



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SUELMA BRITO FIGUEREDO

ADEQUAÇÃO BUCAL DE PACIENTE COM FISSURA LÁBIO-PALATINA:

RELATO DE CASO

CAMPINA GRANDE - PB

FEVEREIRO/2014

SUELMA BRITO FIGUEREDO

ADEQUAÇÃO BUCAL DE PACIENTE COM FISSURA LÁBIO-PALATINA:

RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do Curso de Bacharelado em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como pré-requisito a obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Prof^a. Esp. Rosa Maria Mariz de Melo Sales Marmhoud Coury.

CAMPINA GRANDE – PB

FEVEREIRO/2014

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.

F475a Figueredo, Suelma Brito

Adequação bucal de paciente com fissura lábio-palatina
[manuscrito] : relato de caso / Suelma Brito Figueredo. - 2014.
23 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) -
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e
da Saúde, 2014. .

"Orientação: Prof. Esp. Rosa Maria M. de M. S. Marmhoud
Coury, Departamento de Odontologia".

1. Fissura labial. 2. Fissura palatina. 3. Higiene bucal. 4.
Reabilitação oral. I. Título.

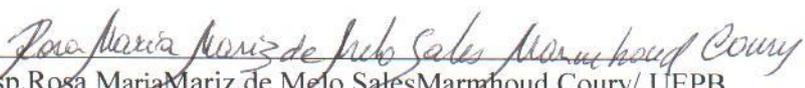
21. ed. CDD 617.605

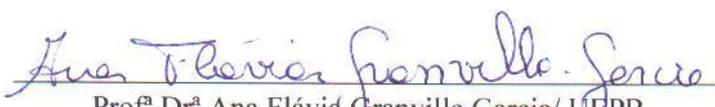
SUELMA BRITO FIGUEREDO

ADEQUAÇÃO BUCAL DE PACIENTE COM FISSURA LÁBIO-PALATINA:

RELATO DE CASO

Aprovado em:


Prof.^a Esp. Rosa Maria Mariz de Melo Sales Marmhoud Coury / UEPB
Orientadora


Prof.^a Dr.^a Ana Flávia Granville Garcia / UEPB
1.^a Examinadora


Prof.^a Dr.^a Luciana de Barros Correia Fontes / UEPB
2.^a Examinadora

Dedico este trabalho aos meus amados pais Sidney e Elza que sempre me apoiaram e caminharam comigo para a realização deste sonho. Aos meus queridos irmãos Sarah, Sabrina e Sidney Júnior pelo carinho sem fim. Sou muito abençoada por ter uma família como vocês!

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, a Ele seja dada toda a honra e glória. Sem Ele jamais chegaria aonde cheguei e sem Ele, também não poderia continuar.

À minha família. Meus pais Sidney e Elza, minhas irmãs Sarah e Sabrina, meu irmão Sidney Júnior que sempre estiveram ao meu lado, me dando força e coragem nos momentos difíceis. Obrigada pelo carinho. Amo vocês!

Um agradecimento especial a minha mãe Elza Maria, que acreditou em mim e no meu desejo de ser Cirurgiã-dentista, que segurou na minha mão e enfrentou comigo todos os obstáculos para que eu chegasse até aqui. Obrigada, mãe, por ser tão maravilhosa e tão corajosa. Eu te amo!

Ao meu namorado Pedro Freire de L. Neto, que tanto me apoia, me incentiva e acredita no meu potencial e no meu sucesso. Obrigada pelo seu companheirismo, amor e paciência. É uma alegria tê-lo em minha vida e poder compartilhar esta conquista com você.

Aos meus mestres, que com paciência nos passaram seus ensinamentos em odontologia e conhecimentos sobre a vida, como amar esta profissão e praticá-la com honestidade e sabedoria. A todos eles o meu muito obrigado! Para mim, foi uma honra ter sido aluna de vocês e ter podido compartilhar momentos tão especiais e sem dúvida, inesquecíveis.

Aos meus colegas de turma, que dividiram comigo, não só a sala de aula, mas um pouco de suas vidas, alegrias e tristezas. Jamais esquecerei minha turma heterogênea.

Um agradecimento todo especial a minha orientadora Rosa M^a Mariz de Melo S. M. Coury. Por acreditar no meu potencial, por me permitir trabalhar junto com a senhora e pela oportunidade de aprender com sua sabedoria. A senhora é um exemplo de mulher forte, honesta e muito dedicada ao trabalho. Espelho de como eu quero ser profissionalmente.

E por fim, agradecer aos meus amigos, que tornam a minha vida mais feliz, que vibram as minhas vitórias e que eu tanto amo. E especialmente, agradecer as minhas amigas: Monalisa Cesarino, Yokebedh Neri e Érika Ponchet. Que tanto me ajudaram, dentro e fora da universidade, a crescer como pessoa e como profissional. Que tantas vezes enxugaram minhas lágrimas e compartilharam meus sorrisos. Vocês tem um lugar muito especial em meu

coração. A vocês o meu obrigado pelo apoio e pela amizade sincera. Deus as abençoe, sempre!

A todos, o meu agradecimento!

ADEQUAÇÃO BUCAL DE PACIENTE COM FISSURA LÁBIO-PALATINA:

RELATO DE CASO

Suelma Brito Figueredo¹, Rosa M^a Mariz de Melo S. M. Coury², Ana Flávia Granville Garcia³, Luciana de Barros Correia Fontes⁴.

¹ Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Brasil

^{2,3,4} Professoras do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Brasil

Suelma Brito Figueredo

Rua: Irineu Joffily, 245, Ap. 602 - Centro.

Campina Grande – PB

CEP: 58400-270

Telefones: (83) 98024011

e-mail: suelma_brito@hotmail.com

RESUMO

As fissuras labiais e palatinas, associadas ou não, representam as anomalias craniofaciais mais prevalentes a nível mundial. Estudos têm demonstrado o impacto dessas condições na qualidade de vida do acometido e a necessidade de um conhecimento mais abrangente sobre a etiologia e atenção multidisciplinar em saúde, para essa população alvo, o mais precocemente possível. No entanto, ainda existem muitas lacunas na atenção odontológica, de forma particular e são escassos os relatos quanto à reabilitação oral desses pacientes na prática da odontopediatria. O presente trabalho teve por objetivo relatar o caso clínico de uma menina de 5 anos portadora de fissura labiopalatina, com presença de fístula buco sinusal, atendida em um Hospital Universitário, situado na região metropolitana de cidade no interior do Estado da Paraíba. Restabelecendo assim, dentro das possibilidades, suas funções estomatognáticas e estéticas, importantes para o seu desenvolvimento e convívio social respectivamente.

Palavras – chave: Fissura labial; fissura palatina; higiene bucal.

**ORAL ADEQUACY FOR PATIENTS WITH CLEFT LIP-PALATE:
CASE REPORT**

ABSTRACT

The clefts lip e palate, associated out not, mean the most prevalents craniofacials anomalies, in all of the world. Studies have shown the impact of this codicions on private life of patient, and there is a need to more extensive knowledge about etiology and multifocal attention over these patient, as early as possible. However, there are several gaps in odontological attention yet, specifically, e the reports about oral rehabilitation in pediatric dentistry are scarce. This report shows the clinical case of a girl 5 years old carrier of cleft lip and palate, and oroantral fistula, admitted in a University Hospital, in metropolitan city in Paraíba. Recovering in this way, inside the possible, her stomatognathic and aesthetic functions, essentials for her growth, development and socializing.

Key words: Cleft lip, cleft palate, oral hygiene.

SÚMARIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. RELATO DE CASO.....	09
2.2. IMAGENS.....	11
3. DISCUSSÃO.....	12
4. CONCLUSÃO.....	14
5. REFERENCIAS.....	15
6. ANEXOS.....	17

1. INTRODUÇÃO

O crescimento crânio facial dar-se através da diferenciação dos tecidos até que atinjam as características somáticas e funcionais da espécie. Esse desenvolvimento ocorre desde a fecundação até a maturidade do indivíduo.¹

Por volta da quarta semana de desenvolvimento humano ocorre o desenvolvimento da porção central da face. Durante a sexta e sétima semana de desenvolvimento, acontece a união dos processos nasais medianos com os processos maxilares do primeiro arco braquial, formando assim, o lábio superior. E neste período podem ocorrer às fissuras de lábio e/ou palato (FL/P), que são deformidades congênitas caracterizadas pela interrupção na continuidade dos tecidos do lábio superior, rebordo alveolar superior e palato, de forma parcial ou total para cada um destes elementos. Tendo como base anatômica o forame incisivo, estas fissuras podem ser classificadas em 4 grupos: fissuras pré-forame incisivo ou, simplesmente, fissuras labiais (FL), fissuras pós-forame incisivo ou fissuras palatinas (FP), fissuras transforame incisivo ou fissuras lábio palatinas (FLP) e fissuras raras da face.^{2,3,4}

Um portador de fissura labiopalatal apresenta diversos distúrbios causados pelas alterações anatômicas e funcionais. Dessa forma, o seu tratamento interdisciplinar é primordial, envolvendo diversos profissionais e especialidades. Assim, o cirurgião-dentista deve está plenamente integrado à equipe multidisciplinar que atende o fissurado, pois a atenção odontológica reflete diretamente no sucesso do tratamento e melhora na qualidade de vida do paciente.^{5,6}

É muito importante destacar que todo o tratamento é baseado na salubridade do paciente, que depende, fundamentalmente, da boa alimentação e da adesão dos responsáveis ao tratamento. Estudos mostram que pacientes fissurados podem apresentar diversos problemas dentários como: cárie, microdontias, agenesias, giroversões, e hipoplasias. Dessa forma, o diagnóstico precoce realizado pelo cirurgião-dentista é de fundamental importância para a adequação do meio bucal e para a continuidade do tratamento desses pacientes.^{7,8}

Sendo assim o objetivo desse estudo, foi relatar um caso clínico de fissura labiopalatal, mostrando a importância do tratamento odontológico na reintegração da paciente as suas atividades sociais, afetivas, psicológicas e funções estomatognáticas.

2. RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente L. N. X, do sexo feminino, leucoderma, com 5 anos de idade, foi encaminhada para a clínica odontológica do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HU), para tratamento odontológico. A paciente relatava dor de dente. Ao exame clínico foi detectado fissura palatal com comunicação buco sinusal (Figura 1), cárie nos elementos 55, 75, 84 e raiz residual dos elementos 65 e 85, verificando-se a presença dos germes dentários sucedâneos e higiene bucal deficitária.

A primeira consulta se deu com o preenchimento da ficha clínica da paciente (Anamnese), onde a Avó da paciente relatou que a menina teria fissura labial, mas já havia sido submetida à cirurgia reparadora e que a mesma realizava a escovação dentária sozinha. Também relatou que a menina espirrava muito quando se alimentava. Em subsequência foi pedido exames complementares, sendo eles: radiografia oclusal superior (Figura 2) e raios-x periapicais dos elementos 84 e 85 (Figura 3), nos quais foi analisado o grau de esfoliação dos remanescentes a fim de estabelecer o plano de tratamento mais adequado para o caso. Encaminhamos a paciente a geneticista, para obtermos um parecer sobre uma possível síndrome genética que a mesma seja portadora. Pois observamos características físicas atípicas na paciente, como face afilada, olhos “rasgados” e encurtamento entre os dedos das mãos.

Na primeira etapa do tratamento foi feito o condicionamento da criança (trabalho de gerenciamento comportamental) e a adequação do meio. Ficaram registrados os procedimentos seguintes: evidenciação de placa (Figura 4), profilaxia e sucessiva orientação de higiene oral (OHO), tanto para a criança como para a avó. Na sequência foi realizada aplicação tópica de flúor (ATF) e aplicações de Verniz Fluoretado (SS White - Fluorniz®), a fim de reduzir o número de micro-organismos cariogênicos presente na cavidade bucal da paciente.

Na segunda etapa do tratamento, depois de estabilizada a atividade cariogênica, começaram os tratamentos restauradores atraumáticos. Foram realizados capeamento pulpar do elemento 75 (Figura 5) e restaurações dos elementos 55, 75 e 84 com Resina Composta fotoativada (Figura 6).

Para a terceira etapa do tratamento foi feita exodontia das raízes residuais dos elementos 65 e 85.

Nas seguintes sessões foram realizadas aplicações tópicas de flúor (ATF) e aplicações de Verniz Fluoretado (SS White - Fluorniz ®) para controle do biofilme. Posteriormente, serão colocados mantenedores de espaço, uma vez que foram realizadas as exodontias das raízes residuais (65 e 85), e estes servirão de orientadores para a erupção dos sucessores permanentes.

Por fim o tratamento teve como objetivos principais a eliminação da doença cárie, a estética e restauração da função dos elementos dentários perdidos para o sistema estomatognático.

2.2. IMAGENS



Figura 1. Fissura palatal com comunicação buco sinusal. (CD Rosa Mariz –HUAC, 2012)



Figura 2. Radiografia oclusal superior (CD Rosa Mariz –HUAC, 2013)



Figura 3. Radiografia periapical dos elementos 84 e 85. (CD Rosa Mariz –HUAC, 2013)



Figura 4. Evidenciação de placa (CD Rosa Mariz –HUAC, 2012)



Figura 5. Capeamento pulpar e restauração provisória do elemento 75. (CD Rosa Mariz –HUAC, 2013)



Figura 6. Restauração do elemento 55. (CD Rosa Mariz –HUAC, 2013)

3. DISCUSSÃO

No Brasil as fissuras labiais e/ou palatais ocorrem entre 1,2 a 1,6% dos recém-nascidos, sendo considerado o defeito congênito mais comum. Estima-se que a prevalência seja de 1 para cada 650 nascidos vivos, perfazendo um total estimado de 160.908 fissurados no país. Segundo dados do Estudo Colaborativo Latino – americano de Mal – formações Congênitas (ECLAMC) a prevalência no Nordeste para fissuras labiopalatais é de 9,72/10 mil nascidos vivos, e para fissuras palatais 2,41/10 mil nascidos vivos. Porém ainda há carências de estudos que estabeleçam a prevalência, os fatores de risco e o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de fissuras labiais e/ou palatais.^{6,9}

Pesquisas mostram que a fenda labiopalatal é prevalente no sexo masculino na proporção de 2/1 e o contrário acontece com a fenda do palato (1/2). Porém um estudo feito por Cymrot e colaboradores em 2010 demonstraram que as fissuras transforame (FLP) são mais prevalentes dentre todos os outros tipos. As fissuras esquerdas são mais frequentes que as fissuras direitas; e as fissuras transforame (FLP) são mais prevalentes no sexo masculino, enquanto as pós-forame (FP) prevalecem no sexo feminino.^{10,11}

Informações atuais sobre a caracterização das fissuras orofaciais no Brasil revelam uma predominância da fissura completa do palato primário e secundário, cujo tratamento é considerado complexo.¹²

É comprovado que pela localização, as fissuras labiopalatais acarretam problemas não só de ordem estética, funcional e nutricional, como também emocional. Exigindo, dessa forma, uma intervenção interdisciplinar na reabilitação. A base deste atendimento é formada pela cirurgia plástica, odontologia e fonoaudiologia. Sendo também necessário a qualquer momento do tratamento a participação de outras especialidades, tornando-o mais abrangente. Como observamos no caso relatado, onde a paciente apresenta dificuldade na fala, deficiência auditiva, fazendo acompanhamento com fonoaudiólogo e otorrinolaringologista, respectivamente e dificuldade para se alimentar, devido à comunicação com a cavidade nasal.^{13,14}

Alguns autores preconizam que a reparação cirúrgica do lábio (queiloplastia) seja geralmente executada quando a criança atinge a idade de 2 a 3 meses, e que o fechamento do palato (palatoplastia) deve ser realizado a partir de 18 meses de idade. Porém sabe-se que do ponto de vista ortodôntico essa condição é desfavorável, mas de extrema relevância para o

restabelecimento estético e psicológico do paciente. Neste caso, a paciente foi submetida à queiloplastia nos primeiros anos de vida, porém a patatoplastia ainda não foi realizada.^{6,15}

Inicialmente é importante os pais terem a orientação da importância da higiene oral, desde o nascimento. Sabendo que, a erupção dentária destes pacientes tem a mesma sequência cronológica de qualquer criança, com a observação de que é retardada, e que os procedimentos para realização da higiene oral são os mesmos realizados em uma criança sem fissura.⁷

Pesquisas mostram que a saúde bucal de um paciente fissurado é influenciada pela higiene oral e que crianças com fissuras orais tem mais risco de desenvolvimento de cárie na dentição decídua, quando comparadas com crianças sem fissuras. Portanto estes pacientes precisam de tratamento dentário desde o primeiro ano de vida.¹⁶

As fissuras labiopalatais podem vir acompanhadas de anomalias dentais, em geral na área da fissura, tais como: giroversões, hipoplasias de esmalte, fusões e geminações, as quais promovem dificuldade durante a higienização diária da cavidade oral, algumas por dificultarem a visualização e outras ainda por reterem mais alimentos na região.¹⁷

Com isso, cirurgião-dentista irá não só ensinar os pais na limpeza da boca como enfatizar a importância dos dentes decíduos e orientação quanto aos cuidados com alimentação, higiene bucal, prevenção de cáries dentárias e gengivites. Também terá ação importante no controle efetivo da placa bacteriana que é a base para prevenção da cárie, realizada por métodos mecânicos e químicos.^{14,18}

4. CONCLUSÃO

No tratamento do paciente fissurado a atuação de cirurgião-dentista na adequação do meio bucal é de grande importância, podendo ser tida como um dos primeiros passos no tratamento deste paciente, corroborando para manutenção da sua saúde e posteriores tratamentos que este venha a precisar.

Nesse caso, tivemos a eliminação da doença cárie, restaurando a função dos elementos dentários para o sistema estomatognático. Dessa forma, reestabelecendo a saúde bucal do paciente para a continuidade do tratamento, melhora na qualidade de vida e estética.

Sendo assim, os objetivos no tratamento do paciente fissurado são direcionados para a integração do paciente no meio social, educacional e profissional. E para isso não basta apenas a atuação de um ou vários profissionais, mas o empenho da família e incentivo aos responsáveis, para que colaborem com o tratamento.

5. REFERÊNCIAS

1. CASARINI, A. M.; Crescimento e desenvolvimento craniofacial e tipologia facial. Centro de especialização em fonoaudiologia clínica-C.E.F.A.C. 1998, São Paulo.
2. NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. Patologia oral e Maxilofacial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2009.
3. Centro Integrado de Saúde Profº Roberto Elias-CISPRE. Fendas Lábio Palatinas. Silva e Bernardes, 2007. [citado em 2013 Dez 10]. Disponível em: http://www.cispre.com.br/acervo_detalhes.asp?Id=87
4. PARANAÍBA, L. M. R.; ALMEIDA, H.; BARROS, L. M.; MARTELLI, R. B.; JÚNIOR, J. D. O.; JÚNIOR, H. M.; Current surgical techniques for cleft lip-palate in Minas Gerais, Brasil. Braz J Otorhinolaryngol. 2009; 75(6): 839-43.
5. SILVA, E. B.; FÚRIA, C. L. B.; NINNO, C. Q. M. S. Aleitamento materno em recém-nascidos portadores de fissura labiopalatina: Dificuldades e métodos utilizados. Rev. CEFAC, 2005; v.7, n.1, 21-8.
6. OKA, S. C.; CASTRO, H. N.; OKA, S. C.; CAVALCANTE, J. R.; GODOY, G. P. Tratamento integral do paciente fissurado: Necessidade de interiorização e relato de dois casos. Revista Piauiense de Saúde. 2013; vol. 1, n. 2, p. 02-08.
7. Brasil. Prefeitura da cidade de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Outubro de 2012. Manual - Cuidados básicos aos portadores de fissuras labiopalatina.
8. Conselho Regional de Odontologia Secretaria de Estado de Saúde. Comissão para Atendimento Odontológico ao paciente com Necessidades Especiais. Brasília, Agosto de 2010.
9. COUTINHO, A. L. F.; LIMA, M. C.; KITAMURA, M. A. P.; NETO, J. F.; PEREIRA, R. M. Perfil epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais atendidos em um Centro de Referência do Nordeste do Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2009; 9 (2): 149-156.
10. FENHA, M.; SANTOS, E. C.; FIGUEIRA, L. Avaliação das dimensões cognitivas e sócio-afetivas de crianças com fenda lábio-palatinas. Psicologia, Saúde & Doenças, 2000; 1 (1), 113-120.
11. CYMROT, M.; SALES, F. C. D.; TEIXEIRA, F. A. A.; JÚNIOR, F. A. A. T.; TEIXEIRA, G. S. B.; FILHO, J. F. C. et al. Prevalência dos tipos de fissuras em pacientes

com fissuras labiopalatina atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. Rev. Bras. Cir. Plást. 2010; 25(4): 648-51.

12. FERNANDES, M. M.; OLIVEIRA, M. R.; GERMANY, L.; ZANINI, C. F. C. FABRÍCIO, M. F.; SCHULLER, C. Regulação de acesso de fissurados labiopalatais no Sistema Único de Saúde e Controle Judicial. Brazilian Journal of Forensis Sciences, Medical Law and Bioethics. 2012; 1 (2) 5:29-38.

13. FRANCO, D.; GONÇALVES, L. F.; FRANCO, T. Perfil do tratamento de fissurados no Brasil. Rev. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. 2000, v.15, n.3, p.21-32.

14. VERONEZ, F. S.; TAVANO, L. D. A. Modificações psicossociais observadas pós-cirurgia ortognática em pacientes com e sem fissuras labiopalatina. Arq. Ciênc. Saúde 2005; 12(3): 133-37.

15. FIGUEIREDO, M. C.; PINTO, N. F.; SILVA, D. D. F.; OLIVEIRA, M. Fissura unilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e de má oclusão – relato de caso clínico. RFO. 2008. v.13, n.3, p.73-77.

16. BATISTA, L. R. V.; TRICHES, T. C.; MOREIRA, E. A. M. Desenvolvimento bucal e aleitamento em crianças com fissura labiopalatal. Rev. Paul Pediatr. 2011; 29(4): 674-9.

17. MOURA, A. M.; ANDRE, M.; FARAJ, J. O. R. A.; BRITO E DIAS, R. Avaliação de bebês portadores de fissura labiopalatina relação a higiene oral. Revista Odonto. 2009 v.17, n.34.

18. SILVA, A. A.; CARLINI, J. L.; KUSMA, S. Z. Controle químico da microflora oral em pacientes fissurados labiopalatais durante o tratamento ortodôntico-cirúrgico: estudo piloto. R. Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, 2004; v.9, n.3, p.116-121.

6. ANEXOS

NORMAS DA REVISTA

Revista Gaúcha de Odontologia

Forma e preparação de manuscritos

O texto deverá ser digitado em fonte Times New Roman tamanho 12, com espaço 1,5 cm, e limite máximo de 25 laudas. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm). Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação. Para esclarecimentos de eventuais dúvidas quanto à forma, sugere-se consulta a este fascículo.

Os artigos devem ter, no máximo, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. A versão reformulada deverá ser encaminhada por e-mail, indicando o número do protocolo e o número da versão. O(s) autor(es) deverá(ão) enviar apenas a última versão do trabalho. O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, o(s) autor(es) deverá(ao) apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados. Os prazos fixados para nova submissão dos originais corrigidos serão informados no ofício que acompanha os originais e deverão ser rigorosamente respeitados. A nova submissão fora dos prazos estipulados acarretará no cancelamento definitivo do processo de avaliação e a devolução definitiva dos originais.

Os elementos constituintes do texto devem ser dispostos segundo a sequência apresentada abaixo:

Especialidade ou área da pesquisa: uma única palavra que permita ao leitor identificar de imediato à especialidade ou área à que pertence a pesquisa.

Título: a) título completo em português e inglês ou espanhol, devendo ser conciso, evitando excesso das palavras, como "avaliação do...", "considerações a cerca de...", "estudo exploratório"; b) short title (título abreviado baseado no título original) com até 50 caracteres. Nome do(s) autor(es): a) nome de todos os autores por extenso, indicando o Departamento e/ou Instituição a que pertencem (incluindo cidade, estado e país); b) será aceita uma única afiliação por autor. O(s) autor (es) deverá(ão), portanto, escolher dentre suas afiliações aquela que julgar(em) a mais importante; c) todos os dados da afiliação devem ser apresentadas por extenso, sem nenhuma abreviação; d) endereço completo para correspondência de todos os autores, incluindo o nome para contato, telefone e e-mail.

Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

Resumo: a) todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês; b) para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo. Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações; c) não deve conter citações e abreviaturas.

Termos de indexação: correspondem às palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Para a escolha dos descritores, deve-se consultar a lista de "Descritores em Ciências da Saúde - DeCS", elaborada pela BIREME, (disponível em <http://decs.bvs.br/>) ou a lista de "MeSh - Medical Subject Headings" (disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>). Devem ser apresentados um mínimo de 3 e um máximo de 6 descritores.

Introdução: deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como

Artigo de Revisão. Evitar ao máximo - tanto na Introdução quanto na Discussão - frases em que o sujeito das orações são autores, bem como a citação dos nomes dos mesmos.

Métodos: os métodos devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações, incluindo os procedimentos adotados, universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico. Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados. Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nome(s) genérico(s), dose(s) e via(s) de administração. Os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes símbolos abreviados. Incluem-se nessa classificação: nomes de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica. Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula. Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do processo. Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foi seguida.

Resultados: devem ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Não repetir no texto todos os dados já apresentados em ilustrações e tabelas. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

Discussão: deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados, e relacioná-los ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas. Não repetir em detalhes dados ou outros materiais já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.

Conclusão: parte final do trabalho baseada nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo. As conclusões devem ser precisas e claramente expostas, cada uma delas fundamentada nos objetos de estudo, relacionando os resultados obtidos com as hipóteses levantadas. Evidenciar o que foi alcançado com o estudo e a possível aplicação dos resultados da pesquisa; podendo sugerir outros estudos que complementem a pesquisa ou para questões surgidas no seu desenvolvimento. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção. As conclusões devem ser dispostas de forma corrida, isto é, evitar citá-las em tópicos.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no estilo Vancouver. Nas referências com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguido da expressão latina et al. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências. Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo in press), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Citações bibliográficas no texto: utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Deverão ser colocada em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e

devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al. A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Tabelas, quadros e figuras devem ser limitados a seis no conjunto e numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. É imprescindível a informação do local e ano do estudo. A cada um se deve atribuir um título breve. Os gráficos devem ser enviados sempre acompanhados dos respectivos valores numéricos que lhes deram origem e em formato Excel. O(s) autor(es) se responsabiliza(m) pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente); não serão aceitas figuras inseridas em arquivos originados em editores de texto como o word e nem figuras em power point. Figuras digitalizadas deverão ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 DPI. 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 reconhecível nas imagens.