



**CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA – ARARUNA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB O PONTO DE VISTA INFANTIL NA
CIDADE DE ARARUNA-PB**

Acadêmica: Káise Tavares Pontes
Orientadora: Catarina Ribeiro Barros de Alencar

**Araruna/PB
2015**

**KAÍSE TAVARES PONTES
CATARINA RIBEIRO BARROS DE ALENCAR**

**O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB O PONTO DE VISTA INFANTIL NA
CIDADE DE ARARUNA-PB**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da UEPB – Campus VIII como requisito para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

**Araruna/PB
2015**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

P813a Pontes, Káise Tavares

O atendimento odontológico sob o ponto de vista Infantil na cidade de Araruna- PB [manuscrito] / Káise Tavares Pontes. - 2015.

38 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em ODONTOLOGIA) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Tecnologia e Saúde, 2015.

"Orientação: Profa. Ma. Catarina Ribeiro Barros de Alencar, Departamento de ODONTOLOGIA".

1. Odontopediatria. 2. Psicologia infantil. 3. Avaliação em saúde. I. Título.

21. ed. CDD 617.645

Káise Tavares Pontes

**ARTIGO APRESENTADO AO CURSO DE
ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DA PARAÍBA COMO PRÉ
REQUISITO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO
DE GRADUADO.**

**O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB O PONTO DE VISTA INFANTIL
NA CIDADE DE ARARUNA-PB**

apresentado em 14/04/2015

Banca Examinadora

Catarina R. B. de Alencar

**Profa. Ma. Catarina Ribeiro Barros de Alencar (UEPB)
(Orientadora)**

Alidianne Fábria Cabral Xavier

**Profa. Ma. Alidianne Fábria Cabral Xavier (UEPB)
(Membro Interno)**

Ana Marly Araújo Maia

**Profa. Dra. Ana Marly Araújo Maia (UEPB)
(Membro Interno)**

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Feliciano e Geíza, pelo amor incondicional e por investirem e incentivarem sempre os meus estudos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar sempre ao meu lado, me guiando, concedendo-me força, proteção e iluminando a minha vida.

Aos meus pais, Feliciano e Geíza, pelo apoio, amor, incentivo e carinho que sempre me ofereceram.

À minha irmã, Kaiane, que caminha ao meu lado e me apoia.

À minha orientadora Prof.^a Catarina Alencar, por ter me aceito e me acolhido com tanto carinho. Agradeço pela dedicada e competente atenção com este trabalho, sempre de maneira muito receptiva e aberta. Serei eternamente grata!

À Juneise, minha dupla na clínica, que foi minha companheira durante todo o curso. Não poderia ter tido uma dupla melhor!

À Prof.^a Ilana Sanamaika, que iniciou esse projeto comigo e foi fundamental na sua elaboração.

Agradeço em especial as crianças que participaram desse estudo e contribuíram para a realização do meu TCC.

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO	05
2 OBJETIVOS	07
3 ARTIGO	08
3.1 RESUMO	09
3.2 INTRODUÇÃO	10
3.3 MATERIAL E MÉTODOS	11
3.4 RESULTADOS	12
3.5 DISCUSSÃO	15
3.6 CONCLUSÃO	17
3.7 ABSTRACT	18
3.8 REFERENCIAS	20
3.9 TABELAS	21
3.10 FIGURAS	23
ANEXOS	
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
APÊNDICES	
APÊNDICE 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
APÊNDICE 2. FICHA PARA COLETA DE DADOS	

1 INTRODUÇÃO

O atendimento odontológico de crianças é uma área que requer uma atenção especial¹. A visita odontológica, ainda nos primeiros anos de vida, possibilita que as crianças tenham desde cedo maior contato e familiarização com o ambiente odontológico, tendo oportunidade de adquirir hábitos mais saudáveis, ter uma melhor qualidade de vida e experiências positivas com relação à saúde bucal².

A abordagem ideal do paciente infantil envolve a compreensão de alguns fatores, tais como: cirurgião-dentista e seu ambiente profissional, estrutura familiar na qual a criança está inserida, além do próprio paciente³. Segundo Moraes et al⁴ a intensidade com que as variáveis psicossociais se manifestam no consultório odontológico aumenta à medida que o paciente se sente mais vulnerável. Deste modo, a identificação de fatores causadores do medo e da ansiedade no tratamento odontológico permite o emprego de procedimentos e atitudes que podem auxiliar a reduzir o caráter estressante com que a criança percebe a situação de tratamento dentário⁵.

Para se romper o ciclo vicioso do medo/ansiedade ao tratamento dentário, que acarreta a fuga à consulta e baixa qualidade de saúde bucal, é fundamental o estabelecimento de uma boa relação entre paciente e profissional⁵. A comunicação entre o dentista e a criança, proporcionando um relacionamento amigável e amistoso durante o atendimento, é essencial para o sucesso do tratamento odontológico⁶. Dessa forma, o atendimento odontológico infantil requer o gerenciamento do comportamento da criança de forma a possibilitar o exame e intervenções objetivando a promoção da saúde⁷.

Quando se trata do atendimento às crianças, a avaliação do mesmo geralmente é realizada pela percepção dos pais ou responsáveis. No entanto, o relato dos pais/responsáveis pode não refletir de forma verídica a real visão da criança quanto ao atendimento que está recebendo no consultório odontológico⁸.

A imagem negativa do cirurgião-dentista e da odontologia, culturalmente difundida na sociedade, pode ser considerada como um dos desencadeadores do comportamento de medo do tratamento odontológico, que atinge parte da população em geral e mais da metade dos pacientes infantis. Na criança o medo e a ansiedade são causados principalmente por experiência traumática anterior e por histórias contadas por familiares. Como consequência, o paciente evita a procura pelo atendimento odontológico, o que agrava a sua condição de saúde bucal⁹.

Assim sendo, a percepção da criança sobre a experiência odontológica vivenciada é de suma importância para a compreensão da prática odontológica desenvolvida no âmbito dos diferentes ambientes que oferecem este tipo de serviço. Esses conhecimentos podem permitir que os profissionais que atendem crianças identifiquem as falhas cometidas e possam desenvolver novas formas de interação durante o atendimento odontológico para modificar comportamentos negativos e/ou reforçar os positivos.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo avaliar a percepção de crianças entre 5 e 8 anos de idade acerca do tratamento odontológico, da figura do cirurgião-dentista e de sua própria condição de saúde bucal, mediante a análise de informações obtidas por entrevista e desenhos-estórias sobre o tema.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a visão de crianças entre 5 e 8 anos de idade matriculadas na rede pública de ensino do município de Araruna-PB acerca do atendimento odontológico mediante a análise de informações obtidas por entrevista e desenhos-estórias sobre o tema.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Constituíram objetivos específicos:

- Avaliar a visão das crianças sobre o ambiente odontológico e sua concepção sobre o modelo de tratamento odontológico;
- Analisar a percepção da imagem do cirurgião-dentista;
- Determinar as manifestações infantis frente ao tratamento odontológico;
- Definir a visão da criança sobre o atendimento odontológico recebido;
- Estimar a autopercepção de saúde bucal e a necessidade autoreferida de tratamento odontológico.
- Comparar os dados do exame com os achados obtidos na entrevista.

O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB O PONTO DE VISTA INFANTIL NA CIDADE DE ARARUNA-PB

Dental care under the childish viewpoint in Araruna, Paraíba, Brazil

Káise Tavares Pontes¹

Catarina Ribeiro Barros de Alencar²

1. Acadêmica do curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Araruna, Paraíba, Brasil.
2. Professora substituta de Odontopediatria, Ortodontia Pré-Clínica e Clínica Integrada da Infância na Universidade Estadual da Paraíba – Araruna, Paraíba, Brasil.

Endereço para correspondência: Catarina Ribeiro Barros de Alencar

Universidade Estadual da Paraíba, Campus VIII - Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, Curso de Odontologia

Avenida Coronel Pedro Targino; S/N CEP 58233-000, Araruna - Paraíba E-mail: catarina.rba@gmail.com Telefone: (83) 3373-1040 / (83) 3373-1415

O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB O PONTO DE VISTA INFANTIL NA CIDADE DE ARARUNA-PB

Dental care under the childish viewpoint in Araruna, Paraiba, Brazil

RESUMO

Objetivo: Conhecer a visão de crianças sobre o atendimento odontológico. **Material e Métodos:** Crianças de 5 a 8 anos (n=45) matriculadas em escolas municipais da cidade de Araruna-PB participaram do estudo composto pela técnica do desenho-estória e entrevista qualitativa sobre o atendimento odontológico. Foi realizado exame clínico para o registro do número de dentes cariados, perdidos e obturados. Para a análise dos desenhos-estórias foram consideradas quatro categorias (ambiente odontológico, tratamento odontológico, imagem do dentista e manifestação comportamental), desdobradas em subcategorias. As informações obtidas nas entrevistas foram agrupadas pela semelhança do conteúdo e quantificadas numericamente. Os dados foram apresentados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** As categorias mais frequentes nos desenhos-estórias foram o ambiente (75%) e o tratamento odontológico (21%), com ênfase para o tratamento curativo. A imagem do dentista foi considerada humanizada (96%) e o modelo de tratamento descrito como técnico-curativo (87%). O procedimento clínico foi considerado o ponto mais positivo do atendimento odontológico (60%), quando estava associado ao alívio de dor, e o mais negativo (27%), quando gerou dor na criança. As crianças mostraram-se satisfeitas com o sorriso (87%) e 60% relataram necessidade de tratamento odontológico. Lesões de cárie foram diagnosticadas em 76% das crianças e dentre aquelas que acreditavam não necessitar de atendimento odontológico (38%), apenas 11% estavam livres de cárie. **Conclusões:** Foi constatada uma visão humanizada do cirurgião-dentista e um modelo de atendimento odontológico curativista. A necessidade autoreferida de acompanhamento odontológico não foi condizente com a precária condição de saúde bucal das crianças avaliadas.

PALAVRAS CHAVES: Odontopediatria. Psicologia infantil. Avaliação em saúde.

3.2 INTRODUÇÃO

A visita odontológica, ainda nos primeiros anos de vida, possibilita que o indivíduo tenha desde cedo maior contato e familiarização com o ambiente odontológico, tendo oportunidade de adquirir hábitos mais saudáveis, ter uma melhor qualidade de vida e experiências positivas com relação a saúde bucal².

Para tanto, o atendimento odontológico infantil requer o gerenciamento do comportamento da criança de forma a possibilitar o exame e intervenções objetivando a promoção da saúde⁷. Quando se trata do atendimento às crianças, a avaliação do serviço prestado geralmente é realizada pela percepção dos pais ou responsáveis. No entanto, o relato dos pais/responsáveis pode não refletir de forma verídica a real visão da criança quanto ao atendimento recebido no consultório odontológico⁸.

A imagem negativa do cirurgião-dentista e da odontologia, culturalmente difundida na sociedade, pode ser considerada como um dos desencadeadores do comportamento de medo do tratamento dentário, que atinge parte da população em geral e mais da metade dos pacientes infantis. Na criança, o medo e a ansiedade são causados principalmente por experiência traumática anterior e por relatos contadas por familiares. Como consequência, o paciente evita a procura pelo atendimento odontológico, o que agrava a sua condição de saúde bucal⁹.

Assim sendo, conhecer a percepção da criança sobre a experiência odontológica vivenciada é de suma importância para a compreensão da prática odontológica desenvolvida no âmbito dos diferentes ambientes que oferecem este tipo de serviço. Esses conhecimentos podem permitir que os profissionais que atendem crianças identifiquem as falhas cometidas e possam desenvolver novas formas de interação durante o atendimento odontológico para modificar comportamentos negativos e/ou reforçar os positivos.

Partindo deste princípio, este estudo objetivou avaliar a percepção de crianças entre 5 e 8 anos de idade acerca do tratamento odontológico, da figura o cirurgião-dentista e de sua própria condição de saúde bucal, mediante a análise de informações obtidas por entrevista e desenhos-estórias sobre o tema.

3.3 MATERIAL E MÉTODOS

A investigação realizada apresenta caráter quanti-qualitativo, epidemiológico e descritivo. Os sujeitos do estudo foram crianças matriculadas na primeira fase do ensino fundamental de escolas públicas do município de Araruna-PB e os dados foram coletados no segundo semestre letivo do ano de 2014.

O projeto de pesquisa do presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, recebendo parecer favorável à sua realização (protocolo nº 32256014.0.0000.5187) (Anexo 1). Os responsáveis legais pelas crianças foram informados sobre o caráter e objetivos do estudo, autorizando a participação voluntária da criança através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O número de crianças pesquisadas foi delimitado pela técnica da saturação dos dados. Participaram do estudo 45 crianças de ambos os sexos, entre 5 e 8 anos de idade, matriculadas em três escolas da rede municipal de ensino da cidade de Araruna-PB. Foram excluídas crianças com dificuldades motoras ou deficiência mental e crianças que nunca haviam comparecido a uma consulta odontológica. As crianças que se recusaram a responder as perguntas da entrevista ou a fazer o desenho proposto, mesmo tendo os seus responsáveis legais autorizado a participação no estudo, também foram excluídas da amostra. Crianças que deixaram de responder apenas uma das perguntas da entrevista não foram excluídas do estudo.

Previamente à etapa de coleta dos dados, foi realizado um estudo piloto com 9 crianças, cujos resultados não foram incluídos nesta análise. A coleta de dados foi realizada através da técnica do desenho-estória com tema, para permitir a associação de um processo expressivo-motor, que adota o desenho livre, e um procedimento perceptivo-dinâmico, que utiliza a sua verbalização temática¹⁰. As respostas e a descrição do desenho realizado foram fielmente transcritas de modo a serem posteriormente avaliadas. Foi realizada uma entrevista cujas questões foram adaptadas de estudo prévio³.

Todos os dados foram coletados no próprio ambiente escolar, numa sala cedida pela diretoria da escola, em horário de aula. Cada criança foi abordada individualmente e foi convidada a ausentar-se da sala de aula por cerca de 30 a 50 minutos. A saída da criança foi previamente autorizada pelos professores, que julgaram que a participação no estudo não comprometeria o desempenho escolar. Inicialmente, foi solicitada a elaboração de um desenho sobre o tema *cirurgia* -

dentista e ambiente odontológico. A cada criança foram disponibilizados lápis grafite, borracha, folha de papel sem pautas, lápis de cor, e giz de cera. Posteriormente, cada criança era convidada descrever o desenho realizado.

Finalizado o desenho, foi solicitado que a criança respondesse a entrevista com as seguintes perguntas: 1) *O que é um dentista?* 2) *Quando você foi ao dentista, como ele tratou você?* 3) *Do que você mais gostou?* 4) *Do que você menos gostou?* 5) *Você está feliz com seus dentes? Por quê?* 6) *Você acha que precisa ir ao dentista? Por quê?*

Por fim, as crianças foram submetidas a um exame clínico básico, após escovação supervisionada, para detecção de dentes com lesões de cárie cavitadas, perdas precoces de dentes decíduos e dentes restaurados, de modo a fornecer informações sobre a história pregressa e atual de atividade de cárie das crianças que fizeram parte da amostra. Para tanto, um examinador utilizando luvas de procedimento, usou espátulas de madeira, para afastar os tecidos moles, e compressas de gaze para secagem das superfícies dentárias. O exame foi realizado no ambiente escolar, em cadeira convencional e sob luz natural sendo feito o registro numérico dos dentes cariados, perdidos e restaurados.

A análise dos dados ocorreu com base na técnica de análise temática proposta por Bardin¹¹. Os desenhos foram interpretados separadamente por duas pesquisadoras que utilizaram o roteiro descritivo das categorias baseado em estudo anterior¹⁰. Inicialmente, foi efetuada a leitura flutuante para a tomada de contato inicial com o material produzido (desenhos-estórias e entrevistas). Posteriormente, foi realizada a observação sistemática dos desenhos, com agrupamento por semelhanças gráficas, e a leitura sistemática dos textos obtidos para cada desenho, bem como as respostas obtidas na entrevista. A categorização do conteúdo dos desenhos e das falas foi efetuada por meio de categorias e subcategorias (Tabela 1). Desse modo, a quantificação das categorias permite definir o pensamento compartilhado coletivamente pelo grupo de sujeitos pesquisados.

3.4 RESULTADOS

Participaram do estudo 45 crianças com idades entre 5 a 8 anos, sendo o percentual de cada idade o seguinte: 5 anos (7%), 6 anos (22%), 7 anos (33%) e 8 anos (38%). O gênero feminino foi o mais frequente (67%).

Desenho-estória

Mediante a análise dos desenhos-estória com tema identificou-se que a categoria ambiente odontológico foi abordada com maior frequência (75%). Nesta categoria, as subcategorias cirurgião-dentista e paciente foram reportadas em frequências muito próximas, 27,5% e 24,3% respectivamente. A segunda categoria com maior número de descrição nos desenhos foi o tratamento odontológico (21,1%) com ênfase no tratamento curativo. As categorias imagem do dentista e manifestação comportamental foram pouco evidenciadas nos desenhos, com 1,9% cada. As frequências de cada categoria e subcategoria podem ser identificadas na tabela 2.

Na figura 1 foi retratada a categoria ambiente odontológico, neste desenho é possível identificar as subcategorias: cirurgião-dentista, instrumentais e equipamentos odontológicos e equipamentos de proteção individual (EPI) - máscara e gorro.

Nas figuras 2, 3 e 4 identifica-se a categoria ambiente odontológico, com ênfase nas figuras do cirurgião-dentista e do paciente, descrição de instrumentais, equipamentos e EPI (jaleco). Nos trechos das estórias reladas, a categoria/subcategoria observada foi o tratamento odontológico curativo, com referência aos procedimentos de exodontia e restauração.

A figura 5 retrata a categoria ambiente odontológico com a presença das subcategorias cirurgião-dentista e do paciente, instrumentais e equipamentos odontológicos e EPI (jaleco e máscara). Na estória relatada foram identificadas as categorias/subcategorias: tratamento odontológico curativo e preventivo bem como a manifestação comportamental positiva.

Entrevista

A percepção da imagem do dentista foi considerada humanizada em 96% dos relatos. A concepção do modelo de tratamento odontológico foi descrita como curativo pela maioria das crianças (87%), sendo o tratamento preventivo pouco citado (11%).

O tratamento odontológico recebido foi avaliado através de uma visão positiva (o que mais gostou) e também como negativa (o que menos gostou). Na visão positiva, o procedimento odontológico foi o mais citado (60%), quando estava associado ao alívio de dor do paciente, como identificado nos seguintes trechos:

“Eu gostei mais de arrancar o dente porque ele tava doendo” e “Eu gostei mais quando ele passou uma pomadinha, deu a anestesia e quando ele tirou meu dente, eu não senti nada”. Na visão positiva também foi destacado objetos do ambiente odontológico (22%) como, por exemplo, cadeira odontológica, seringa tríplice e sugador, bem como o próprio cirurgião-dentista (9%). Na visão negativa as respostas mais frequentes foram em relação ao procedimento odontológico (27%), quando o próprio tratamento gerou dor ou sensação de mutilação na criança: *“Não gostei quando ele empurrou a massa e ficou doendo” e “Achei ruim porque a doutora arrancou meu dente com força e doeu”.* Na visão negativa também foi destacado algum estímulo decorrente da intervenção (27%), como barulho da caneta de alta rotação e o desconforto associado ao uso de instrumentais odontológicos (13%), como agulha, seringa tríplice, rolo de algodão e sonda exploradora. Para 22% da amostra não houve aspecto negativo em relação ao tratamento odontológico.

A autopercepção da condição buco-dental foi avaliada como positiva pela maioria das crianças (87%) e os motivos mais frequentes foram a ausência de dor (25%), a presença de saúde (18%) conforme observamos no relato *“Tô feliz porque eles tão limpos, porque eles tão tratados”*, e a demonstração de auto-cuidado com a saúde bucal (13%) através de relatos como *“Tô feliz porque eles tão saudáveis, porque eu escovo direitinho pra eles crescerem lindinhos”.* Para os que avaliaram negativamente a sua condição de saúde bucal, a presença de dor foi o principal motivo relacionado (9%).

Com relação a necessidade autoreferida de acompanhamento odontológico, a maioria das crianças acredita que deve comparecer a outras consultas odontológicas (60%), sendo que *“para tratar dentes cariados”* foi o principal motivo relatado (36%). Para 38% da amostra, não há necessidade de acompanhamento odontológico. A distribuição das frequências de respostas obtidas encontra-se descrita na tabela 3.

Exame clínico e Percepção de saúde bucal

No exame clínico constatou-se que 76% das crianças apresentaram lesões de cárie, estando em 20% das crianças associada também a perda precoce de dentes decíduos. Os dados sobre a experiência de cárie atual e pregressa da amostra encontram-se descritos no gráfico 1.

Os gráficos 2 e 3 apresentam os dados da autopercepção de saúde bucal confrontados com as informações objetivas obtidas no exame clínico.

3.5 DISCUSSÃO

No âmbito do atendimento odontológico, diversos fatores são decisivos para comportamento manifestado pela criança durante a consulta, são eles: ansiedade e medo; comportamento dos pais; educação em casa; histórico da saúde médica e buco-dentária; conhecimento do problema odontológico; fatores socioeconômicos; a conduta do cirurgião-dentista durante o atendimento e o próprio procedimento por ele executado^{3 12 13}. Dentre estes fatores, a postura do profissional é, sem dúvida, um dos mais importantes^{10 14}. Nesta pesquisa, a maioria das crianças revelou comportamentos positivos, relação de confiança e boa comunicação com o profissional, o que contribui para um bom atendimento clínico. Confirmando essa condição positiva estão os indicadores que evidenciam a ausência de comportamentos negativos/opositores por parte das crianças.

Alves¹ em estudo de representação social com 30 crianças de 6 a 10 anos da rede pública de ensino de Natal-RN, utilizando a técnica do desenho-estória como técnica projetiva, observou que a imagem do dentista confere a uma valorização da relação humana durante o atendimento. Elas expressaram os seus desejos de serem atendidas por profissionais que se comuniquem e interajam de forma criativa e lúdica, e há repulsa por aqueles que executam os procedimentos de forma técnica e mecânica. No presente estudo, a percepção da imagem do dentista também foi considerada humanizada pela maioria das crianças e é possível constatar através de seus relatos a importância da comunicação durante o atendimento.

Nos desenhos feitos pelas crianças, o ambiente clínico foi descrito em alguns casos com uma grande riqueza de detalhes representando o espaço de atendimento, como: armários, mesa clínica, instrumentais, cadeira odontológica, profissionais usando máscaras, gorros, etc, e muito pouca alusão aos elementos que representam o tratamento preventivo. Bottan et al⁶ e Cavalcante¹⁵ também observaram desenhos e relatos com registros detalhados do consultório odontológico evidenciando materiais, instrumentais e equipamentos, bem como a presença do acadêmico/profissional que prestava atendimento às crianças.

Nos últimos anos, muitos avanços técnicos-científicos ocorreram na área da saúde, porém observa-se que muitos profissionais ainda concentram sua atenção e atividades para um tratamento curativo em detrimento à promoção de saúde e prevenção¹. Observou-se no presente estudo que a concepção do modelo de tratamento odontológico infantil encontra-se vinculada ao modelo curativo, em particular à exodontia e restauração de dentes cariados. Acredita-se que esse achado pode estar associado à precariedade de programas educativo-preventivos no Brasil, ao contexto social menos favorecido no qual essas crianças estão inseridas e conseqüente dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou ao pouco esclarecimento dos seus responsáveis, que pode trazer como resultado a procura pelo atendimento apenas quando a doença já se encontra instalada.

Bottan et al⁵ em estudo sobre ansiedade frente ao tratamento odontológico com estudantes do ensino fundamental, identificaram que consultas de rotina, prevenindo ou minimizando a ocorrência de situações clínicas invasivas e dolorosas, podem reduzir a ansiedade ao tratamento odontológico, favorecendo a quebra do ciclo “medo do tratamento odontológico e baixa saúde bucal”. No presente estudo, consultas de rotina e tratamentos preventivos foram pouco citados, porém não houve associação desse fato com o medo do tratamento odontológico. Já em relação a baixa qualidade de saúde bucal, acredita-se que há uma associação direta com a falta de consultas de rotina e prevenção, visto que a maioria das crianças apresentaram uma precária condição de saúde bucal. Isso demonstra que o tratamento essencialmente curativo não tem sido efetivo no sentido de promover saúde.

A saúde bucal precária em crianças afeta a sua qualidade de vida de uma forma multidimensional, causando limitações funcionais, no bem-estar social e emocional. As condições clínicas, fatores socioeconômicos e ambientais exercem um impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada a saúde bucal e nível de felicidade dos indivíduos^{16 17}. No entanto, na presente pesquisa, as crianças afirmaram estar felizes com seus dentes, mesmo com uma condição de saúde bucal comprometida. Talvez isso demonstre uma incapacidade de reconhecer a saúde bucal como parte integrante da saúde sistêmica, bem como uma deficiência nas ações de educação e promoção de saúde direcionadas à população avaliada.

Assim sendo, sugere-se que novos estudos sejam conduzidos no sentido de

identificar a melhor forma de atuação junto aos profissionais de saúde para incentivar a prática preventiva como estratégia de promoção de saúde, bem como a conscientização das crianças e de seus responsáveis sobre a importância das consultas odontológicas periódicas em benefício da saúde.

3.6 CONCLUSÃO

- O ambiente odontológico foi associado à presença do cirurgião-dentista, do paciente, de materiais e instrumentais da prática odontológica, não havendo descrição do ambiente como sendo aterrorizante. O modelo de tratamento odontológico identificado foi o curativo, centrado em procedimentos invasivos, como exodontia e restauração de dentes cariados.
- A imagem do cirurgião-dentista destacada pelas crianças foi positiva, evidenciando uma imagem humanizada do profissional.
- As manifestações da criança frente ao tratamento odontológico foram pouco evidenciadas, com apenas uma referência a comportamentos negativos como choro ou medo.
- A visão das crianças sobre o atendimento odontológico recebido foi centrada no procedimento clínico. Este foi considerado positivo quando promoveu o alívio da dor manifestada pela criança e negativo quando o próprio procedimento clínico causou estímulo doloroso ou sensação de mutilação.
- A autopercepção de saúde bucal foi considerada positiva e a maioria das crianças demonstrou satisfação com o sorriso.
- A necessidade autoreferida de acompanhamento odontológico não foi condizente com a precária condição de saúde bucal das crianças avaliadas.

Objective: To know the children's viewpoint of the dental treatment. **Methods:** Children aged 5-8 years (n = 45) enrolled in municipal schools of Araruna city, state of Paraiba, Brazil, participated in the study that consisted in drawing-story with theme and a qualitative interview about the dental assistance. It was performed a clinical examination to record the number of decayed, missing and filled teeth. To analyze the drawing-stories were considered four categories (dental office, dental treatment, dentist image and behavioral manifestation) expanded in subcategories. The information obtained in the interviews were grouped by similarity of content and were quantified numerically. Data were presented by descriptive statistics. **Results:** In the drawing-story the most frequently reported categories were dental office (75%) and dental treatment (21%), with emphasis on curative treatment. The dentist image was considered humanized (96%) and the dental treatment model was described as technical-curative (87%). The clinical procedure was considered the most positive aspect of the dental care (60%), when associated with pain relief, and the most negative (27%), when led to pain. Children were satisfied with their smile (87%) and 60% reported the need of dental assistance. Carious lesions were diagnosed in 76% of children and among those who believed not need dental care (38%), only 11% were caries-free. **Conclusions:** A humanized view of the dentist and curative dental care model was found. The reported dental treatment necessity does not correspond to the precarious oral health status of the assessed children.

KEYWORDS: Pediatric Dentistry. Child psychology. Health Evaluation

REFERÊNCIAS

1. Alves RD. O tratamento odontológico sob o olhar da criança: um estudo de representações sociais [Dissertação de Mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Mestrado em Odontologia; 2005.
2. Guimarães AO, Costa ICC, Oliveira ALS. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para bebês. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2003; 6(29):83-6.
3. Hanna LMO, Araújo RJG, Gabriel, DP, Nogueira AJS. Perfil do dentista sob o olhar infantil. *Rev Científica ESAMAZ* 2009; 1(1):24-39.
4. Moraes ABA, Possobon RF, Costa Junior A L, Rolim GS, Guilhardi HJ, Aguirre N C. Contingências aversivas em serviços de saúde. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.) *Sobre comportamento e cognição*, Santo André: Esetec, 2005:83- 94.
5. Bottan ER, Silveira EG, Odebrecht CMR, Araújo, SM, Farias MMAG. Relação entre Ansiedade ao Tratamento Dentário e Caracterização do “Dentista Ideal”: Estudo com Crianças e Adolescentes. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*, 2010; 51(1):19-23.
6. Bottan ER, Silva FA, Matos RX, Silveira EG, Schmitt BHE. Visão do paciente infantil perante atendimento odontológico em clínica universitária. *FOL Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep*, 2013; 23(2):15-22.
7. Ferreira JMS, Aragão AKR, Colares V. Técnicas de Controle do Comportamento do Paciente Infantil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 2009; 2(9):247-251.
8. Massoni ACLT, Ferreira JMS, Colares V, Duarte RC. Roteiro para interpretação de desenhos: facilitando a abordagem da criança no consultório odontológico. *Arq Odontol* 2008, 44(3) 31-6.
9. Lima MA, Casanova RY. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Rev Hum Med*, 2006; 6(1).
10. Ketzer JC, Bottan ER, Araujo SM, Faruas MMAG, Silveira EG, Rocha ALH. A Visão de Crianças sobre o Atendimento Odontológico, em Função do Tipo de Instituição Escolar (Pública ou Privada). *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 2012; 12(4):541-7.
11. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2002.
12. Pires VR, Tubel MDM, Pinheiro SL, Bengtson AL. Análise da reação emocional do paciente odontopediátrico após anestesia parcial por meio de escala analógica visual. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 2005; 5(2):127-131.

13. Ramos-Jorge ML, Paiva SM. Comportamento infantil no ambiente odontológico: aspectos psicológicos e sociais. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2003, 6(29): 70- 4.
14. Daniel TS, Guimarães MDS, Long SM, Marotti NRL, Josgrilberg ÉB. Percepção do paciente infantil frente ao ambiente odontológico. *Odontologia Clín-Científ* 2008, 7(2):129-132.
15. Cavalcante OS, Matos MS, Cabral MBBS. O Cirurgião-Dentista na visão das crianças: um estudo de Representação Social em Centros Municipais de Educação infantil–Salvador/Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2014, 38(2):387-403.
16. Tuchtenhagen S, Bresolin CR, Tomazoni F, Rosa GN, Del Fabro JP, Mendes FM et al. The influence of normative and subjective oral health status on schoolchildren's happiness. *BMC Oral Health* 2015, 15(1):15.
17. Paula JS, Leite ICG, Almeida AB, Ambrosano GMB, Pereira AC, Mialhe FL The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2012, 10(6)1-8.

TABELAS

Tabela 1. Descrição resumida das categorias e subcategorias adotadas para análise dos desenhos-estórias.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Descrição do ambiente odontológico	-Material/Instrumental/Equipamentos/EPI's (Ausência ou Presença) -Dentista, Paciente, Acompanhante (Ausência ou Presença)
Modelo de tratamento odontológico	- Curativo (Referência aos instrumentais como: caneta de alta rotação, seringa, carpule. Indicação de procedimentos como: anestesia, exodontia, tratamento de cárie) - Preventivo (Referência aos produtos relacionados à higiene bucal como: escova dental, fio dental, flúor. Indicação de procedimentos como: fluoroterapia, orientações sobre higiene bucal, alimentação)
Imagem do cirurgião-dentista	- Humanizada (Expressões como: amigo, legal, conversa comigo. Imagens identificando similaridade de tamanho da figura do paciente em relação ao dentista.) - Tecnicista-mecanicista (Expressões como: eu não gosto do(a) dentista; ele(a) não conversa comigo; ele(a) é muito chato...)
Manifestação comportamental da criança	- Negativa (Expressões como: tenho medo; não gosto de ir ao dentista; fico nervoso (a), eu choro, eu fujo...) - Positiva (Expressões como: eu gosto de ir ao dentista, eu não)

Tabela 2. Frequência das categorias e subcategorias presentes nos desenhos estórias.

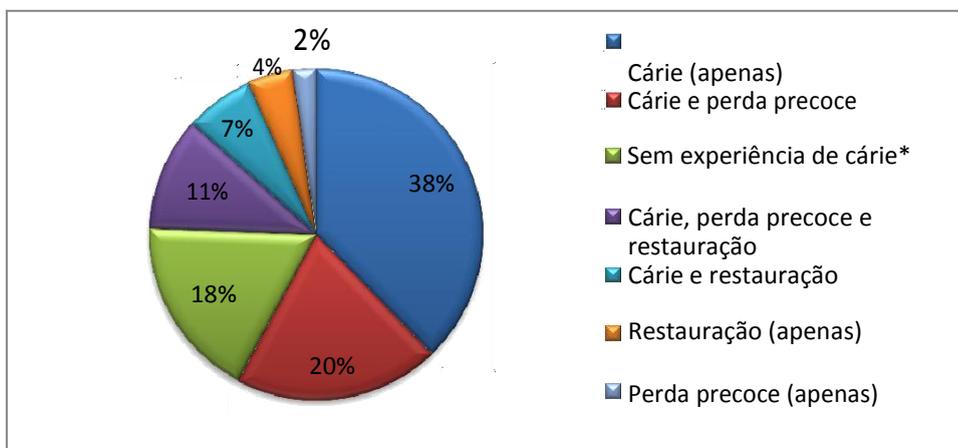
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Nº	%
Descrição do ambiente odontológico	- Cirurgião-dentista	43	27,5
	- Paciente (criança)	38	24,3
	- Acompanhante da criança	05	3,2
	- Instrumental/equipamento/EPI's	31	20
	<i>Frequência da categoria</i>	<i>117</i>	<i>75</i>
Modelo de tratamento odontológico	- Curativo	27	17,3
	- Preventivo	06	3,8
	- <i>Frequência da categoria</i>	<i>33</i>	<i>21,1</i>
Imagem do cirurgião-dentista	- Humanizada	03	1,9
	- Tecnicista-mecanicizada	00	00
	<i>Frequência da categoria</i>	<i>03</i>	<i>1,9</i>
Manifestação comportamental da criança	- Negativa	01	0,6
	- Positiva	02	1,3
	<i>Frequência da categoria</i>	<i>03</i>	<i>1,9</i>
	<i>Frequência geral</i>	<i>156</i>	<i>100</i>

Tabela 3. Frequência das categorias e subcategorias presentes nas respostas da entrevista.

CATEGORIAS		SUBCATEGORIAS	Nº	%
Percepção da imagem do dentista		Humanizada	43	96
		Tecnicista-mecanicista	2	4
Concepção do modelo de tratamento odontológico	Curativo		39	87
	Preventivo		5	11
	Não respondeu		1	2
Apreciação do tratamento odontológico recebido	Visão positiva	Procedimento odontológico	27	60
		Objeto do ambiente odontológico	10	22
		Cirurgião-dentista	4	9
		Sensação do alívio de dor	1	2
		Presença da mãe	1	2
	Não especificou o motivo		2	5
	Visão negativa	Procedimento odontológico	12	27
		Estímulo decorrente do tratamento odontológico	12	27
		Gostou de tudo	10	22
		Instrumental/objeto	6	13
Cirurgião-dentista		1	2	
Não respondeu		4	9	
Autopercepção da condição buco-dental	Visão Positiva	Ausência de dor	11	25
		Concepção de saúde	8	18
		Demonstração de auto-cuidado com a saúde bucal	6	13
		Percepção da função dos dentes	4	9
		Substituição dos dentes decíduos pelos dentes permanentes	4	9
	Visão negativa	Estética agradável	1	2
		Não especificou motivo	5	11
		Presença de dor	4	9
		Percepção da perda dos dentes pelo processo carioso	1	2
		Não especificou motivo	1	2
Necessidade autoreferida de acompanhamento odontológico	Sim	Tratar dentes cariados	16	36
		Procedimentos preventivos	4	9
		Percepção que o dentista é responsável pela saúde bucal	2	4
		Queixa de dor	3	7
	Não	Extraír dentes decíduos	2	4
		Não precisa/problema já foi resolvido	15	34
		Não quer	1	2
		Apenas em caso de dor	1	2
Não respondeu		1	2	

FIGURAS

Gráfico 1. Condição de saúde bucal avaliada através de exame clínico



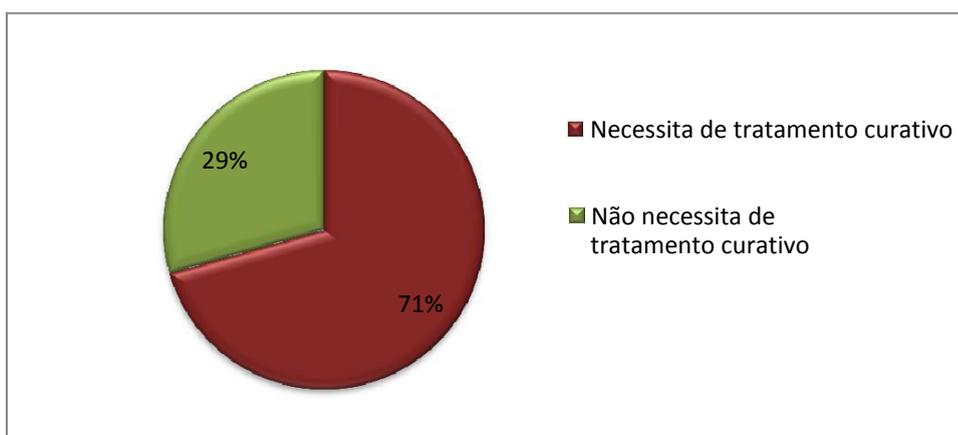
* Crianças que não apresentaram lesões de cárie, perda precoce e dentes restaurados.

Gráfico 2. Parcela da amostra que afirma necessitar ir ao dentista



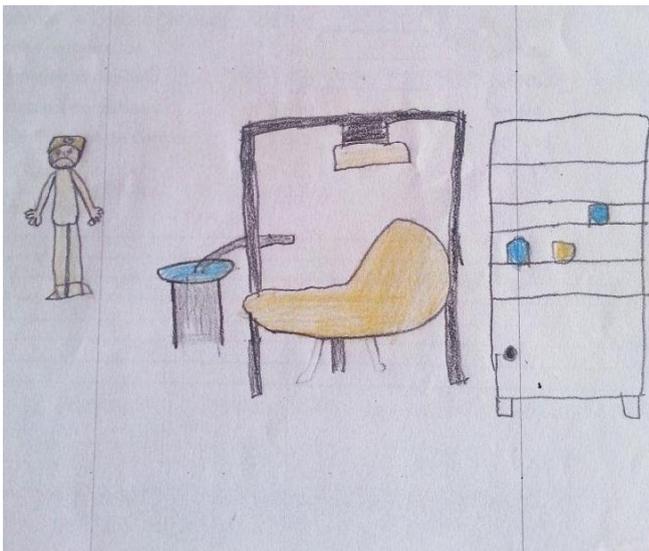
O valor total (100%) corresponde a 27 crianças.

Gráfico 3. Parcela da amostra que afirma não necessitar ir ao dentista



O valor total (100%) corresponde a 17 crianças.

Figura 1



“Aqui é o médico, aqui era onde eu cuspi, aqui era uma lâmpada pra ver o dente, aqui era a cadeira e o armário de pegar as coisas.”

Menino, 07 anos.

Figura 2



“Aqui é eu na cadeira e ele com o negocinho que arranca o dente. Aqui é o lixo, aqui é o armário dele com um vaso de flores e a malinha que ele tem. Fiz também uma cadeira e o banheiro.”

Menina, 07 anos.

Figura 3



“Isso aqui foi que botou a água, isso aqui foi que furou meu dente, um remédio pra tampar meu dente e umas lãs que ela botou, e a anestesia. Fiz a cama, a pia, eu e ela.”

Menina, 08 anos.

Figura 4



“Desenhei a dentista, eu sentada, a luzinha, um balcão, um gel pra passar no dente pra deixar dormente e a dentista com a roupa de fazer a consulta.”

Menina, 08 anos.

Figura 5



“Fiz a pia, a mala, a luz, a cadeira e o lugar que ele aperta pra subir a mesa. Em cima da mesa tem uma agulha, uma escova, um copinho com meu dente. Ele e eu saindo feliz e alegre sem meu dente doendo.”

Menina, 08 anos

ANEXOS

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROFESSORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof^a Dra. Doralticia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR 19

Número do Protocolo: 32256014.0.0000.5187

Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 26/08/2014

Pesquisador(a) Responsável: Ilana Sanamaika Queiroga Bezerra .

Situação do parecer: Aprovado

Apresentação do Projeto: O projeto é intitulado “ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB O PONTO DE VISTA INFANTIL NA CIDADE DE ARARUNA-PB”, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba para Análise e parecer com fins de desenvolvimento e posterior publicação de artigos científicos.

Objetivo da Pesquisa: Tem como objetivo geral: **Avaliar a percepção das crianças sobre o atendimento odontológico, através de entrevista e da interpretação de desenhos livres de escolares da rede pública do município de Araruna-PB.**

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Não importa em riscos maiores. Entretanto, irá beneficiar os sujeitos diretamente na identificação de problemas que possam afetar a qualidade de atenção odontológica e o relacionamento das crianças com os cirurgiões-dentistas, podendo contribuir com a melhor a qualidade de atenção odontológica oferecida às crianças no serviço público da cidade de Araruna-PB.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Compreender a percepção do paciente em relação ao atendimento odontológico é um importante dado para entender como o mesmo percebe e vivencia a experiência odontológica. No atendimento infantil, a avaliação dessa percepção geralmente é feita pelos pais ou responsáveis, não refletindo, na maioria das vezes, a verdadeira visão das crianças. Baseado nisso, este estudo tem como objetivo avaliar a visão infantil sobre o atendimento odontológico, sobre o cirurgião-dentista e a autopercepção sobre saúde bucal. A população-alvo será formada por crianças, com idade entre 4 e 8 anos, matriculadas na Escola Municipal de Ensino Fundamental Monsenhor Severino Cavalcante de Miranda, na Escola Municipal de Ensino Fundamental Marizete Araújo Bezerra, localizadas na zona urbana, e na Escola Municipal de Ensino Fundamental Ernesto Moreira, localizada na zona rural, na cidade de Araruna-PB. Para coleta de dados será utilizada a técnica do desenho-estória com tema e uma entrevista. A análise dos dados será realizada com base na técnica proposta por Bardin. Espera-se que os resultados forneçam contribuições para a prática dos dentistas que atendem crianças, permitindo refletir sobre as práticas odontológicas que vem sendo desenvolvidas atualmente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador:

Recomendações: Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências.



APÊNDICES

Apêndice 1. Termo de consentimento livre e esclarecido

Projeto: O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB O PONTO DE VISTA INFANTIL NA CIDADE DE ARARUNA-PB

Este é um convite para você participar da pesquisa “**O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB O PONTO DE VISTA INFANTIL NA CIDADE DE ARARUNA-PB**”, que é coordenada pela Professora Catarina Ribeiro Barros de Alencar. A participação de seu/sua filho(a) neste estudo irá beneficiá-lo(a) na identificação de problemas que possam afetar a qualidade de atenção odontológica e o relacionamento das crianças com os dentistas, e assim, contribuir com a melhora da qualidade do atendimento às crianças.

O tratamento odontológico, muitas vezes, pode causar medo, aflição e ansiedade, principalmente em crianças, acarretando em dificuldades no atendimento. Saber das próprias crianças o que causa esses medos pode facilitar o atendimento e tornar a consulta mais agradável, resultando num atendimento de melhor qualidade e no bom relacionamento entre o dentista e o paciente.

Para isso, será feita uma entrevista com seu/sua filho(a) para saber como ele(a) vê o dentista e o atendimento odontológico, bem como sua própria percepção sobre saúde bucal. Depois será entregue um material para que ele(a) desenhe sobre o tema “ como você vê o dentista” e os desenhos serão posteriormente analisados.

Os riscos envolvidos com a participação do seu/sua filho(a) serão mínimos, já que não serão realizados procedimentos clínicos na boca dele(a). Vamos apenas analisar a entrevista, os desenhos e realizar um breve exame clínico. Todas as informações obtidas serão mantidas em segredo e a divulgação dos resultados será feita de forma que não identifique seu/sua filho(a). Seu/Sua filho (a) só vai participar se você permitir, ele(a) não será prejudicado na escola e você pode desistir a qualquer momento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente à Catarina Ribeiro Barros de Alencar, no Campus VIII da UEPB, no endereço Rua Coronel Pedro Targino, s/n, Centro, Araruna-PB, ou pelo telefone (83)3373-1040. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB, localizado no *Campus I* da UEPB, ou pelo telefone (83)3215-3135.

Consentimento Livre e Esclarecido

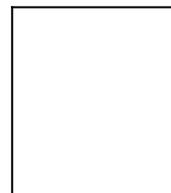
Eu, _____, declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo que meu filho participe voluntariamente da pesquisa “**O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB O PONTO DE VISTA INFANTIL NA CIDADE DE ARARUNA-PB**”.

Assinatura do Representante Legal

Profª. Catarina Ribeiro Barros de Alencar

Pesquisador responsável

Rua Coronel Pedro Targino, s/n, Centro, Araruna-PB CEP:58233-000



Apêndice 2. Ficha para coleta de dados



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII - PROFESSORA MARIA DA PENHA - ARARUNA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

Projeto: O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB O PONTO DE VISTA INFANTIL NA CIDADE DE ARARUNA-PB

DADOS PESSOAIS:

Escola: _____

Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ___/___/___ Gênero: () F () M

1. O que é um dentista? _____

2. Quando você foi ao dentista, como ele tratou você? _____

3. Do que você mais gostou? _____

4. Do que você menos gostou? _____

5. Você está feliz com seus dentes? Por quê? _____

6. Você acha que precisa ir ao dentista? Por quê? _____

Faça um desenho do seu dentista e da sala onde ele lhe atende.

Associação Paulistana de Cirurgiões-Dentistas

Normas de Publicação

1. MISSÃO

A Revista da APCD é o órgão de divulgação científica da Associação Paulista de Cirurgiões--Dentistas. É publicada trimestralmente e destina-se à veiculação de originais nas seguintes categorias: artigo original; relato de caso(s) clínico(s); revisão de literatura; matéria especial de caráter jornalístico (“Matéria de capa”); informações sobre os Centros de Excelência (“Excelência em Odontologia”); informações gerais para o paciente (“Orientando o paciente”);

Respeitadas as categorias apresentadas acima, os originais submetidos devem estar de acordo com a linha editorial da Revista, eminentemente voltada aos clínicos e especialistas, devendo oferecer uma visão clínica integrada da Odontologia. A Revista da APCD aceita artigos de autores nacionais e internacionais, desde que estejam em inglês e português. Os artigos de revisão de literatura devem enfatizar assuntos de relevância clínica sobre tópicos atuais da Odontologia. A revisão deve ser baseada em uma análise crítica da literatura e pode incluir dados ou exemplos da experiência de pesquisas científicas ou clínicas dos autores.

2. NORMAS GERAIS

2.a. Os originais deverão ser submetidos por meio do site www.sgponline.com.br/apcd.

2.b. O conteúdo dos originais deve ser inédito. Não pode ter sido publicado anteriormente nem ser concomitantemente submetido à apreciação em outros periódicos, sejam eles nacionais ou internacionais.

2.c. Uma vez submetidos os originais, a Revista da APCD passa a deter os direitos autorais exclusivos sobre o seu conteúdo, podendo autorizar ou desautorizar a sua veiculação, total ou parcial, em qualquer outro meio de comunicação, resguardando-se a divulgação de sua autoria original. Para tanto, deverá ser anexado por meio do site o documento de transferência de direitos autorais contendo a assinatura de cada um dos autores, cujo modelo está reproduzido abaixo:

Termo de Transferência de Direitos Autorais

Eu (nós), autor(es) do trabalho intitulado [título do trabalho], o qual submeto(emos) à apreciação da Revista da APCD, declaro(amos) concordar, por meio deste suficiente instrumento, que os direitos autorais referentes ao citado trabalho tornem-se propriedade exclusiva da Revista da APCD desde a data de sua submissão, sendo vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação de qualquer natureza, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e obtida junto à Revista da APCD. No caso de não-aceitação para publicação, essa transferência de direitos autorais será automaticamente revogada após a devolução definitiva do citado trabalho por parte da Revista da APCD, mediante o recebimento, por parte do autor, de ofício específico para esse fim.

[Data/assinatura(s)]

2.d. A Revista da APCD reserva-se o direito de adequar o texto e as figuras recebidos segundo princípios de clareza e qualidade.

2.e. Os conceitos e as afirmações constantes nos originais são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo, necessariamente, a opinião da Revista da APCD, representada por meio de seu corpo editorial e comissão de avaliação.

3. FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ORIGINAIS

3.a. Categorias de originais, elementos constituintes obrigatórios, ordem de apresentação e limites: Artigo original – Título; resumo; descritores; relevância clínica; introdução; materiais e métodos; resultados; discussão; conclusão; aplicação clínica; agradecimentos (se houver); referências; legendas; título, resumo (abstract) e descritores em inglês (descriptors). Limites: 20 páginas de texto, 2 tabelas e 16 figuras. Relato de caso(s) clínico(s) – Título; resumo; descritores; relevância clínica; introdução; relato do(s) caso(s) clínico(s), discussão; conclusão; aplicação clínica; agradecimentos (se houver); referências; legendas; título, resumo (abstract) e descritores em inglês (descriptors). Limites: 10 páginas de texto, 2 tabelas e 16 figuras. Revisão de literatura - Título; resumo; descritores; relevância clínica; introdução; revisão sistemática da literatura; materiais e métodos (por exemplo, como foram selecionados os artigos); discussão; conclusão; agradecimentos (se houver); referências; legendas; título, resumo e descritores em inglês (title, abstract and descriptors). Limites: 20 páginas de texto, 2 tabelas e 16 figuras.

Orientando o paciente - Título em português

e inglês; perguntas e respostas visando cobrir aspectos de grande relevância para o leigo, utilizando linguagem de fácil entendimento. No mínimo, 5 referências bibliográficas e, no máximo, 10. Limites: 2 páginas de texto e 2 figuras em TIFF ou JPEG, em resolução de 300 DPIs, sendo obrigatório, pelo menos, o envio de uma figura. Carta ao Editor - Espaço destinado exclusivamente à publicação da opinião dos leitores da Revista da APCD sobre seu conteúdo jornalístico e científico. É necessário especificar profissão e área de atuação; as críticas, principalmente direcionadas aos artigos, devem ter embasamento científico e mencionar o título do trabalho a que se refere. Limites: máximo de 900 caracteres (100 de título e 800 de texto).

3.b. Texto

3.b.1. Página de rosto: a página de rosto deverá conter o título; nome completo, titulação e afiliação acadêmica dos autores (no caso de diversas filiações, escolher apenas uma para citar); endereço completo contendo telefone, FAX e e-mail para contato do autor correspondente; especificação da categoria sob a qual os originais devem ser avaliados; especificação da área (ou áreas associadas) de enfoque do trabalho (ex.: Ortodontia, Periodontia/Dentística).

3.b.2. Título: máximo de 100 caracteres. Não pode conter nomes comerciais no

título.

3.b.3. Resumo: máximo de 250 palavras. Deve ser composto seguindo a seguinte sequência: Objetivos, Materiais e Métodos, Resultados, Conclusão.

3.b.4. Relevância Clínica: descrição sucinta (de 2 a 4 linhas de texto) da relevância clínica do trabalho apresentado.

3.b.5. Descritores: máximo de cinco. Para a escolha de descritores indexados, consultar Descritores em Ciências da Saúde, obra publicada pela Bireme <http://decs.bvs.br/>.

3.b.6. Resumo, título e descritores em inglês: devem seguir as mesmas normas para os itens em português. Os autores devem buscar assessoria linguística profissional (revisores e/ ou tradutores certificados em língua inglesa) para correção destes itens.

3.b.7. Introdução: deve ser apresentada de forma sucinta (de uma a duas páginas de texto) com clareza enfocando o tópico estudado na pesquisa e o conhecimento atual pertinente ao assunto. O objetivo deve ser apresentado no final desta seção.

3.b.8. Materiais e Métodos: identificar os métodos, procedimentos, materiais e equipamentos (entre parênteses dar o nome do fabricante, cidade, estado e país de fabricação) e em detalhes suficientes para permitir que outros pesquisadores reproduzam o experimento. Indique os métodos estatísticos utilizados. Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nome genérico, dose e via de administração e citar no artigo o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3.b.9. Resultados: devem ser apresentados em uma sequência lógica no texto com o mínimo possível de discussão, acompanhados de tabelas apropriadas. Relatar os resultados da análise estatística. Não utilizar referências nesta seção.

3.b.10. Discussão: deve explicar e interpretar os dados obtidos, relacionando-os ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas. Não repetir em detalhes dados já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.

3.b.11. Conclusão: deve ser pertinente aos objetivos propostos e justificados nos próprios resultados obtidos. A hipótese do trabalho deve ser respondida.

3.b.12. Aplicação Clínica: deve conter informações sobre em que o trabalho pode ajudar na prática clínica, com duas ou três conclusões de aplicação clínica; precisa, necessariamente, ser diferente das informações prestadas no item Relevância Clínica.

3.b.13. Agradecimentos: Especifique auxílios financeiros citando o nome da organização de apoio de fomento e o número do processo (Ex.: Este estudo foi financiado pela FAPESP, 04/07582-1). Mencionar se o artigo fez parte de Dissertação de Mestrado ou Tese de Doutorado (Ex.: Baseado em uma Tese

submetida à Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Doutor em Clínica Odontológica, área de Dentística). Pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo podem ser citadas.

3.b.14. Referências: máximo de 30. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. IMPORTANTE: a utilização de referências atuais é de fundamental importância para o aceite do trabalho. As referências devem ser numeradas de acordo com a ordem de citação e apresentadas em sobrescrito no texto. Sua apresentação deve seguir a normatização do estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas no site da National Library of Medicine: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Nas publicações com sete ou mais autores, citam-se os seis primeiros e, em seguida, a expressão latina et al. Deve-se evitar a citação de comunicações pessoais, trabalhos em andamento e não publicados. Exemplos:

Livro

Fejerskov O, Kidd E. Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico. 1ª. ed. São Paulo: Santos; 2005. Capítulo de Livro

Papapanou PN. Epidemiology and natural history of periodontal disease. In: Lang NP, Karring T. Proceedings of the 1st European Workshop on Periodontology. 1st ed. London: Quintessence, 1994:23-41. Artigo de Periódico

Iwata T, Yamato M, Zhang Z, Mukobata S, Washio K, Ando T, Feijen J, Okano T, Ishikawa I. Validation of human periodontal ligament-derived cells as a reliable source for cytotherapeutic use. J Clin Periodontol 2010;37(12):1088-99.

Dissertações e Teses

Antoniuzzi JH. Análise “in vitro” da atividade antimicrobiana de algumas substâncias auxiliares da instrumentação no preparo químico-mecânico de canais radiculares de dentes humanos [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Farmácia e Odontologia de Ribeirão Preto; 1968. Consultas Digitais

Tong, Josie (2002), “Citation Style Guides for Internet and Electronic Sources”. Página consultada em 10 de novembro de 2010, http://www.guides.library.ualberta.ca/citation_internet.

3.c. Tabelas

Devem estar no final do texto ou em forma de figuras na resolução adequada. A legenda deve acompanhar a tabela. 3.d. Figuras – normas gerais As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros etc.), serão consideradas no texto como figuras e devem ser citadas no corpo do texto obrigatoriamente. As figuras devem possuir boa qualidade técnica e artística para permitir uma reprodução adequada. São aceitas apenas imagens digitalizadas que estejam em resolução mínima de 300 DPIs, em formato TIFF, com 6 cm de altura e 8 cm de largura. Não serão aceitas fotografias embutidas no arquivo de texto. Não serão aceitas imagens fotográficas

agrupadas, fora de foco, com excesso de brilho, escuras demais ou com outro problema que dificulte a visualização do assunto de interesse ou a reprodução. Os limites máximos apresentados para imagens poderão ser ultrapassados em casos especiais desde que as imagens adicionais sejam necessárias à compreensão do assunto, sob condição de que os autores assumam possíveis custos devido à inclusão destas imagens.

4. ASPECTOS ÉTICOS

4.a. Estudos realizados in vivo ou que envolvam a utilização de materiais biológicos deverão estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, e ser acompanhado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do estabelecimento onde foram realizados.

4.b. Na apresentação de imagens e texto deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O paciente não poderá ser identificado ou estar reconhecível em fotografias. O termo de consentimento do paciente quanto ao uso de sua imagem e documentação odontológica é obrigatório e deve se referir especificamente à Revista da APCD.

4.c. Figuras e Tabelas já publicadas em outras revistas ou livros devem conter as respectivas referências e o consentimento por escrito do autor e dos editores.

5. ANÚNCIOS PUBLICITÁRIOS Devem estar em conformidade com as especificações contratadas com o setor comercial. A Revista da APCD exime-se de qualquer responsabilidade pelos serviços e/ou produtos anunciados, cujas condições de fornecimento e veiculação publicitária estão sujeitas ao Código de Defesa do Consumidor e ao CONAR - Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária.

6. ETAPAS DE AVALIAÇÃO

6.a. Controle do cumprimento das normas de publicação pela Secretaria.

6.b. Avaliação dos originais pelo corpo editorial quanto à compatibilidade com a linha editorial da Revista.

6.c. O conteúdo científico dos originais é avaliado por no mínimo dois assessores ad hoc segundo os critérios: originalidade, relevância clínica e/ou científica, metodologia empregada e isenção na análise dos resultados. A comissão de avaliação emite um parecer sobre os originais, contendo uma das quatro possíveis avaliações: “desfavorável”, “sujeito a pequenas modificações”, “sujeito a grandes modificações” ou “favorável”.

6.d. Os originais com a avaliação “desfavorável” são devolvidos aos autores, revogando-se a transferência de direitos autorais. Os originais com avaliação “sujeitos a modificações” são remetidos aos autores, para que as modificações pertinentes sejam realizadas e posteriormente reavaliadas pelos assessores ad hoc.