73,8%), possui uma renda familiar mensal menor que 1 salário mínimo (85,7%) e tem escova na escola/creche (88,2%). Com base nos resultados apresentados observou-se uma tendência de polarização da doença no município e uma necessidade de implantação de programas de saúde bucal que beneficiem as crianças desta faixa etária com ações que visem modificar esse perfil em saúde.

Palavras-chave: Cárie Dentária, Dente Decíduo, Determinantes Sociais da Saúde, Inquéritos Epidemiológicos, Pré-Escolar.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the prevalence of caries in 319 children aged 05 years enrolled in public education establishments in the municipality of Patos- PB through clinical examinations for identification of cavitated dental surfaces, ceo-d (decayed deciduous extraction indicated, filled) and need for treatment, using the criteria recommended by the second national survey of oral health in Brazil. Health promotion activities, as well as collecting socioeconomic data were also performed. According to the results, the ceo-d of the municipality was 3.6. The Santa Gertrudes, Frei Damião, Belo Horizonte, Jatobá, São Sebastião and São José do Bonfim evaluated areas obtained mean ceo-d of 4.7; 4.1; 4.0; 3.5; 2.9; and 2.5 respectively with predominance of the decay component (3.4). According to the socioeconomic data, it was found that the majority of children live with both parents (73.8%), have a total income of less than one minimum wage (85.7%) and have tooth brush at school/daycare (88.2%). Based on the presented results we observed a trend of polarization of the disease in the city and a need to implement oral health programs that benefit children in this age group with actions that are intended to modify this listing on health.

Keywords: Dental Caries. Deciduous tooth. Social Determinants of Health. Surveys. Preschool.

Introdução

A cárie dentária é o maior problema em saúde bucal do Brasil, afetando principalmente as dentições decídua e mista; sendo a principal causa de dor de dente, perda dentária, necessidade de tratamento e motivo de busca pelos serviços de saúde. Desta forma, faz-se necessário utilizar meios de promoção de saúde que busquem a redução nos níveis dessa patologia e possibilitem a permanência dos elementos dentários por períodos mais prolongados na cavidade bucal^{1,2}.

Diante da problemática acima apresentada, diversos projetos e ações em Saúde Coletiva para crianças estão ganhando foco, pois estudos comprovam que a melhoria do cuidado durante os anos pré-escolares e escolares podem reduzir a necessidade de procedimentos curativos futuros^{3,4,5,6}.

Levantamentos epidemiológicos também possuem fundamental importância, pois fornecem dados que estimam o estado de saúde bucal de uma determinada população enfatizando a necessidade ou não de ações que objetivem promover cuidados a saúde bucal, tornando-se um importante instrumento para o planejamento de ações de promoção de saúde⁷. Além disso, estes indicadores permitem frequentemente, o monitoramento da experiência de cárie em crianças no Brasil^{8,9,10,11}.

Em 2003 foi realizado o primeiro Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira em série histórica, onde se constatou que 27% das crianças de 18 a 36 meses possuem pelo menos um dente cariado e aproximadamente 60% das crianças menores de 5 anos têm cárie¹².

Baseado nesse contexto foi criado o Programa Brasil Sorridente, tendo como principal meta, avançar na melhoria da organização do sistema de atendimento, garantindo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, propondo um modelo que ofertasse

universalidade, integralidade e equidade, princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde no Brasil¹³.

Outro dado relevante foi encontrado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010, em que 46,6% das crianças aos 5 anos de idade possuem dentes cariados, 2,43 dentes, em média, com experiência de cárie, sendo 80% deles com predomínio do componenteariado, algo considerado preocupante, quando comparado as metas sugeridas pela Organização Mundial de Saúde para 2010, nas quais há indicação de que 90% das crianças com 5 anos, estejam livres de cárie¹⁴.

A pesquisa Nacional de Saúde Bucal- 2010 possibilitou averiguar a real situação da Saúde Bucal dos brasileiros, constatou que a cárie dentária continua sendo o principal problema que acomete, sobretudo, as crianças, e que atenção especial deve ser dada à dentição decídua. Em 2003 a média nessa idade era de 2,8 dentes afetados havendo, portanto, uma redução, de apenas 18% em sete anos. Além disso, a proporção de dentes não tratados se manteve no mesmo patamar de 80%¹⁴.

Atualmente, os índices de carie dentária no Brasil, revelam níveis preocupantes, principalmente na região Nordeste, embora o país tenha saído de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 para uma condição de baixa prevalência em 2010⁸. Em relação ao município de Patos-PB, dados da SEMUSA (Secretaria de Saúde do Município), demonstram que a média de CPO – D (número de dentes cariados, perdidos ou com extrações indicadas e obturados), na faixa etária de 12 anos, está em torno de 3,4. Levando-se em consideração o contexto histórico brasileiro, pode-se afirmar que esse dado está bem acima da média brasileira, que é de 2,1 ¹⁴.

De acordo com o exposto, o objetivo principal desta pesquisa foi traçar um perfil epidemiológico de cárie dentária, para crianças de 5 anos de idade, matriculadas em estabelecimentos públicos de ensino no município de Patos/PB.

Métodos

O estudo foi do tipo transversal e censitário e o projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos das Faculdades Integradas de Patos, sob protocolo 101/2012 sendo desenvolvido em creches e escolas da Rede Pública do Município de Patos-PB, previamente autorizadas, abrangendo as zonas urbana, rural e distritos.

A rede conta com 48 escolas de ensino público com crianças na faixa etária de 05 anos, matriculadas. As escolas e creches encontram-se distribuídas em pontos equidistantes da cidade em 6 áreas: Jatobá (11), Frei Damião (7), Belo Horizonte (7), São Sebastião (8), São José do Bonfim (14- área que inclui zona rural) e Santa Gertrudes (1- distrito). Vale ressaltar que na zona rural foram selecionadas apenas as escolas/creches que possuíam um número significativo de crianças.

As áreas abrangem todo o planejamento estratégico da Secretaria de Educação do município, incluindo assim as diversas realidades da população estudada. Para definição do número de crianças com cinco anos completos foram realizadas visitas as escolas e creches para coleta dos nomes de cada criança com respectivas datas de nascimento.

A população foi composta por 319 crianças de ambos os sexos, regularmente matriculadas na rede pública do município de Patos-PB, com 05 anos completos e que tiveram TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) assinado pelos respectivos responsáveis.

Um estudo piloto foi desenvolvido com o intuito de validar o questionário e o modelo de exame clínico e os exames foram realizados com exemplificação dos procedimentos para as crianças e os responsáveis, utilizando-se de uma linguagem simples, direta e lúdica de acordo com o nível de conhecimento e faixa etária de cada indivíduo.

Previamente ao início do levantamento epidemiológico, foi realizada a calibração da examinadora. Nesta etapa, foram avaliadas 20 crianças com faixa etária de cinco anos,

escolhidas aleatoriamente. Os exames foram realizados em ambiente com luz natural, por meio da análise direta na cavidade bucal.

A calibração foi feita em três creches localizadas em pontos equidistantes, apresentando realidades sociais distintas. Os dados foram inseridos em fichas clínicas específicas, conforme os critérios utilizados na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010. As fichas foram preenchidas por um examinador e um padrão ouro, para posterior cálculo do índice Kappa.

O índice Kappa é um índice de concordância intra e interexaminadores, com valor mínimo aceitável de 0,65¹⁴. Os índices kappa intra e interexaminador encontrados após a calibração foram de 1,0 e 0,98 respectivamente.

Durante o levantamento, foram coletados dados socioeconômicos, por meio de entrevista estruturada simples e direta e dados clínicos, verificando a experiência de cárie por meio do ceo-d, e necessidade de tratamento, conforme requisitos preconizados pelo SB Brasil 2010/MS¹⁴.

Após a coleta de dados, foi realizada uma análise descritiva, com apresentação dos resultados em tabelas por meio do programa Microsoft Office Excel 2013[®].

Ao longo do projeto foram realizadas também atividades complementares como: Atividades educativas sobre saúde coletiva, escovação supervisionada e aplicação de questionário socioeconômico e de saúde bucal aos pais/responsáveis.

Resultados

É possível observar na tabela 1, o índice ceo-d, o percentual de crianças examinadas e o percentual de crianças de acordo com tempo de permanência na escola. Após análise dos dados, verificou-se que: o Distrito de Santa Gertrudes apresentou o ceo-d mais elevado (4,7) e a área de São José do Bonfim o ceo-d mais reduzido (2,5). As áreas Frei Damião, Belo Horizonte, Jatobá e São Sebastião, apresentaram índices de 4,1, 4,0, 3,5 e 2,9 respectivamente, qualificando o índice do município em 3,6. Importante enfatizar que o número de crianças livres de cárie foi de 101 crianças o que corresponde a 31,6% do total da amostra.

Com relação ao número percentual de crianças examinadas, verificou-se que a maioria delas estava matriculada na área Belo Horizonte (25,7%) e um número menor de discentes encontrava-se na área de São José do Bonfim (2,5%). De acordo com o tempo de permanência na escola, observa-se que no distrito de Santa Gertrudes e na área São José do Bonfim todas as crianças examinadas estudavam em meio período (100%).

Tabela1. Índice ceo- d, Número de crianças (%) e tempo de permanência na escola (%) por Área

Área	ceo-d	% de Crianças	% Período Integral	% Meio Período
Santa Gertrudes	4,7	9,4	0,0	100
Frei Damião	4,1	21	4,5	95,5
Belo Horizonte	4,0	25,7	25,6	74,4
Jatobá	3,5	23,2	18,9	81,1
São Sebastião	2,9	18,2	17,2	82,2
São José do Bonfim	2,5	2,5	0,0	100

Patos	3,6	100	11,0	89,0
--------------	------------	------------	-------------	-------------

Na tabela 2 pode-se observar a distribuição do índice ceo-d e dos seus respectivos componentes: cariados, extração indicada e obturados, de acordo com a área de abrangência. Verificou-se a predominância de quase 96% do componente cariado no índice médio municipal (3,6) já que os elementos restaurados sem cárie e com extração indicada possuíram valores mínimos.

Tabela 2. Distribuição do índice ceo-d e dos seus componentes de acordo com a área de abrangência.

Área	ceo-d	Coroa cariada	Extração indicada	Restaurado com cárie	Restaurado sem cárie	Cárie
Santa Gertrudes	4,7	4,4	0	0,1	0,1	4,5
Frei Damião	4,1	3,8	0,1	0,2	0,1	4,0
Belo Horizonte	4,0	3,9	0	0	0,1	3,9
Jatobá	3,5	3,3	0,1	0,1	0,1	3,4
São Sebastião	2,9	2,8	0	0	0,1	2,8
São José do Bonfim	2,5	2,5	0	0	0	2,5
Patos	3,6	3,4	0	0,1	0,1	3,5

Observa-se na tabela 3, os dados de necessidade de tratamento para dentes hígidos. Essa avaliação foi inserida no estudo, para suprimir a limitação de verificação de cárie apenas em superfícies cavitadas, o que exclui atividade de cárie em fases iniciais, ou seja, manchas brancas ativas. Analisando os dados pode-se verificar que a área Frei Damião possui uma maior necessidade de remineralização dos dentes decíduos (1,2) quando comparada as outras áreas.

Tabela 3. Médias de dentes hígidos e dentes com necessidade de remineralização

Área	Sem Tratamento (Hígido)	Remineralização
Santa Gertrudes	14,7	0,2
Frei Damião	14,4	1,2
Belo Horizonte	15,5	0,3
Jatobá	14,7	0,7
São Sebastião	13,5	0,9
São José do Bonfim	16,3	0
Patos	14,8	0,5

Na tabela 4, pode-se verificar que São José do Bonfim apresenta-se como a área que possui a maior média de dentes sem a necessidade de tratamento (17,5) e menor ceo-d (2,5) enquanto Santa Gertrudes representou a área com maior necessidade de tratamento restaurador (restaurações de 1 superfície = 1,8 e restaurações de 2 superfícies = 2,6) possuindo o maior ceo-d (4,7). As áreas Jatobá, Frei Damião e São Sebastião apresentaram os maiores índices de necessidade de extração.

Tabela 4. Médias de necessidade de tratamento

Área	Nenhum	Rest. 1 sup.	Rest. 2 sup.	Co-roa	Face-ta	Trat. Pulpar	Extração	Re-min.	Selante	Sem infor.
Santa Gertrudes	14,7	1,8	2,6	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,8
Frei Damião	14,4	1,0	2,4	0,0	0,0	0,2	0,4	1,2	0,0	0,5
Belo Horizonte	15,5	1,5	2,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,0	0,4
Jatobá	14,7	1,4	1,5	0,0	0,0	0,1	0,4	0,7	0,0	0,8
São Sebastião	15,2	1,4	1,4	0,1	0,0	0,1	0,4	0,9	0,0	0,9

São José do Bonfim	17,5	0,8	1,6	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Patos	15,3	1,3	1,9	0,0	0,0	0,1	0,3	0,5	0,0	0,6

Na tabela 5 verificam-se os valores percentuais segundo relação familiar, renda e presença de escova na escola. Os dados apresentados possibilitam afirmar que a maioria das crianças mora com pai e mãe (73,8%), possui uma renda familiar mensal menor que 1 salário mínimo (85,7%) e tem escova na escola/creche (88,2%).

Tabela 5. Valores percentuais segundo relação familiar, renda e presença de escova na escola.

Área	ceo-d	% pai e mãe	% só pai	% só mãe	%avós	% < 1 salário	% = 1 salário	% > 1 salário	% com escova	% sem escova
Santa Gertrudes	4,7	80	6,6	6,6	6,6	73,3	3,3	23,3	100	0
Frei Damião	4,1	81	2,9	4,5	5,4	86	2,0	10	80	18,3
Belo Horizonte	4,0	76,7	0	7,9	9,4	93,3	2,0	25	89,9	8,1
Jatobá	3,5	58,4	0	15,7	14,5	88,6	4	5,7	76	13
São Sebastião	2,9	46,6	2,5	13,3	17	72,8	9,3	14,3	95,4	1,5
São José do Bonfim	2,5	100	0	0	0	100	0	0	87,5	12,5

Discussão

Segundo os dados obtidos na tabela 1, pode-se verificar que todos os resultados encontrados estão acima da média brasileira, que é de 2,43¹⁴. Entretanto, estes resultados, estão de acordo com os dados do Ministério da Saúde e Hoffmann et al.¹⁵ os quais apontam que mais da metade das crianças na faixa etária de 05 anos, já tiveram experiência de cárie.

Cypriano et al.¹⁶, avaliaram a saúde bucal de pré-escolares em Piracicaba –SP, verificando que 44,3% de crianças estavam livres de cárie aos 5 anos. O índice de cárie para a dentição decídua (ceo-d) foi de 2,64 aos cinco anos sendo este inferior ao encontrado no município de Patos-PB. Isto pode ser explicado pelo fato de o município de Piracicaba possuir um sistema complementar de controle da cárie dentária que é a fluoretação das águas de abastecimento na região¹⁷.

Lucas et al.¹⁸, realizaram um estudo sobre variações nos índices de cárie dentária entre crianças de 5 e 12 anos no estado de Minas Gerais e concluiu que apenas 9,2% dos 65 municípios considerados na pesquisa, alcançaram a meta de saúde bucal para o ano 2000. Vale ressaltar que no município de Patos, o número de crianças livres de cárie foi de 101 o que corresponde a 31,6% do total da amostra.

Para tentar justificar os elevados índices de cárie encontrados neste estudo, buscou-se associar o ceo-d com o período de permanência da criança na escola. Segundo à Secretaria de Educação do município, a alimentação em todos os estabelecimentos de ensino é orientada por nutricionista, desta forma, supôs-se que a dieta adotada pela escola seria aquela com uma menor quantidade de açúcares. Entretanto, os dados foram contraditórios ao esperado, já que a área que apresentou o maior percentual de crianças estudando em período integral, possuiu um índice ceo-d bastante elevado (4,0). Este fato pode estar mais associado a ausência de

incentivo a escovação dentro dos estabelecimentos de ensino, do que propriamente a alimentação da criança ¹⁹.

Ratificando essa afirmativa verificou-se que o distrito de Santa Gertrudes onde 100% das crianças possuem escova, apresentou o maior ceo-d da área. Corroborando com esses achados, Gitirana et al.²⁰, observou que a motivação e o incentivo à higiene bucal, após a utilização de programa de educação odontológica escolar, diminuem o índice de placa das crianças, o que deve influenciar na susceptibilidade à cárie.

Verificando-se os dados das áreas que apresentaram maior e menor ceo-d, Santa Gertrudes e São José do Bonfim, respectivamente, observa-se que na área com elevado índice de cárie, todas as crianças permaneciam apenas meio período, o mesmo perfil foi encontrado na área com menor ceo-d, indicando uma ausência de associação do fator permanência na escola com o perfil de cárie da criança.

A partir da decomposição do índice em elementos cariados, com extração indicada e/ou obturados, pode-se afirmar que, o ceo-d do município está praticamente resumido a condição de cárie dentária (3,5), apresentando índices de lesões não tratadas superior aos valores encontrados no segundo Levantamento Nacional em Saúde Bucal⁸. Azevêdo et al. ²¹, observou que a composição do índice ceo-d, relativo às crianças de 5 anos residentes no município de Bayeux/PB, possuiu os seguintes percentuais: 96,5% para cariado; 1,8% para obturado e cariado, 1,5% para obturado e 0,1% para extração indicada, o que corrobora com os valores encontrados no presente trabalho. Este dado pode estar associado a ausência de programas preventivos para esta população, assim como a mitificação da doença, visto que, a dentição decídua ainda é vista como algo temporário ²².

Verificou-se também uma tendência a polarização da doença na área de Santa Gertrudes, área com o menor número de crianças (9,4%) e o maior valor de ceo-d.

Corroborando com este achado, Cardoso et al. ²³, realizaram um estudo sobre polarização da cárie em um município sem água fluoretada e observou que 37% das crianças concentravam 70% da doença, evidenciando o fenômeno da polarização, onde uma pequena parcela da população concentra a maior parte da doença e das necessidades de tratamento.

Outro fator observado foi que a área de São José do Bonfim, aonde se localiza a zona rural, apresentou o menor ceo-d. Os índices das áreas localizadas na zona urbana variaram de 2,1 a 4,9, sendo a área de São Sebastião a apresentar o menor valor de índice. Um dos fatores que pode estar associado a este resultado é a condição de extrema pobreza apresentada nessa região, o que leva a maioria das crianças a não ter acesso muitas vezes a alimentação de base. Fadel ²⁴, por meio de seu estudo de revisão sobre o impacto da dieta na etiologia da cárie precoce evidenciou uma prática alimentar negligente, com o uso desfavorável do açúcar e ainda uma forte correlação da cárie dental com padrões socioculturais familiares em crianças de até três anos e ressaltou a prática de alimentação infantil como uma variável de comportamento que apresenta maior interação no desenvolvimento da cárie dental na primeira infância

O que também foi observado nesse estudo foi a possível não relação entre experiência de cárie e necessidade de tratamento de lesões iniciais, o que evidencia que índices elevados de experiência passada de cárie, não estão necessariamente relacionados a história atual da doença ²⁵. Este fato pode ser comprovado ao observar que a área de Santa Gertrudes apresentou o maior ceo-d do município (4,7), porém dentes com baixa necessidade de remineralização (0,2).

De acordo com os resultados encontrados, para necessidade de tratamento, verifica-se que há uma maior prevalência de restauração de 2 superfícies (9,5%), restauração de 1 superfície (6,5%) e remineralização de superfícies (2,5%). Barros ²⁶, analisou a necessidade de tratamento para a cárie dentária, em crianças/adolescentes do programa de erradicação do

trabalho infantil da comunidade Santa Clara, João Pessoa/PB observando que há um predomínio em primeiro lugar da “Restauração de 1 superfície” (4,4%), “Restauração de 2 ou mais superfície” (3,5%), seguida da extração (1,1%) e “Tratamento Pulpar + restauração” (0,1%). Observa-se, portanto que a severidade da doença é menor em grandes centros, o que pode ser explicado por um perfil de resolutividade em saúde mais adequado em cidades maiores, quando comparadas a cidades de médio ou pequeno porte ²⁷.

Associando o índice ceo-d a relação familiar pode-se observar que a área São José do Bonfim apresentou um dos menores índices ceo-d (2,9) e 17% das crianças examinadas moram com os avós. Isto pode estar relacionado ao fato de que os avós possuem uma carga de trabalho reduzida quando comparada aos pais, dedicando mais tempo aos cuidados com a higiene bucal dos netos ²⁸.

Com relação ao fator renda familiar este estudo não apresentou relação entre este indicador e valores de ceo-d nas áreas estudadas. Esse fato pode está associado muito mais a outros indicadores presentes dentro da etiologia complexa da cárie, do que propriamente ao fator renda familiar, tendo em vista o perfil semelhante de renda entre todas as áreas ²⁹.

Com base nos resultados apresentados, pode-se inferir que este estudo possibilitou conhecer a real necessidade de atenção em saúde das crianças na faixa etária de 05 anos, do município de Patos-PB, verificando-se assim presença de ceo-d alto, predominância do componente cariado com conseqüentemente grande necessidade de tratamento restaurador e tendência de polarização da doença. Verifica-se também uma necessidade de implantação de programas de atenção à saúde que beneficiem as crianças desta faixa etária com ações que visem modificar o panorama atual em saúde bucal no município.

Colaboradores

EC Freitas trabalhou como examinadora, MGG Araújo, trabalhou como anotadora dos dados, CBC Nóbrega trabalhou na concepção, coordenação do projeto e na redação final do manuscrito e JNL Sousa trabalhou no desenvolvimento da calibração e elaboração do questionário.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Educação do município de Patos PB pela viabilização da logística do estudo e a Secretaria Municipal de Saúde do município de Patos PB, pelo apoio material, por meio do fornecimento do instrumental utilizado na pesquisa (sondas OMS, espelhos bucais).

Referências

1. Carvalho THL, Pinheiro NMS, Santos JMA, Costa LED, Queiroz FS, Nóbrega CBC. Estratégias de promoção de saúde para crianças em idade pré-escolar do município de Patos-PB. *Rev Odontol UNESP* 2013; 42(6): 426-431.
2. Pordeus IA, Paiva SM. *Odontopediatria*. 1ª Edição. São Paulo, Artes médicas; 2014.
3. Viegas Y, Viegas AR. Análise dos dados de prevalência de cárie dental na cidade de Campinas, SP, Brasil, depois de dez anos de fluoração da água de abastecimento público. *Rev Saude Publica* 1974; 8(4):399-409.
4. Almeida TF, Cangussu MCT, Chaves SCL, Silva DIC, Santos SC. Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. *Revista brasileira de saúde materno infantil* 2009; 9(3): 247-252.
5. Lima JEO. Programa preventivo da cárie dentária baseado no controle mecânico da placa bacteriana em crianças, por meio da profilaxia profissional periódica: Resultados após 25 anos de acompanhamento. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2009; 14(3):44-51.
6. Frazao P. Custo-efetividade da escovação dental supervisionada convencional e modificada na prevenção da cárie em molares permanentes de crianças de 5 anos de idade. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(2):281-290.
7. Silva RHA, Bastos JRM, Mendes HJ, Castro RFM, Camargo LMA. Cárie dentária, índice periodontal comunitário e higiene oral em população ribeirinha. *RGO* 2010; 58(4):457-462.
8. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(4):402-408.
9. Traebert JL, Peres MA, Galesso ER, Zabot NE, Marcenes W. Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(3):283-288.
10. Gomes VE, Wada RS, Cury JA, Sousa MLR. Concentração de chumbo, defeitos de esmalte e cárie em dentes decíduos. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5):1-6.
11. Costa DP, Mota ACM, Bruno GB, Almeida MEL, Fonteles CSR. Desnutrição energético-protéica e cárie dentária na primeira infância. *Revista de Nutrição* 2010; 23(1): 119-126.
12. Barros CMS. Manual técnico de educação em Saúde Bucal. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 132p. 2007.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente. [acessado 2014 fev 08]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/cnsb/brasil_sorridente.ph .

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Relatório Parcial de Resultados do Projeto SB Brasil 2010: Nota para a Imprensa. Brasília: 2011.
15. Hoffmann RHS, Cypriano S, Sousa MLR, Wada RS. Experiência de cárie dentária em crianças de escolas públicas e privadas de um município com água fluoretada. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2):522-528.
16. Cypriano S, Sousa MLR, Rihs LB, Wada RS. Saúde bucal dos pré-escolares, Piracicaba, Brasil, 1999. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(2):247-53
17. Santos MGC, Santos RC. Fluoretação das Águas de Abastecimento Público no Combate à Cárie Dentária. *RBCS* 2011; 15(1): 75-80.
18. Lucas SD, Portela MC, Mendonça LL. Variações no nível de cárie dentária entre crianças de 5 e 12 anos em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1): 55-63.
19. Melo MMDC, Souza WV, Lima MLC, Braga C. Fatores associados à cárie dentária em pré-escolares do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(3):471-485.
20. Gitirana VFD, Lopes G, Lemos S, Rego MC. Avaliação de programa de educação odontológico escolar, em crianças de 4 a 5 anos de idade. *Rev biociênc.* 2003; 9(4): 47-51.
21. Azevedo AC, Valença AMG, Neto EAL. Perfil epidemiológico da cárie dentária em escolares de 5 e 12 anos residentes no Município de Bayeux. *Arq odontol* 2012; 48(2):68-75.
22. Naidu R, Prevatt I, Simeon D. The oral health and treatment needs of schoolchildren in Trinidad and Tobago: findings of a national survey. *Int J paediatr dent* 2006; 16(1):412-418.
23. Cardoso L, Rösing C, Kramer P, Costa CC, Costa Filho LC. Polarização da cárie em município sem água fluoretada. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(1):237-243.
24. Fadel CB. Cárie dental precoce: qual o verdadeiro impacto da dieta em sua etiologia? *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde* 2003; 9(3/4):83,89.
25. Pinto PK, Fenner PAH. Prevalência e severidade de cárie dentária e necessidade de tratamento em escolares no município de Novo Xingu- Rio Grande do Sul, 2010 [dissertação]. Porto Alegre (RGS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
26. Barros AEB. Avaliação das condições de saúde bucal de crianças/adolescentes do programa de erradicação do trabalho infantil da comunidade santa clara, João Pessoa/PB [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2010.
27. Campos FE, Aguiar RAT, Oliveira VB. O desafio da expansão do programa de saúde na família nas grandes capitais brasileiras. *Rev. Saúde Coletiva* 2002; 12(1):47-58.
28. Souza RG. Avaliação do comportamento da avó com relação à saúde bucal do neto [tese]. Belo Horizonte: Escola de aperfeiçoamento Profissional para obtenção de grau de Especialista. Associação Brasileira de Odontologia -MG. 93p. tab. 2005.

29. olak H, Dülgergil CT, Dalli1 M, Hamidi MM. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *Journal of Natural Science Biology and Medicine* 2013; 4(1):29-38.

Legendas

Av.	Avenida
Ceo-d	Número de dentes decíduos cariados, com extração indicada e obturados
CPO-D	Número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
Dra.	Doutora
Infor.	Infor.
Kappa	Medida de concordância intra e entre-observador
MS	Ministério da Saúde
MSc.	Mestre
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paraíba
Prof.	Professor
Remin.	Remineralização
Rest.	Restauração
SB	Saúde Bucal
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde
Sup.	Superfície
S/N	Sem número
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Trat.	Tratamento
UACB	Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou conhecer a real necessidade de atenção em saúde das crianças na faixa etária de 05 anos, do município de Patos-PB, verificando-se assim presença de ceo-d alto, predominância do componente cariado e conseqüentemente grande necessidade de tratamento restaurador. Os dados apresentados levam a conclusão que há necessidade de implantação de programas de atenção a saúde que beneficiem as crianças desta faixa etária com ações que visem modificar o panorama atual em saúde bucal no município de Patos/PB.

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E DE SAÚDE BUCAL

- 1) Nome da Creche ou Escola:
- 2) Bairro e Área:
- 3) Nome da Criança:
- 4) Data de nascimento da Criança:

- 5) A criança mora com: () pai e mãe () apenas o pai () apenas a mãe
() avós () responsáveis.
Se for com responsáveis, Quem?

- 6) Qual é a média de renda na casa da criança:

- 7) A criança já participou de alguma atividade com o dentista ou sobre os dentes?
Sim () Não () Não sei ()
Se sim, quantas vezes:

- 8) Já foi realizada alguma atividade que deixe a criança com vontade de ir ao dentista ou de escovar os dentes?
Sim () Não () Não sei ()
Se sim, qual(is)?

- 9) As crianças têm escova de dentes e pasta na creche ou escola?
Sim () Não () Não sei ()

- 10) As crianças escovam os dentes depois de comer?
Sim () Não () Não sei ()
Se sim, quantas vezes?

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PAIS OU
RESPOSÁVEIS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar do Projeto Perfil Epidemiológico de Cárie em Crianças de 5 anos no Município de Patos- PB, realizado pela UFCG/FIP em parceria com a Secretaria de Educação de Patos/PB.

A participação da criança sob sua responsabilidade é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

O projeto contará com atividades educativas e de avaliações de cárie. Os pais ou responsáveis, também serão convidados a participar por meio de resposta a um questionamento simples e direto sobre dentes de leite. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados do projeto ajudarão muito a desenvolver políticas de saúde para crianças de 5 anos, prevenindo assim doenças bucais e permitindo o desenvolvimento de uma dentição permanente saudável.

Os riscos relativos à participação do menor nesse projeto são pequeno desconforto pela posição de exame e sensação temporária de boca seca pela abertura bucal para exame e os benefícios que o menor terá serão diretos, relativos ao desenvolvimento de motivação para bons hábitos e melhoria da saúde da boca.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome e do menor não serão identificados em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação no projeto, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se o menor sofrer algum dano comprovadamente decorrente desse projeto, ele terá direito a indenização.

Caso seja detectado algum problema de saúde bucal no menor que exija atendimento odontológico e que não possa ser realizado nas dependências da escola, o responsável será devidamente avisado e o menor encaminhado a uma Unidade de Saúde.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desse programa, poderá perguntar diretamente para professora responsável: Carolina Bezerra Cavalcanti Nóbrega, pelo telefone (83) 3511-3045 ou para a pesquisadora responsável: Evelinne Costa de Freitas, pelo telefone (83) 9645-2351.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Consentimento

Para Pais ou Responsáveis de menores de 18 anos

Declaro que compreendi os objetivos deste projeto, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos no Projeto Perfil Epidemiológico de Cárie em Crianças de 5 anos no Município de Patos- PB e declaro que autorizo a participação do menor abaixo especificado e a minha participação nas ações do referido projeto de pesquisa.

Data ____/____/____

Responsável

Nome em letra de forma e RG

Assinatura ou impressão
dactiloscópica

Pesquisador Responsável

Estou ciente do conteúdo do Projeto Perfil Epidemiológico de Cárie em Crianças de 5 anos no Município de Patos- PB e assumo o compromisso de cumprir os termos da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e das demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005)

Nome em letra de forma

Assinatura

APÊNDICE C

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa Envolvendo Seres Humanos


Título da Pesquisa		
Título: Perfil Epidemiológico de Cárie em Crianças de 5 Anos no Município de Patos– Pb		
Pesquisador Responsável: Evelinne Costa de Freitas		
Docente responsável: Carolina Bezerra Cavalcanti Nobrega		
Grupo CONEP:	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II
		<input checked="" type="checkbox"/> III

Eu, **Evelinne Costa de Freitas** responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução Nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde**, e em suas complementares (**Resoluções CNS/MS 240/1997, 251/1997, 292/1999, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/05 e 347/05**), e assumo, neste termo o compromisso de:

1. **Somente iniciar** a pesquisa **após sua aprovação** junto ao Comitê de Ética selecionado pelo CONEP e, nos casos assim previstos na Resolução CNS/MS 196/96;
2. Caso a pesquisa seja interrompida, informar tal fato ao CEP/FIP/PB (indicação CONEP), de forma justificada.
3. Na ocorrência de evento adverso grave comunicar imediatamente ao CEP/FIP/PB (indicação CONEP), bem como prestar todas as informações que me forem solicitadas.
4. Ao utilizar dados e/ou informações coletados no (s) prontuários do(s) sujeito(s) da pesquisa, ou material biológico estocado, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.
5. Destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.
6. Apresentar relatório final, sobre o desenvolvimento da pesquisa ao CEP/FIP/PB (indicação CONEP).

Patos, 12 de fevereiro de 2014.

 NOME
 Pesquisador Responsável


 NOME
 Docente Responsável

APÊNDICE D
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA SECRETARIA DE
EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PATOS-PB



TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Eu, Adalmira Marques da Silva Cajuz, Secretária de Educação do Município de Patos/PB, declaro que os alunos do Curso de Odontologia do CSTR/UFPG estão autorizados a realizar nas creches e escolas do município de Patos, o projeto de pesquisa “Perfil Epidemiológico de Cárie em Crianças de 5 anos no Município de Patos- PB”, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Carolina Bezerra Cavalcanti Nóbrega, cujo objetivo geral é “Verificar a incidência de cárie e necessidade de tratamento em crianças matriculadas em estabelecimentos de ensino público do município de Patos- PB ”

Ressalta-se que os responsáveis pelo projeto estão cientes de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde e resoluções complementares (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005):

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos.
- 2) Que não haverá riscos.

Informa-se ainda, que o projeto irá garantir aos envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça

Patos (PB), 22 de agosto de 2012.



Adalmira Marques da Silva Cajuz

Secretária de Educação do Município de Patos/PB

ANEXO A
CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS



FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

CERTIDÃO

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, em sua sessão realizada em 29 de novembro de 2012, após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado: **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE EM CRIANÇAS DE 5 ANOS NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB**. Protocolo número: 101/2012 da pesquisadora: **Carolina Bezerra Cavalcanti Nóbrega**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

Patos-PB, 11 de março de 2013.


FLAUBERT CIRILO JERÔNIMO DE PAIVA

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FIP

ANEXO B
FICHA DE EXAME CLÍNICO

Nº Ficha exame

IDENTIFICAÇÃO DA ESCOLA											
Nome da Escola:											
Turma:											
DADOS GERAIS											
Data de nascimento											
<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>									
CONDIÇÃO DA OCLUSÃO DENTÁRIA											
MÁ-OCCLUSÃO											
<input style="width: 50px; height: 40px;" type="checkbox"/>		<input style="width: 50px; height: 40px;" type="checkbox"/>		<input style="width: 50px; height: 40px;" type="checkbox"/>							
Chaves de Caninos		Sobressaliência		Sobremordida							
				Mordida cruzada posterior							
Chave de caninos	0 – Classe I	1 – Classe II	2 – Classe III								
Sobressaliência	0 – Normal < 2mm	1 – Aumentada > 2mm	2 – Topo a topo	3 – Cruzada Anterior							
Sobremordida	0 – Normal	1 – Reduzida	2 – Aberta	3 – Profunda							
Mordida cruzada posterior	0 – Presença	1 – Ausência									
CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO											
	→		→								
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	
Coroa	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
Tratamento	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	↓
Coroa	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
Tratamento	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
	←		←								
Cárie dentária					Necessidade de tratamento						
Código	Condição/Estado				Código	Tratamento					
A	Coroa Hígida				0	Nenhum tratamento					
B	Coroa Cariada				1	Restauração de uma superfície					
C	Restaurada com cárie				2	Restauração de 2 ou mais superfícies					
D	Restaurada sem cárie				3	Coroa por qualquer razão					
E	Dente perdido devido à cárie				4	Faceta estética					
F	Dente perdido por outras razões				5	Tratamento Pulpar + restauração					
G	Dente com selante				6	Extração					
H	Apoio de ponte ou coroa				7	Remineralização por mancha branca					
K	Coroa não erupcionada				8	Selante					
T	Trauma (fratura)				9	Sem informação					
L	Dente excluído										

ANEXO C

CÓDIGOS E CRITÉRIOS PARA ceo-d

SB-Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal

Quadro 1. Resumo dos códigos e critérios para CPO-D/ceo-d.

Código			Condição	Critério
Dentes Decíduos	Dentes Permanentes			
Coroa	Coroa	Raiz		
A	0	0	Hígido	Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como hígidos: <ul style="list-style-type: none"> manchas esbranquiçadas; manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI; sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI; áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou grave; lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame táctil/visual, resultem de abrasão. Raiz Hígida. A raiz está exposta e não há evidência de cárie ou de restauração (raízes não expostas são codificadas como "8").
B	1	1	Cariado	Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido.
C	2	2	Restaurado mas com cárie	Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).
D	3	3	Restaurado e sem cárie	Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente: um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7 (G).
E	4	Não se aplica	Perdido devido à cárie	Um dente permanente ou decíduo foi extraído por causa de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à coroa. Dentes decíduos: aplicar apenas quando o indivíduo está numa faixa etária na qual a exfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.
F	5	Não se aplica	Perdido por outras razões	Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.
G	6	Não se aplica	Apresenta selante	Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e estáariado, prevalece o código 1 ou 8 (cárie).
H	7	7	Apoio de ponte ou coroa	Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como 4 ou 5, enquanto o código 9 deve ser lançado na casela da raiz.
K	8	8	Não erupcionado - raiz não exposta	Quando o dente permanente ou decíduo ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.
T	T	Não se aplica	Trauma (fratura)	Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.
L	9	9	Dente excluído	Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias graves etc.).

ANEXO D

CÓDIGOS E CRITÉRIOS PARA NECESSIDADE DE TRATAMENTO

SB-Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal

Quadro 2. Códigos e critérios para necessidade de tratamento.

Código	Tratamento	Critério
0	Nenhum	A coroa e a raiz estão híginas, ou o dente não pode ou não deve receber qualquer outro tratamento.
1	Restauração de 1 superfície	Quando a cárie exigir uma restauração que envolva somente uma superfície do dente
2	Restauração de 2 ou mais superfícies	Quando a cárie exigir uma restauração que envolva duas ou mais superfícies do dente
3	Coroa por qualquer razão	Quando a perda de tecido dentário não puder ser recuperada por uma restauração simples, exigindo a colocação de uma coroa.
4	Faceta estética	A perda de tecido dentário em dentes anteriores compromete a estética a tal ponto que uma faceta estética é necessária.
5	Tratamento pulpar e restauração	O dente necessita tratamento endodôntico previamente à colocação da restauração ou coroa, devido à cárie profunda e extensa, ou mutilação ou trauma.
6	Extração	Um dente é registrado como indicado para extração, dependendo das possibilidades de tratamento disponíveis, quando: <ul style="list-style-type: none"> • a cárie destruiu o dente de tal modo que não é possível restaurá-lo; • a doença periodontal progrediu tanto que o dente está com mobilidade, há dor ou o dente está sem função e, no julgamento clínico do examinador, não pode ser recuperado por tratamento periodontal; • um dente precisa ser extraído para confecção de uma prótese; ou • a extração é necessária por razões ortodônticas ou estéticas, ou devido à impactação.
7	Remineralização de mancha branca	Quando há presença de lesão branca ativa em esmalte.
8	Selante	A indicação de selantes de fôssulas e fissuras não é uma unanimidade entre os cirurgiões-dentistas, havendo profissionais que não o indicam em nenhuma hipótese. Nesta pesquisa a necessidade de selante será registrada. Sua indicação, conforme regra de decisão adotada pela PSP-USP, será feita na presença simultânea das seguintes condições: <ul style="list-style-type: none"> • o dente está presente na cavidade bucal há menos de 2 (dois) anos; • o dente homólogo apresenta cárie ou foi atingido pela doença; • há presença de placa clinicamente detectável, evidenciando higiene bucal precária.
9	Sem informação	Quando não é possível realizar o diagnóstico

ANEXO E

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DE ARTIGOS PROPOSTOS PARA PUBLICAÇÃO EM REVISTAS MÉDICAS

Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas*

COMISSÃO INTERNACIONAL DE EDITORES DE REVISTAS MÉDICAS **

Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas. Rev Port Clin Geral 1997;14:159-74

* Tradução de "Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals".

** Membros da Comissão: Frank Davidson, Annals of Internal Medicine; Richard Smith, BMJ; Bruce P. Squires, Canadian Medical Association Journal; George Lundberg, JAMA; Richard Glass, JAMA; Richard Horton, Lancet; Martin VanDer Weyden, Medical Journal of Australia; Robert Utiger, New England Journal of Medicine; Richard G. Robinson, New Zealand Medical Journal; Magne Nylenna, Tidsskrift for Den Norske Laegeforening; Lois Ann Colaizzi, US National Library of Medicine; Linda Hawes Clever, Western Journal of Medicine; e Patricia Woolf, Princeton University.

Um pequeno grupo de editores de revistas médicas generalistas reuniu informalmente em 1978 em Vancouver, na Colômbia Britânica, para fixar pautas para a formatação de manuscritos propostos para publicação nas suas revistas. Este grupo ficou conhecido como o Grupo de Vancouver. Os seus requisitos para manuscritos, incluindo formatos para referências bibliográficas desenvolvidos pela National Library of Medicine dos Estados Unidos da América (NLM), foram publicados pela primeira vez em 1979. O Grupo de Vancouver alargou-se e acabou por evoluir no sentido da constituição da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) - que se reúne anualmente; a sua área de interesses foi gradualmente aumentando. A Comissão produziu 5 edições das Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas. Com o tempo, foram sendo abordados assuntos que ultrapassam a simples preparação de manuscritos. Alguns destes assuntos estão agora integrados nas Normas; outros são tratados em declarações separadas. Cada uma dessas declarações foi publicada numa revista científica. A quinta edição (1997) constitui um esforço para reorganizar e reescrever a quarta edição, no sentido de aumentar a clareza e responder a preocupações acerca de direitos, privacidade, descrições de métodos e outros assuntos. O conteúdo total das Normas pode ser reproduzido para fins educacionais, não lucrativos; a ICMJE estimula a sua distribuição. As revistas que aceitam utilizar as Normas (mais de 500) é pedido que citem nas suas instruções aos autores o documento de 1997.

É importante enfatizar o que estas normas implicam e o que não implicam.

Em primeiro lugar, as Normas são instruções para os autores sobre o modo como preparar manuscritos, e não instruções para os editores sobre o estilo de publicação. (No entanto muitas revistas basearam nelas partes dos seus estilos de publicação).

Em segundo lugar, se os autores prepararem os seus manuscritos de acordo com o estilo especificado nestas normas, os editores das revistas participantes não os devolverão para modificações de estilo sem previamente os considerarem para efeitos de publicação. No entanto, durante o processo de publicação, as revistas podem alterar manuscritos aceites, de modo a que fiquem de acordo com as características específicas do seu estilo de publicação.

Em terceiro lugar, os autores que enviam manuscritos para uma revista participante não deveriam tentar prepará-los de acordo com o estilo de publicação dessa revista, mas deveriam seguir estas Normas.

Os autores devem também seguir as instruções aos autores da revista, no respeitante aos temas apropriados para essa revista e aos tipos de artigos que podem ser propostos para publicação - por exemplo, estudos originais, revisões, ou relatos de casos. Para além disto, as instruções da revista provavelmente incluem outros requisitos próprios de cada revista, tais como o número de cópias do manuscrito que é necessário enviar, linguas aceites, dimensão dos artigos, e abreviaturas aceites.

Das revistas participantes espera-se que indiquem nas suas instruções aos autores que as

suas normas estão de acordo com as Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas, e que citem uma versão publicada destas.

QUESTÕES A CONSIDERAR ANTES DE ENVIAR UM MANUSCRITO

Publicação redundante ou em duplicado

Publicação redundante ou em duplicado é a publicação de um artigo que coincide substancialmente com outro já publicado.

Os leitores de periódicos de publicação primária merecem poder ter confiança em que o que estão a ler é original, a menos que haja uma informação clara de que, por escolha do autor ou do editor, o artigo é uma republicação. As bases desta posição são as leis internacionais do direito de autor, as normas de ética, e a utilização custo-efectiva dos recursos.

A maior parte das revistas não quer receber artigos sobre trabalhos que já tenham sido divulgados em grande parte num artigo publicado, ou incluídos noutro artigo enviado ou aceite para publicação noutro local, em forma impressa ou por meios electrónicos. Esta política não impede a revista de considerar um artigo que tenha sido rejeitado por outra revista, ou um relatório completo que seja posterior à publicação de um relatório preliminar, como um resumo ou cartaz exposto para colegas numa reunião profissional. Também não impede as revistas de considerarem um artigo que tenha sido apresentado numa reunião científica mas não publicado na sua forma global, ou que aguarde publicação num livro de actos de conferência ou formato similar. Os relatórios de imprensa de reuniões científicas não serão em regra considerados quebras a esta regra, mas tais relatórios não devem incluir dados adicionais ou cópias de quadros ou ilustrações.

Quando apresenta um artigo para publicação, o autor deve sempre fazer uma declaração formal ao editor acerca de todos os pedidos de publicação ou modos de difusão previamente usados que possam ser considerados como publicação redundante ou em duplicado do mesmo trabalho, ou de um trabalho muito semelhante. O autor deve alertar o editor se o trabalho incluir assuntos acerca dos quais foi publicado um relatório anterior. Neste caso, tal relatório deverá ser citado e referenciado no novo artigo. Devem ser enviadas cópias do referido material acompanhando o artigo proposto para publicação, para permitir ao editor tomar uma decisão acerca do assunto.

No caso de haver tentativa ou ocorrer publicação redundante ou em duplicado sem que o autor tenha notificado o editor, é de esperar que haja uma reacção editorial. No mínimo é de prever uma rápida rejeição do manuscrito enviado. Se o editor não estava alertado para a violação e o artigo

já foi publicado, então provavelmente será publicada uma notícia de publicação redundante ou em duplicado, com ou sem a justificação ou aprovação do autor.

O fornecimento prévio, geralmente para os meios de comunicação social, de informação científica descrita num artigo que já foi aceite mas ainda não publicado, viola as políticas de muitas revistas. Em alguns casos, e apenas por acordo com o editor, pode ser aceitável o fornecimento preliminar de dados - por exemplo se existe uma emergência de saúde pública.

Publicação secundária aceitável

A publicação secundária na mesma ou noutra língua, especialmente noutros países, é justificável e pode ser benéfica, desde que se verifiquem todas as seguintes condições:

1. Os autores receberam a aprovação dos editores de ambas as revistas, devendo o editor envolvido na publicação secundária ter uma fotocópia, separata ou manuscrito da versão primária.
2. A prioridade da publicação primária é respeitada por um intervalo de publicação de pelo menos uma semana (a menos que ambos os editores tenham negociado especialmente outra solução).
3. A revista na qual se faz a publicação secundária destina-se a um grupo diferente de leitores; uma versão abreviada poderá ser suficiente.
4. A versão secundária reproduz fielmente os dados e interpretação da versão primária.
5. Uma nota de rodapé na página de título da versão secundária informa os leitores, pares e organizações de documentação que o artigo já foi publicado no todo ou em parte e indica a referência primária. Uma nota adequada poderá ser: "Este artigo é baseado num estudo divulgado anteriormente em [Nome da revista, com a referência completa]".

A autorização para a publicação secundária deve ser gratuita.

Protecção do direito dos pacientes à privacidade

Os pacientes têm um direito à privacidade que não deve ser infringido sem consentimento informado. A informação susceptível de permitir a identificação não deve ser publicada em descrições escritas, fotografias, e árvores genealógicas, a menos que a informação seja essencial para fins científicos e o paciente (ou familiar ou tutor) dê consentimento informado por escrito para a publicação. Para este efeito é necessário que ao paciente seja mostrado o manuscrito a publicar.

Os pormenores identificadores devem ser omitidos se não forem essenciais, mas os dados do paciente nunca devem ser alterados numa tentativa para conseguir o anonimato. O anonimato

completo é difícil de conseguir, e em caso de dúvida deve obter-se o consentimento informado. Por exemplo, colocar uma máscara na zona dos olhos numa fotografia de pacientes é uma protecção de anonimato inadequada.

A norma para o consentimento informado deve ser incluída nas instruções aos autores da revista. Quando se obteve o consentimento informado, tal facto deve ser indicado no artigo publicado.

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS

Resumo dos requisitos técnicos

Dactilografar a dois espaços todas as partes do manuscrito.

Começar cada secção ou componente no início de uma página.

Rever a sequência: página de título, resumo e palavras chave, texto, agradecimentos, referências, quadros (um por página), legendas.

As ilustrações e provas não montadas não devem exceder 203 por 279 mm.

Incluir autorizações para reproduzir material publicado anteriormente ou para usar ilustrações que podem identificar pessoas.

Enviar autorização de transferência de direitos de autor e outros documentos.

Enviar o número de cópias solicitado.

Guardar cópias de todo o material enviado.

Preparação do manuscrito

O texto de estudos observacionais e experimentais é em geral (mas não necessariamente) dividido em secções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados, e Discussão. Os artigos extensos podem necessitar de subtítulos em algumas secções (em especial nas secções Resultados e Discussão) para tornar mais claro o seu conteúdo. Outros tipos de artigos, tais como relatos de casos, revisões, e editoriais, provavelmente adoptarão outros formatos. Os autores devem consultar cada revista para obter orientação mais detalhada.

Dactilografar ou imprimir o manuscrito em papel branco de boa qualidade com 216 por 279 mm, ou ISO A4 (212 por 297 mm), com margens de 25 mm pelo menos. Dactilografar ou imprimir apenas num dos lados do papel. Usar duplo espaço em todo o artigo, inclusive na página de título, resumo, texto, agradecimentos, referências, quadros, e legendas. Numerar as páginas consecutivamente, começando na página de título. Colocar o número de página no canto superior ou inferior direito de cada página.

Manuscritos em disquetes

Para os artigos em fase final de aceitação para publicação, algumas revistas solicitam aos autores que enviem uma cópia em formato electrónico (numa disquete); podem aceitar uma série de

formatos de processamento de texto ou ficheiros de texto (ASCII).

Quando enviarem disquetes, os autores devem:

(1) certificar-se de que incluem uma versão impressa do artigo contido na disquete.

(2) colocar na disquete apenas a última versão do manuscrito.

(3) intitular o ficheiro de modo claro.

(4) indicar na etiqueta da disquete o nome e formato do ficheiro.

(5) fornecer informação acerca do computador e da aplicação usados.

Os autores devem consultar as instruções aos autores da revista, acerca dos formatos que esta aceita, convenções para intitular os ficheiros, número de cópias a fornecer, e outros pormenores.

Página de título

A página de título deverá incluir:

(1) o título do artigo, que deve ser conciso mas esclarecedor.

(2) o nome pelo qual cada um dos autores é conhecido, com o seu grau académico mais elevado e a sua filiação institucional.

(3) o nome do departamento e a instituição ao qual o trabalho deve ser atribuído.

(4) renúncia a direitos legais, se tal for necessário.

(5) o nome e endereço do autor responsável pela correspondência acerca do manuscrito.

(6) o nome e endereço do autor a quem devem ser dirigidos pedidos de separatas, ou declaração de que não é possível obter separatas através dos autores.

(7) fontes de apoio sob a forma de subsídios, equipamento, ou medicamentos; e

(8) um curto cabeçalho ou rodapé até 40 caracteres (incluindo letras e espaços) colocado no rodapé da página de título.

Autoria

Todas as pessoas designadas como autores deverão preencher os requisitos de autoria. Cada um dos autores deve ter participado nos trabalhos de tal modo que possa assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo.

A qualificação como autor deverá ser baseada apenas em contribuições substantivas para:

(1) a concepção e o delineamento, ou a análise e interpretação dos dados;

(2) e a redacção do artigo ou a sua revisão crítica no respeitante a conteúdos conceptuais importantes;

(3) e a aprovação final da versão a publicar.

Os requisitos 1, 2 e 3 devem coexistir. A simples participação na captação de financiamento ou na colheita de dados não justifica a qualidade de autor. A supervisão geral do grupo de investigação não é suficiente para a qualificação como autor. Qualquer parte de um artigo que seja crítica no

respeitante às conclusões principais deste, deve ser da responsabilidade de pelo menos um dos autores. Os editores podem solicitar aos autores que descrevam a seu contributo para o artigo, e esta informação pode ser publicada.

Cada vez mais os estudos multicêntricos são atribuídos a um autor colectivo. Todos os membros do grupo que são referidos como autores, quer os seus nomes sejam designados sob o título quer em nota de rodapé, devem preencher todos os requisitos de autoria acima indicados. Os nomes dos membros do grupo que não cumprem esses critérios devem ser listados, com a sua autorização, nos agradecimentos ou num apêndice.

A ordem de menção dos autores deve ser uma decisão conjunta dos co-autores. Dado que esta ordem pode ser escolhida de vários modos, não pode inferir-se com precisão o seu significado a menos que os autores o indiquem. Os autores podem querer explicar a ordem de autoria numa nota de rodapé. Quando decidem sobre esta ordem, os autores devem ter em consideração que muitas revistas limitam o número de autores listados no índice, e que a National Library of Medicine dos Estados Unidos da América (NLM) lista na MEDLINE os primeiros 24 e o último autor, quando estes são mais do que 25.

Resumo e Palavras-Chave

A segunda página deve incluir um resumo (não ultrapassando 150 palavras para resumos não estruturados ou 250 palavras para resumos estruturados). O resumo deve explicitar os objectivos do estudo ou investigação, a metodologia básica (selecção da população a estudar ou dos animais de laboratório, métodos de observação e de análise), os resultados principais (fornecendo dados específicos e, se possível, a respectiva significância estatística), e as principais conclusões. Deve realçar os aspectos novos e importantes do estudo ou das observações).

Por baixo do resumo os autores devem indicar, e identificar como tais, 3 a 10 palavras-chave ou frases curtas que possam auxiliar a indexação múltipla do artigo e possam ser publicadas com o resumo. Devem ser usados termos da lista de descritores médicos (MeSH) do Index Medicus; se ainda não existirem descritores MeSH apropriados para termos de introdução recente podem usar-se essas palavras.

Introdução

Indicar o objectivo do artigo e resumir a fundamentação do estudo ou da observação. Fornecer apenas referências rigorosamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho a que se refere o artigo.

Métodos

Descrever com clareza o modo de selecção das unidades de observação ou experimentação

(pacientes ou animais de laboratório, incluindo os controlos). Identificar a sua idade, sexo e outras características importantes. A definição e a relevância da raça e etnicidade são ambíguas. Os autores devem ser particularmente cuidadosos ao usar estas categorias.

Identificar os métodos, os aparelhos (indicar entre parêntesis o nome e morada dos fabricantes), e os procedimentos usados com o pormenor suficiente para permitir a outros investigadores reproduzir os resultados. Fornecer referências para os métodos consagrados, incluindo os métodos estatísticos; fornecer referências e fazer uma breve descrição dos métodos que foram publicados mas não são muito conhecidos; descrever os métodos novos ou substancialmente modificados, indicar as razões pelas quais se utilizam e avaliar as suas limitações. Identificar com precisão todos os fármacos e produtos químicos usados, incluindo a designação genérica, dose, e via de administração.

Os relatos de ensaios clínicos aleatorizados devem apresentar informação sobre todos os elementos importantes do estudo, incluindo o protocolo (população estudada, intervenções ou exposições, resultados, e a fundamentação da análise estatística), escolha das intervenções (métodos de aleatorização, ocultação da distribuição por grupos de tratamento), e o método de ocultação.

Os autores que apresentam para publicação manuscritos de revisão deverão incluir uma secção descrevendo os métodos usados para localizar, seleccionar, deduzir e seleccionar os dados. Estes métodos deverão também ser indicados sumariamente no resumo.

Ética

Quando se relata experimentação com pessoas, indicar se os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos da entidade (institucional ou regional) responsável pela experimentação humana e com a Declaração de Helsínquia de 1975, na sua revisão de 1983. Não mencionar nomes, iniciais ou números de processos de pacientes, particularmente em qualquer tipo de ilustração. Quando se relata experimentação com animais, indicar se, no respeitante aos cuidados e utilização de animais de laboratório, foram seguidas as indicações da instituição ou de uma autoridade nacional de investigação, ou de alguma legislação nacional.

Estatística

Descrever os métodos estatísticos com o pormenor necessário para permitir a um leitor conhecedor com acesso aos dados originais a verificação dos resultados apresentados. Sempre que possível quantificar os resultados e apresentá-los com os correspondentes indicadores de erro de medição ou de incerteza (como por exemplo intervalos de confiança). Evitar basear-se apenas

em testes de inferência estatística, como o uso dos valores de P, que não veiculam informação quantitativa importante. Discutir a elegibilidade das unidades de experimentação. Fornecer informação pormenorizada sobre a aleatorização. Descrever os métodos usados para obter qualquer tipo de ocultação das observações, e o seu sucesso. Relatar complicações de tratamento. Fornecer os números de observações. Relatar perdas na observação (tais como abandonos de um ensaio clínico). As referências relativas ao delineamento do estudo e aos métodos estatísticos devem ser sempre que possível de trabalhos padrão (com indicação das páginas), de preferência a artigos nos quais os delineamentos ou métodos foram descritos pela primeira vez. Especificar os programas informáticos de utilização corrente usados.

Incluir na secção Métodos uma descrição geral da metodologia. Quando os dados são resumidos na secção Resultados, especificar os métodos estatísticos usados para os analisar. Restringir quadros e figuras aos necessários para explicitar a fundamentação do artigo e avaliar da sua solidez. Usar gráficos em vez de quadros com muitas entradas; não duplicar os dados em gráficos e quadros. Evitar o uso não técnico de termos técnicos de estatística, tais como "aleatório" (que implica um mecanismo de aleatorização), "normal", "significativo", "correlações", e "amostra". Definir os termos estatísticos, as abreviaturas e a maioria dos símbolos.

Resultados

Apresentar os resultados em sequência lógica através de texto, quadros, e figuras. Não repetir no texto todos os dados incluídos nos quadros ou figuras; realçar ou resumir apenas as observações importantes.

Discussão

Realçar os aspectos novos ou importantes do estudo e as conclusões deles decorrentes. Não repetir em pormenor dados ou outro material incluído nas secções Introdução ou Resultados. Incluir na secção Discussão as implicações e limitações dos resultados, incluindo as suas implicações para a investigação futura. Relacionar as observações com outros estudos importantes.

Relacionar as conclusões com os objectivos do estudo, mas evitar afirmações não fundamentadas e conclusões que não se baseiem totalmente nos dados. Em especial, os autores devem evitar fazer afirmações sobre benefícios económicos e custos, a menos que o manuscrito inclua dados e análise económicos. Evitar reclamar prioridade para, ou fazer alusão a trabalhos não completados. Enunciar novas hipóteses quando tal é possível, mas assinalá-las claramente como tal. Quando for apropriado, podem incluir-se recomendações.

Agradecimentos

Num local apropriado do artigo (rodapé da página de título ou apêndice ao texto; ver as normas da revista) deverão incluir-se uma ou mais frases especificando:

- (1) contribuições que justifiquem um agradecimento mas não justifiquem a autoria, como por exemplo o apoio geral dado por um responsável de departamento;
- (2) agradecimentos por auxílio técnico;
- (3) agradecimentos por apoio financeiro e material, cuja natureza deve ser especificada;
- (4) relacionamentos que possam implicar um conflito de interesses.

As pessoas que tenham contribuído intelectualmente para o artigo mas cujas contribuições não justifiquem a qualidade de autor, podem ser indicadas, sendo descrita a sua função ou contribuição - por exemplo, consultor científico, revisão crítica do projecto de estudo, colheita de dados, ou participação em ensaio clínico. Tais pessoas devem ter autorizado a referência dos seus nomes. 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.

O apoio técnico deve ser agradecido num parágrafo diferente daqueles contendo agradecimentos por outros tipos de contribuição.

Referências

As referências devem ser numeradas sucessivamente pela ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto, nos quadros, e nas legendas com algarismos árabes entre parêntesis. As referências citadas apenas em quadros ou em legendas de figuras devem ser numeradas de acordo com a sequência estabelecida pela primeira identificação no texto desse quadro ou figura.

Utilizar o estilo dos exemplos indicados a seguir, que se baseia nos formatos usados pela National Library of Medicine dos Estados Unidos da América (NLM) no Index Medicus. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus. Consultar a lista de revistas indexadas no Index Medicus (List of Journals Indexed in Index Medicus), publicada anualmente em volume próprio pela biblioteca, e sob a forma de lista no número de Janeiro do Index Medicus. Esta lista também pode obter-se através da localização da biblioteca na World Wide Web (<http://www.nlm.nih.gov/>).

Evitar o uso de resumos como referências. As referências a artigos aceites para publicação mas ainda não publicados devem ser indicadas como "in press" ou "a sair"; os autores devem obter autorização escrita para citar esses artigos, bem como confirmação de que foram aceites para

publicação. Informação procedente de manuscritos submetidos a apreciação para publicação mas não aceites deve ser citada no texto como "observações não publicadas" com autorização escrita da sua origem.

Evitar citar uma comunicação pessoal a menos que esta forneça informação essencial não disponível numa fonte de informação publicada. Neste caso o nome da pessoa e a data da comunicação devem ser citados entre parêntesis no texto. No caso de artigos científicos, os autores devem obter uma autorização escrita e uma confirmação por escrito da sua precisão por parte da fonte de uma comunicação pessoal.

As referências devem ser verificadas pelo autor face aos documentos originais. O estilo destas Normas (o estilo de Vancouver) é em grande parte baseado num estilo padrão do American National Standards Institute (ANSI) adaptado para as suas bases de dados pela National Library of Medicine dos Estados Unidos da América (NLM). Foram incluídas notas sempre que o estilo de Vancouver difere do estilo usado actualmente pela NLM.

Artigos de revistas

1. Artigo padrão de revista:

Listar os primeiros seis autores seguido por et al.

(Nota: A NLM lista actualmente até 25 autores; se houver mais de 25 autores, a NLM lista os primeiros 24, depois o último autor, e depois et al.)

Vega 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.

Como opção, se a revista usa paginação continuada por volume (como fazem muitas revistas médicas) podem omitir-se o mês e número da revista.

(Nota: Por uma questão de coerência, esta opção é usada em todos os exemplos nestas Normas. A NLM não utiliza esta opção.)

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

Mais do que seis autores:

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood-leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006-12.

2. Organização como autor:

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

3. Sem menção de autor:

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

4. Artigo não em inglês:

(Nota: A NLM traduz o título para inglês, apresenta a tradução entre parêntesis rectos, e junta uma designação abreviada da língua.)

Ryder TE, Haukeland EA, Solhaug JH. Bilateral infrapatellar seneruptur hos tidligere frisk kvinne. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1996;116:41-2.

5. Volume com suplemento:

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.

6. Número com suplemento:

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

7. Volume com parte:

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann Clin Biochem* 1995;32(Pt 3):303-6.

8. Número com parte:

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in ageing patients. *N Z Med J* 1994;107(986 Pt 1):377-8.

9. Número sem menção de volume:

Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. *Clin Orthop* 1995;(320):110-4.

10. Sem menção de número nem de volume:

Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993:325-33.

11. Paginação em numeração romana:

Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Am* 1995 Apr;9(2):xi-xii.

12. Indicação do tipo de artigo, se necessário:

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996;347:1337.
Clement J, De Bock R. Hematological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [resumo]. *Kidney Int* 1992;42:1285.

13. Artigo contendo retractação:

Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in EL mice [retractação de Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. In: *Nat*

Genet 1994;6:426-31]. Nat Genet 1995;11:104.

14. Artigo retractado:

Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocious IRBP gene expression during mouse development [retractado em Invest Ophthalmol Vis Sci 1994;35:3127]. Invest Ophthalmol Vis Sci 1994;35:1083-8.

15. Artigo com erratum publicado:

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair [erratum publicado encontra-se em West J Med 1995;162:278]. West J Med 1995;162:28-31.

Livros e outras monografias

(Nota: O anterior estilo de Vancouver usava incorrectamente uma vírgula em vez de um ponto e vírgula entre o editor e a data.)

16. Autor(es) individual:

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

17. Editor(es), compilador, como autor:

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

18. Organização como autor e editor:

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

19. Capítulo de um livro:

(Nota: O anterior estilo de Vancouver usava uma vírgula em vez de um *p* antes da paginação.)

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

20. Livro de actos de conferência, congresso, encontro:

Kimura J, Shibasaki H, editors. 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.

21. Comunicação em conferência:

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland.

Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

22. Relatório técnico ou científico:

Publicado pela entidade financiadora ou patrocinadora:

Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No.: HHSIGOEI69200860.

Publicado pela entidade executora:

Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AHCPR282942008. Sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.

23. Dissertação:

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertação]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

24. Patente:

Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Methods for procedures related to the electrophysiology of the heart. US patent 5,529,067. 1995 Jun 25.

Outras publicações

25. Artigo de jornal:

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21;Sect. A:3 (col. 5).

26. Material audiovisual:

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

27. Texto legal:

Legislação publicada:

Preventive Health Amendments of 1993. Pub. L. No. 103-183, 107 Stat. 2226 (Dec. 14, 1993).

Legislação não promulgada:

Medical Records Confidentiality Act of 1995, S. 1360, 104th Cong., 1st Sess. (1995).

Code of Federal Regulations:

Informed Consent, 42 C.F.R. Sect. 441.257 (1995).

Audição:

Increased Drug Abuse: the Impact on the Nation's Emergency Rooms: Hearings Before the Subcomm. on Human Resources and

Intergovernmental Relations of the House Comm. on Government Operations, 103rd Cong., 1st Sess. (May 26, 1993).

28. Mapa:

North Carolina. Tuberculosis rates per 100,000 population, 1990 [demographic map]. Raleigh: North Carolina Dept. of Environment, Health, and Natural Resources, Div. of Epidemiology; 1991.

29. Livro da Bíblia:

The Holy Bible. King James version. Grand Rapids (MI): Zondervan Publishing House; 1995. Ruth 3:1-18.

30. Dicionário e referências semelhantes:

Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

31. Texto clássico:

The Winter's Tale: act 5, scene 1, lines 13-16. The complete works of William Shakespeare. London: Rex; 1973.

Material não publicado

32. Aguardando publicação:

(Nota: A NLM prefere forthcoming = a sair, porque nem todos os textos serão publicados.)

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. Em publicação 1996.

Material eletrônico

33. Revista em formato eletrônico:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1):[24 ecrans]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

34. Monografia em formato eletrônico:

CDI, clinical dermatology illustrated [monografia em CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

35. Ficheiro de computador:

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [programa de computador]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Quadros

Dactilografar ou imprimir cada um dos quadros a dois espaços numa folha separada. Não apresentar quadros sob a forma de fotografias.

Numerar os quadros sucessivamente pela ordem da sua primeira citação no texto, e atribuir um título breve a cada um. Indicar para cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar as notas explicativas em rodapé, não no cabeçalho ou título. Explicar nas notas de rodapé todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada quadro. Para assinalar as notas de rodapé usar os símbolos seguintes, por esta ordem: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, etc.

Identificar as medidas estatísticas de variações, como o desvio padrão e o erro padrão da média. Não usar linhas de separação horizontais ou verticais no interior dos quadros. Certificar-se de que todos os quadros são citados no texto. Se se utilizarem dados de outra fonte, publicada ou não, obter a respectiva autorização e mencionar esse facto nos agradecimentos.

A utilização de demasiados quadros em relação à dimensão do texto pode causar dificuldades no arranjo gráfico das páginas. Examinar números da revista para a qual se pensa enviar o artigo para estimar quantos quadros podem ser incluídos por cada 1000 palavras de texto.

Ao aceitar um artigo, o editor pode recomendar que quadros adicionais, contendo dados em reserva importantes mas demasiado extensos para serem publicados, sejam depositados num serviço de arquivo, como o National Auxiliary Publication Service nos Estados Unidos, ou sejam disponibilizados para consulta pelos autores. Nesse caso será incluída no texto uma nota apropriada. Enviar também esses quadros para apreciação com o artigo.

Ilustrações (Figuras)

Enviar o número requerido de conjuntos completos de figuras. As figuras devem ser desenhadas e fotografadas de modo profissional; a inclusão de letras manuscritas ou dactilografadas é inaceitável. Em vez de desenhos originais, radiografias, ou outros materiais, enviar fotografias nítidas a preto e branco em papel brilhante, em geral com as dimensões de 127 por 173 mm, e nunca ultrapassando 203 por 254 mm. Letras, números e símbolos devem ser nítidos e idênticos em todas as figuras, e com dimensões suficientes para poderem ser legíveis depois de reduzidos para publicação. Os títulos e as notas explicativas de pormenor pertencem às legendas das figuras e não a estas propriamente ditas.

Cada uma das figuras deve ter colada no verso uma etiqueta com indicação do número da figura, do nome do autor, e de qual o bordo superior da figura. Não escrever no verso das figuras nem as raspar ou danificar com clipes. Não enrolar as figuras nem as montar em cartão.

As microfotografias devem ter indicadores de escala internos. Os símbolos, setas ou letras usados nas microfotografias devem contrastar com o fundo.

Se se utilizarem fotografias de pessoas, ou estas não podem ser identificáveis, ou as suas fotografias devem ser acompanhadas por uma autorização escrita para as usar (Protecção do direito dos pacientes à privacidade).

As figuras devem ser numeradas sucessivamente de acordo com a ordem pela qual foram citadas em primeiro lugar no texto. Se uma figura já foi publicada, incluir um agradecimento à fonte original e apresentar autorização escrita do detentor dos direitos de autor para a respectiva reprodução. É necessária a autorização quer este seja o autor quer seja o editor, excepto para documentos que pertençam ao domínio público.

Para figuras a cores informar-se sobre se a revista requer negativos a cores, diapositivos ou cópias em papel. Desenhos com indicação da zona da fotografia que deve ser reproduzida podem ser úteis para o editor. Algumas revistas apenas publicam figuras a cores se o autor pagar os custos adicionais.

Legendas das ilustrações

Dactilografe ou imprima as legendas para as ilustrações a dois espaços, numa página separada, com números árabes correspondendo às figuras. Quando se usam símbolos, setas, números ou letras para assinalar partes das figuras, identificar e explicar claramente cada um deles na legenda. Explicitar a escala interna e identificar o método de coloração usado nas microfotografias.

Unidades de medida

As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais.

A temperatura deve ser expressa em graus Celsius. Os valores da pressão arterial devem ser expressos em milímetros de mercúrio.

Todos os valores hematológicos e de química clínica devem ser apresentados em unidades do sistema métrico, nos termos do Sistema Internacional de Unidades (SI). Antes da publicação, os editores podem solicitar aos autores que incluam também unidades alternativas ou não SI.

Abreviaturas e símbolos

Utilizar apenas abreviaturas padronizadas. Evitar abreviaturas no título e no resumo. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira indicação desta no texto, a não ser que se trate de uma unidade de medida padrão.

ENVIO DOS MANUSCRITOS PARA A REVISTA

Expedir pelo correio o número requerido de

cópias do manuscrito num envelope de papel espesso, protegendo, se necessário, o manuscrito e as ilustrações com placas de cartão, de modo a impedir a dobragem das fotografias. Colocar as fotografias e diapositivos num envelope separado, de papel espesso.

Os manuscritos devem ser acompanhados por uma carta assinada por todos os co-autores. Esta carta deve incluir:

(1) informação acerca de publicação prévia ou em duplicado, ou sobre envio para apreciação, em qualquer outro lado, de qualquer parte do trabalho, como definido acima neste documento;

(2) uma declaração sobre relacionamentos financeiros ou outros, que possam provocar um conflito de interesses;

(3) uma declaração de que o manuscrito foi lido e aprovado por todos os autores, de que os requisitos sobre autoria definidos neste documento foram respeitados, e de que cada um dos autores acredita que o manuscrito representa trabalho honesto;

(4) o nome, endereço e número de telefone do autor a contactar, que fica responsável pelos contactos com os outros autores acerca de revisões e da aprovação final das provas.

A carta deverá fornecer quaisquer outras informações adicionais que possam ser úteis para o editor, tais como a classificação do tipo de artigo proposta à revista, e se o autor concorda em assumir o pagamento do custo da reprodução de figuras a cores.

A acompanhar o manuscrito devem ser enviadas cópias de quaisquer autorizações para reproduzir material já publicado, para utilizar figuras ou para relatar informação sobre pessoas identificáveis, ou para referir os nomes de pessoas a quem se agradecem os contributos.

DECLARAÇÕES ANEXAS

Definição de uma publicação revista por pares

Uma revista com revisão por pares é uma revista que submete a maior parte dos seus artigos publicados a uma revisão por peritos que não fazem parte do corpo editorial. O número e tipo de manuscritos enviados para revisão, o número dos revisores, os processos de revisão e a utilização que é dada aos pareceres dos revisores podem variar, pelo que cada revista deve anunciar publicamente a sua política nas suas instruções aos autores, para benefício dos leitores e dos potenciais autores.

Liberdade e integridade editoriais

Os proprietários e editores de revistas médicas têm um empenho comum - a publicação de uma revista fiável e legível, produzida com o devido respeito pelos fins declarados da revista e pelos custos. As funções de proprietários e editores são

contudo diferentes. Os proprietários têm o direito de nomear e demitir os editores e de tomar decisões negociais importantes, nas quais os editores deverão ser plenamente envolvidos. Os editores devem ter total autoridade para determinar o conteúdo editorial da revista. Este conceito de liberdade editorial deve ser firmemente defendido pelos editores, mesmo à custa da colocação dos seus lugares em perigo. Para garantir esta liberdade na prática, o editor deve ter acesso directo ao mais alto nível da entidade proprietária, e não apenas a um gestor delegado.

Os editores das revistas médicas deverão ter um contrato que claramente estatui os direitos e deveres do editor, para além dos termos gerais do contrato, e que defina mecanismos para resolução de conflitos.

Um conselho editorial independente pode ser útil para ajudar o editor a definir e manter a política editorial.

Todos os editores e organizações de editores têm a obrigação de apoiar o conceito de liberdade editorial e de dar conhecimento à comunidade médica internacional de transgressões graves a essa liberdade.

Conflito de interesses

Existe conflito de interesses em relação a um determinado manuscrito quando um participante no processo de revisão e publicação - autor, revisor ou editor - tem ligação a actividades que poderiam influenciar inapropriadamente o seu julgamento, quer este seja ou não de facto afectado. As relações financeiras com a indústria - através, por exemplo, de emprego, consultoria, detenção de capital, honorários, peritagem, quer directamente quer através de um familiar próximo, são em geral considerados importantes conflitos de interesses. Contudo, podem ocorrer conflitos por outras razões, tais como relações pessoais, competição académica, e paixão intelectual.

A confiança pública no processo de revisão por pares e a credibilidade dos artigos publicados dependem em parte da correcção do modo como os conflitos de interesses são geridos durante a redacção, a revisão e a decisão editorial. Podem frequentemente ser identificados e eliminados vieses através de uma cuidadosa atenção aos métodos científicos e às conclusões do trabalho. As relações financeiras e os seus efeitos são menos facilmente detectados do que outros conflitos de interesses. Os participantes na revisão por pares e na publicação deverão declarar os seus interesses potencialmente conflituais, e tal informação deverá estar disponível de modo a permitir que outras pessoas possam por si mesmas avaliar os seus efeitos. Dado que os leitores podem ter mais dificuldade em detectar vieses em artigos de revisão e editoriais do que em relatos de investigação original, algumas revistas não aceitam revisões e editoriais de autores com conflitos de interesses.

Autores - Quando enviam para publicação um manuscrito, seja ele um artigo ou uma carta, os autores têm a responsabilidade de reconhecer e declarar conflitos de interesse financeiros e outros que poderiam enviesar o seu trabalho. Devem agradecer no manuscrito todo o apoio financeiro ao trabalho, bem como outras ligações financeiras ou pessoais com o trabalho.

Revisores - Os revisores pares exteriores deverão declarar aos editores quaisquer conflitos de interesses que possam enviesar as suas opiniões sobre o manuscrito, e deverão desqualificar-se para a revisão de manuscritos específicos se pensarem que tal é apropriado. Os editores devem ser postos ao corrente de conflitos de interesses dos revisores para poderem interpretar os seus pareceres e decidirem por si se o revisor deverá ser desqualificado. Os revisores não devem usar o seu conhecimento de um trabalho antes da sua publicação para favorecer o seus interesses.

Editores e corpo editorial - Os editores que tomam as decisões finais acerca dos manuscritos não deverão ter qualquer envolvimento financeiro pessoal em qualquer das matérias que podem apreciar. Os outros membros do corpo editorial, caso participem em decisões editoriais, deverão fornecer aos editores uma descrição corrente dos seus interesses financeiros (enquanto estes possam estar relacionados com as decisões editoriais) e desqualificarem-se a si mesmos para quaisquer decisões em que possam ter um conflito de interesses. Os artigos e cartas publicadas deverão incluir uma descrição de todo o apoio financeiro e de qualquer conflito de interesses que, na opinião do editor, deva ser do conhecimento dos leitores. O corpo editorial não deverá utilizar em proveito próprio a informação adquirida através do trabalho com manuscritos.

Correcções, Retractações, e "Expressões de preocupação" acerca de achados de investigação

Em princípio os editores devem assumir que os autores relatam trabalho baseado em observações honestas. No entanto podem surgir dois tipos de dificuldade.

Em primeiro lugar, podem notar-se nos artigos publicados erros que obrigam à publicação de uma correcção ou erratum de parte do trabalho. Pode conceber-se que um erro possa ser tão grave que todo o trabalho seja adulterado, mas isso é improvável e deverá ser resolvido por editores e autores casuisticamente. Este tipo de erro não deverá ser confundido com inadequações postas a nu pela emergência de informação científica nova no decurso normal da investigação. Estas últimas não requerem correcções ou retractações.

O segundo tipo de dificuldade é a fraude científica. Se surgirem dúvidas substanciais acerca da honestidade do trabalho, quer proposto para publicação quer já publicado, é da responsabilidade

do editor assegurar-se de que a questão é adequadamente esclarecida (incluindo possível consulta aos autores). Não é no entanto tarefa dos editores conduzir uma investigação plena ou chegar a uma conclusão definitiva; esta responsabilidade pertence à instituição na qual foi executado, ou à entidade financiadora. O editor deve ser rapidamente informado da decisão final, e se foi publicado um artigo fraudulento a revista deve publicar uma retractação. Se deste método de investigação não resultar uma conclusão satisfatória, o editor pode optar por publicar uma expressão de preocupação com uma explicação.

A retractação, ou a expressão de preocupação, devem ser publicadas com essa denominação numa página numerada de uma secção importante da revista, ser incluídas no índice ou sumário da revista, e incluir no seu título o título do artigo original. Não deverão ser apenas uma carta ao editor. O ideal será que o primeiro autor da retractação seja o mesmo do artigo retractado, embora em certas circunstâncias o editor possa aceitar retractações por outras pessoas responsáveis. O texto da retractação deve explicar as razões pelas quais o artigo está a ser retractado e incluir uma referência bibliográfica dele.

A validade do trabalho anterior do autor de um artigo fraudulento não pode ser assumida. Os editores podem solicitar à instituição do autor garantias acerca da validade de trabalhos anteriores publicados nas suas revistas, ou uma retractação desses trabalhos. No caso de isso não ser feito, podem optar pela publicação de um aviso anunciando que a validade dos trabalhos anteriormente publicados não está garantida.

Confidencialidade

Os manuscritos devem ser revistos com o devido respeito pela confidencialidade do autor. Ao submeterem os seus manuscritos a revisão, os autores confiam aos editores os resultados do seu trabalho científico e esforço criador, dos quais podem depender a sua reputação e carreira. Os direitos dos autores podem ser violados por quebra dos pormenores confidenciais da revisão do seu manuscrito. Os revisores também têm direito à confidencialidade, que deve ser respeitada pelo editor. A confidencialidade pode ter de ser quebrada no caso de alegada fraude ou desonestidade, mas deve ser mantida em todas as outras situações.

Os editores não devem fornecer informação acerca dos manuscritos (incluindo a sua recepção, o seu conteúdo, a sua situação no processo de revisão, as apreciações de que foram objecto pelos revisores, ou o seu destino final) a ninguém para além dos próprios autores e dos revisores.

Os editores devem instruir claramente os seus revisores sobre o facto de que os manuscritos enviados para revisão são comunicações privilegiadas e constituem propriedade privada dos

autores. Em consequência, os revisores e os membros do corpo editorial deverão respeitar os direitos dos autores não discutindo em público o trabalho dos autores nem se apropriando das suas ideias antes de o manuscrito ser publicado. Os revisores não devem ser autorizados a fazer cópias do manuscrito para si mesmos, e devem ser proibidos de o partilharem com outrem, excepto se para isso tiverem a autorização do editor; os editores não devem conservar cópias dos manuscritos rejeitados.

Divergem as opiniões acerca do anonimato dos revisores. Alguns editores exigem aos revisores que assinem as apreciações enviadas aos autores, mas a maioria pede que os comentários dos revisores não sejam assinados ou deixa a decisão ao critério do revisor. Quando os pareceres não são assinados a identidade dos revisores não deve ser revelada ao autor ou a quem quer que seja.

Algumas revistas publicam os comentários dos revisores com o manuscrito. Tal procedimento não deverá ser adoptado sem o consentimento de autores e revisores. No entanto os comentários de revisores podem ser enviados para outros revisores do mesmo manuscrito, e os revisores devem ser notificados da decisão do editor.

Revistas médicas e meios de comunicação social

O interesse público por notícias da investigação médica levou os meios de comunicação social de massas a competir vigorosamente para obter informação acerca da investigação o mais precocemente possível. Os investigadores e as instituições encorajam muitas vezes o relato de investigação nos meios de comunicação social antes da sua plena publicação numa revista científica promovendo uma conferência de imprensa ou concedendo entrevistas.

O público tem direito à informação médica importante dentro de prazos razoáveis, e os editores têm a sua quota parte de responsabilidade neste processo. No entanto, os médicos necessitam de ter à sua disposição relatórios completos e pormenorizados antes de poderem aconselhar os seus pacientes sobre as conclusões desses relatórios. Para além disso, o relato nos meios de comunicação social de investigação científica antes de que o trabalho tenha sido revisto por pares e plenamente publicado pode levar à disseminação de conclusões imprecisas ou prematuras.

Para traçar políticas a respeito destas situações, os editores podem utilizar as seguintes recomendações:

1. Os editores podem fomentar a transmissão ordenada ao público de informação médica proveniente de investigadores através de revistas com revisão por pares. Este objectivo pode ser conseguido através de um acordo com os autores, comprometendo-se estes a não publicar o seu trabalho enquanto o manuscrito está a ser apreciado

ou a aguardar publicação, e de um acordo com os meios de comunicação social, comprometendo-se estes a não publicar notícias antes da publicação na revista, com a contrapartida da colaboração da revista na preparação de notícias precisas (ver em baixo).

2. Muito pouca investigação médica tem implicações clínicas para a saúde pública tão evidentes e prementes que justifiquem a publicação de notícias antes da sua plena publicação numa revista. Nestes casos excepcionais, no entanto, as competentes autoridades responsáveis pela saúde pública devem tomar a decisão e ser responsáveis pela disseminação antecipada de informação aos médicos e aos meios de comunicação social de massas. No caso de o autor e as autoridades competentes desejarem que um manuscrito seja apresentado para publicação numa revista específica, o editor desta deve ser consultado antes de qualquer difusão pública. Se os editores concordarem com a necessidade de divulgação imediata, devem prescindir das suas políticas de limitação de publicidade anterior à publicação.

3. As políticas de limitação de publicidade anterior à publicação não devem aplicar-se a relatos nos meios de comunicação social sobre apresentações em reuniões científicas ou aos resumos destas reuniões (Publicação redundante ou em duplicado). Os investigadores que apresentam o seu trabalho numa reunião científica devem ter a liberdade de discutir as suas apresentações com os jornalistas, mas devem ser desencorajados de fornecer mais pormenores sobre o seu estudo do que aqueles que apresentaram na sua comunicação.

4. Quando um artigo está prestes a ser publicado, os editores podem querer auxiliar os meios de comunicação social a preparar relatos precisos através do fornecimento de comunicados de imprensa, da resposta a perguntas, do fornecimento prévio de cópias da revista, ou da colocação dos jornalistas em contacto com os peritos adequados. Este tipo de colaboração deve ser condicionado à cooperação dos meios de comunicação social através do compromisso de fazerem coincidir a publicação de notícias com a publicação do artigo.

Publicidade

A maior parte das revistas médicas incluem publicidade, que é uma fonte de rendimento para a revista, ma não deve ser permitido à publicidade influenciar as decisões editoriais. Os editores devem ter total responsabilidade pela política de publicidade. Os leitores devem poder distinguir rapidamente publicidade e material editorial. A justaposição de material editorial e publicitário acerca dos mesmos produtos ou assuntos deve ser evitada, e a publicidade não deve ser vendida sob condição de ser incluída no mesmo número em que é publicado um determinado artigo.

Uma revista não deve ser dominada pela publicidade, mas os editores devem ser cautelosos acerca da publicação de publicidade com origem em apenas um ou dois anunciantes, dado que os leitores podem inferir que o editor foi influenciado por esses anunciantes.

As revistas não devem incluir publicidade a produtos que provaram ser gravemente nocivos para a saúde - como por exemplo o tabaco. Os editores devem assegurar-se de que as normas existentes para a publicidade são respeitadas, ou desenvolver normas próprias. Finalmente os editores devem aceitar para publicação quaisquer críticas à publicidade.

Suplementos

Suplementos são colecções de artigos que tratam de tópicos ou assuntos relacionados, são publicados como um número separado da revista ou como uma segunda parte de um número regular, e são em geral financiados por entidades exteriores à revista. Os suplementos podem ter finalidades úteis: educação, troca de informações sobre investigação, facilidade de acesso ao assunto focado, e aumento da colaboração entre entidades académicas e empresariais. Devido às fontes de financiamento, o conteúdo dos suplementos pode reflectir vieses na escolha dos tópicos e pontos de vista. Os editores devem pois ter em consideração os seguintes princípios:

1. O editor da revista deve assumir total responsabilidade pelas políticas, práticas, e conteúdo dos suplementos. O editor da revista deve aprovar a nomeação de qualquer editor do suplemento e conservar a autoridade para rejeitar artigos.

2. As fontes de financiamento da investigação, reunião e publicação, devem ser claramente enunciadas, e localizadas em local proeminente no suplemento, de preferência em todas as páginas. Sempre que possível o financiamento deve provir de mais do que um patrocinador.

3. A publicidade nos suplementos deve obedecer à mesma política seguida para a publicidade no resto da revista.

4. Os editores devem permitir aos leitores a distinção pronta entre páginas de edição normais e páginas do suplemento.

5. A montagem não deve ser permitida à organização financiadora.

6. Os editores de revistas e os editores de suplementos não devem aceitar favores pessoais ou compensações excessivas por parte dos patrocinadores de suplementos.

7. A publicação secundária em suplementos deve ser claramente identificada através da citação do artigo original. Deve evitar-se a publicação redundante.

Papel da coluna de correspondência

Todas as revistas biomédicas deveriam ter uma

secção incluindo comentários, perguntas, ou críticas acerca de artigos que publicaram, na qual os autores originais podem responder. Em geral, mas não necessariamente, esta secção pode revestir a forma de coluna de uma correspondência. A ausência de uma secção deste tipo retira aos leitores a possibilidade de responder a artigos na mesma revista em que o trabalho original foi publicado.

Competição de manuscritos baseados no mesmo estudo

Os editores podem receber manuscritos de autores diferentes com interpretações do mesmo estudo em competição. Têm então de decidir se aceitam para revisão manuscritos em competição que lhes foram enviados mais ou menos simultaneamente por grupos ou autores diferentes, ou podem ser solicitados a considerar um manuscrito, ao mesmo tempo que um outro manuscrito em competição foi ou será enviado para outra revista. Pondo de lado a questão não resolvida da propriedade dos dados, discute-se aqui o que os editores deveriam fazer quando confrontados com a recepção de manuscritos em competição baseados no mesmo estudo.

Consideram-se dois tipos de envios múltiplos para publicação: envios por colaboradores no trabalho que estão em desacordo sobre a análise e interpretação do seu estudo, e envio por colaboradores no trabalho que discordam acerca do significado dos factos e da escolha dos dados a serem relatados.

As observações gerais que se seguem podem ajudar os editores e outras pessoas a lidar com este problema.

Diferenças na análise ou interpretação - Normalmente as revistas não quererão publicar artigos diferentes da autoria de membros de uma equipa de investigação em conflito, que têm análises e interpretações diferentes dos dados, e o envio de tais manuscritos deve ser desencorajado. Se os colaboradores no trabalho não conseguem resolver as suas diferenças de interpretação antes de enviar o manuscrito, devem considerar a hipótese de enviar um manuscrito contendo múltiplas interpretações e chamar a atenção do editor para a sua divergência de modo a que os revisores possam considerar a questão. Uma das importantes funções da revisão por pares é avaliar a análise e interpretação dos autores e sugerir modificações adequadas das conclusões antes da publicação. Em alternativa, após a publicação da versão em disputa, os editores podem querer tomar em consideração uma carta ao editor ou um segundo manuscrito dos autores dissidentes. Os envios múltiplos colocam aos editores um dilema. A publicação de manuscritos em contencioso para ventilar as disputas dos autores pode ser um desperdício de espaço da revista e confundir os leitores. Por outro lado, se os editores publicam conscientemente um manuscrito escrito apenas por

alguns dos colaboradores no trabalho, poderão estar a negar aos outros elementos da equipa os seus legítimos direitos de co-autoria.

Diferenças nos métodos ou resultados relatados - Os trabalhadores divergem muitas vezes nas suas opiniões acerca do que foi efectivamente feito e observado e de quais os dados que devem ser relatados. Não pode esperar-se que a revisão por pares resolva este problema. Os editores devem rejeitar a apreciação deste tipo de envio múltiplo até resolução do problema. Para além disso, se houver alegação de desonestidade ou de fraude, os editores devem informar as autoridades competentes.

Os casos descritos acima devem ser distinguidos dos casos em que autores independentes e não trabalhando em colaboração enviam manuscritos diferentes baseados em análises diferentes de dados publicados disponíveis. Neste caso a aceitação editorial de envios múltiplos pode ser justificada, e ser mesmo uma boa razão para publicar mais do que um manuscrito, dado que abordagens analíticas diferentes podem ser complementares e igualmente válidas.

CITAÇÕES DESTAS NORMAS

Revistas em todo o mundo publicaram estas normas e as declarações anexas (e o documento está disponível actualmente em várias outras localizações na World Wide Web). Para citar a versão mais recente destas Normas, assegurar-se de que se cita uma versão publicada em 1 de Janeiro de 1997 ou posteriormente.

As citações do original deste documento podem ser feitas por referência a uma das várias revistas nas quais foi publicado, nomeadamente aquela a partir da qual esta tradução foi feita:

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. JAMA 1997;277:927-34.

Esta tradução foi feita por José António Miranda. Este documento não está protegido por direitos de autor; pode ser copiado ou distribuído gratuitamente com fins não lucrativos.

As citações desta tradução portuguesa devem ser feitas pelas seguintes referências:

Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas. Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas. Rev Port Clin Geral 1997;14: 159-74.

ou
Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas. Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas. In: Miranda JA. Normas de Vancouver. 1998 Fev 14: (69 ecrans). Disponível em: URL: <http://homepage.esoterica.pt/~nx2fmd/Normas.html>