



CURSO DE ODONTOLOGIA

ISABELA DE DEUS MOREIRA

**COMPARAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS PAIS NAS
TÉCNICAS DE CONTROLE COMPORTAMENTAL EM
CRIANÇAS ONCOLÓGICAS E NÃO ONCOLÓGICAS
COMPARISON OF PARENTS PERCEPTION ON
COMPORTAMENTAL CONTROL TECHNIQUES IN
ONCOLOGICAL AND NON-ONCOLOGICAL CHILDREN**

SALVADOR
2023.2

ISABELA DE DEUS MOREIRA

**COMPARAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS PAIS NAS
TÉCNICAS DE CONTROLE COMPORTAMENTAL EM
CRIANÇAS ONCOLÓGICAS E NÃO ONCOLÓGICAS**
COMPARISON OF PARENTS PERCEPTION ON
COMPORTAMENTAL CONTROL TECHNIQUES IN
ONCOLOGICAL AND NON-ONCOLOGICAL CHILDREN

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

Orientador: Prof.a Dra. Carla Figueiredo Brandão

Co-orientador: Prof. Dr. Francisco Xavier Paranhos Coêlho Simões

SALVADOR

2023.2

AGRADECIMENTOS

A Deus, por dar-me força nesta conquista.

A minha mãe, Cascia, pelo apoio e incentivo, me ajudando a vencer todas as etapas para obtenção do meu título de cirurgiã dentista.

A orientadora, Prof. Dra. Carla Brandão, pelos ensinamentos passados, pela compreensão, amizade, paciência, confiar no meu potencial e excelente orientação.

A todos os funcionários do Ambulatório pela condução, amizade, companheirismo e força.

Aos amigos pelo apoio, confiança na minha capacidade, pelas palavras carinhosas e incentivo.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e a todos colegas professores.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu êxito profissional.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. 1. INTRODUÇÃO	7
2. 2. METODOLOGIA	8
3. 3. RESULTADOS	11
4. 4. DISCUSSÃO	14
5. 5. CONCLUSÃO	16

REFERÊNCIAS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO B – DIRETRIZES PARA AUTORES

ANEXO C – ARTIGOS REFERENCIADOS

RESUMO

Com intuito de melhorar a abordagem odontológica na Odontopediatria, técnicas de controle comportamental foram implementadas, sendo de suma importância para o atendimento odontológico infantil. Este trabalho teve como objetivo comparar o resultado de duas pesquisas na percepção dos pais com relação as técnicas de controle de comportamento utilizadas por Odontopediatras em crianças oncológicas e não-oncológicas. Foi realizado uma comparação de análise comportamental de dois estudos observacionais transversais realizados na Clínica de Odontopediatria do Módulo de Odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), em Jequié-BA e no Consultório Odontológico do Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC), em Salvador-BA. Foi aplicado um questionário com os pais antes e após a reprodução de um vídeo contendo explicações sobre cada técnica. Em relação a análise estatística, os dados foram catalogados no programa SPSS¹⁰ (Statistical Package for the Social Sciences), versão 14.0. A análise dos trabalhos foi realizada usando o R versão 4.3.1. Foram calculadas a frequência absoluta e relativa com o objetivo de comparar os grupos de estudo usamos o teste Qui-Quadrado. O nível de significância foi estabelecido em 5%. Foi verificado que houve diferença estatisticamente significativa na opinião dos pais de crianças oncológicas e não oncológicas antes de assistir o vídeo em relação as técnicas Controle de voz e Modelagem, já após assistirem os vídeos houve diferença estatisticamente significativa nas técnicas Controle de voz, Mão-sobre-a-boca e Contenção ativa. Diante dos resultados pode-se concluir que houve diferença na percepção dos pais em algumas técnicas de controle de comportamento, sendo Modelagem e Controle de voz antes dos pais assistirem o vídeo e Controle de voz, Mão-sobre-a-boca e Contenção ativa após os pais assistirem o vídeo, reforçando que deve-se sempre orientar os responsáveis sobre as técnicas de controle de comportamento que poderão ser usadas antes do tratamento, para assim gerar uma relação de confiança entre pais e profissionais e poder facilitar muitas vezes um melhor resultado no tratamento proposto.

PALAVRAS-CHAVE: Controle Comportamental, Odontopediatria, Medo, Criança.

ABSTRACT

In order to improve the dental approach in Pediatric Dentistry, behavioral control techniques were implemented, being essential for child dental care. This study aimed to compare the parent's perception of behavior control techniques used by pediatric dentists in oncological and non-oncological children. A behavioral analysis comparison of two cross-sectional observational studies carried out in the Pediatric Dentistry Clinic of the Dentistry Module of the State University of Southwest Bahia (UESB), in Jequié-BA and in the Dental Office of the Support Group for Children with Cancer (GACC), in Salvador-BA. A questionnaire was applied with the parents before and after they watched a video containing explanations about each technique. Regarding statistical analysis, the data were cataloged in the SPSS10 program (Statistical Package for the Social Sciences), version 14.0. The analysis of the works was carried out using R version 4.3.1. The absolute and relative frequency were calculated in order to compare the study groups using the Chi-Square test. The significance level was set at 5%. It was verified that there was a statistically significant difference in parent's opinions of oncological and non-oncological children before watching the video in relation to the techniques Voice Control and Modeling, already after watching the videos, there was a statistically significant difference in the techniques Voice Control, Hand-over-to-mouth and Active Containment. It can be concluded that there was a difference in parents perception in some behavior control techniques, being Modeling and Voice Control before parents watching the video and Voice Control, Hand-over-the-mouth and Active Containment after parents watched the video, reinforcing that those responsible should always be guided on the behavior control techniques that can be used before treatment, in order to generate a relationship of trust between parents and professionals and be able to reach a better result in the proposed treatment.

KEY-WORDS: Behavior Control, Pediatric Dentistry, Fear, Children.

1. INTRODUÇÃO

O controle de comportamento é essencial para conseguir um bom atendimento em Odontopediatria. Conhecer as técnicas que podem ser usadas, bem como a sua efetividade nos diferentes tipos de pacientes, torna o atendimento mais rápido e eficiente.¹

O trabalho conjunto de pais e profissionais é de fundamental importância durante o atendimento odontológico infantil, devido grande parte das crianças possuírem medo de dentistas proveniente de comentários já feitos por eles. Diante disso, a orientação aos pais em como conversar com a criança anteriormente ao atendimento é essencial para que a consulta seja mais acolhedora e confortável para a mesma.²

A fim de proporcionar uma melhor interação paciente-profissional existem algumas técnicas de manejo comportamental em crianças. As técnicas farmacológicas são diferentes tipos de sedação consciente e anestesia geral, as não farmacológicas são divididas em restritiva e não restritiva. A técnica restritiva contempla a Mão-sobre-a-boca, Contenção ativa e Contenção passiva e a não restritiva tem como opções Dizer-mostrar-fazer, Controle de voz, Reforço positivo, Presença ou ausência dos pais e Modelagem.³

Crianças acometidas de algum tipo de patologia podem apresentar diferenças comportamentais durante os procedimentos odontológicos frente ao número de atendimentos médicos a que já foram submetidas. Diante disso, é importante conhecer a visão dos pais frente as técnicas de controle de comportamento a que seus filhos possam ser submetidos, para assim, em conjunto com o profissional verificar quais delas são as mais adequadas nos diferentes pacientes.⁴

Sabendo disso, o objetivo desse artigo é comparar os resultados de duas pesquisas, comparando as percepções dos pais em relação as técnicas de controle de comportamento em crianças oncológicas e não-oncológicas atendidas nas disciplinas de atendimento infantil em duas diferentes instituições, uma pública (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia) e uma particular (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública). A hipótese nula deste trabalho é que não existem diferenças na percepção dos pais entre as diversas técnicas de controle de comportamento em crianças oncológicas e não-oncológicas atendidas nestas instituições.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma comparação de análise comportamental de estudos observacionais transversais realizados na Clínica de Odontopediatria do Módulo de Odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) em Jequié-BA, e no consultório Odontológico do Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC), em Salvador-BA. As pesquisas foram submetidas e aprovadas pelo Comitê de Ética da UESB e da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) de acordo com o parecer 153/2011 e sob o número - CAAE 02041118.0.0000.5544, respectivamente.

Ambas as pesquisas realizaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os responsáveis, contendo maiores informações sobre as particularidades de cada trabalho, a UESB tendo realizado também o TCLE para a criança.

O grupo de pesquisa realizado na UESB contou com a avaliação de 31 mães e 7 pais, contabilizando um total de 38 responsáveis, selecionados aleatoriamente, de crianças na faixa etária de 0 a 12 anos de idade. Já a pesquisa realizada no GACC contou com a avaliação de 32 mães e 8 pais, contabilizando um total de 40 responsáveis de crianças na faixa etária de 4 a 12 anos de idade. Foram coletadas também informações sócio-demográficas dos entrevistados.

Em ambos os estudos foram realizados a exposição de vídeos de forma aleatória, informando apenas o nome das técnicas e enquanto assistiam os responsáveis assinalavam um questionário com 'X' em SEMPRE, ÀS VEZES ou NUNCA, correspondendo a frequência que permitiria que a técnica fosse aplicada durante atendimento ao seu filho. Em um segundo momento, realizou-se o mesmo questionário e reproduziu-se o mesmo vídeo com explicações, utilizações e quando aplicada cada técnica, sanando quaisquer dúvidas que ocorressem.

As mesmas técnicas de manejo comportamental foram utilizadas nas duas pesquisas, sendo elas: **Dizer-mostrar-fazer, Controle de voz, Reforço positivo, Presença ou ausência dos pais, Modelagem, Mão-sobre-a-boca, Contenção passiva, Contenção ativa e Sedação.** Como medida de padronização as técnicas foram explicitadas da seguinte forma:

- **Dizer-mostrar-fazer:** consiste em apresentar cada instrumento que será utilizado, dizendo para que serve, mostrando como funciona, para então, após a compreensão, iniciar o procedimento;

- **Controle de voz:** o cirurgião-dentista utiliza o tom da voz para passar a ideia de “quem manda aqui sou eu” quando ocorrer uma conduta inapropriada por parte do paciente;

- **Reforço positivo:** ao final do atendimento, quando bem-sucedido, tecer elogios à criança e presenteá-la para reforçar o bom comportamento nas próximas consultas;

- **Presença dos pais:** um acordo é feito com a criança sobre permanência do responsável na sala durante atendimento, caso ela se comporte bem a mãe pode ficar na sala, caso contrário, fica na sala de espera;

- **Modelagem:** o paciente assiste ao atendimento de uma criança colaboradora, que pode ser ao vivo, por meio de vídeo, teatrinho ou estória;

- **Mão-sobre-a-boca:** o profissional posiciona a mão sobre a boca da criança para abafar o ruído, e simultaneamente diz em seu ouvido 'pare de gritar que eu quero conversar com você';

- **Contenção passiva:** com o auxílio de um lençol, macas projetadas ou abridores de boca evita-se sua movimentação durante atendimento;

- **Contenção ativa:** o responsável ou profissional contém os braços e pernas da criança para evitar movimentos bruscos;

- **Sedação:** utiliza-se uma substância apropriada, como o óxido nitroso, que mantém a criança sedada, porém consciente durante o atendimento, voltando às funções normais com a suspensão do medicamento.

As pesquisas comparadas seguiram as normas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos. Foi respeitado o anonimato e a confidencialidade dos sujeitos da pesquisa, que não acarretou nenhum tipo de risco físico e psicológico aos pesquisados, assegurando assim os direitos pertinentes aos sujeitos, ao estado e a comunidade científica.

Em relação a análise estatística, os dados foram catalogados no programa SPSS¹⁰ (Statistical Package for the Social Sciences), versão 14.0. A análise dos trabalhos foi realizada usando o R versão 4.3.1. Foram calculadas a frequência absoluta e relativa com o objetivo de comparar os grupos de estudo usamos o teste Qui-Quadrado. O nível de significância foi estabelecido em 5%.



Figura 1. Imagens dos vídeos exibidos aos respondentes da pesquisa. a: Técnica Dizer-mostrar-fazer; b: Controle de voz; c: Reforço positivo; d: Presença dos pais; e: Modelo; f: Mão-sobre-a-boca; g: Contenção passiva; h: Contenção ativa; i: Sedação.⁴

3. RESULTADOS

As tabelas a seguir trazem as comparações do antes e depois da pesquisa grupo 1 (pacientes não oncológicos) e grupo 2 (pacientes oncológicos) e o percentual total de escolha dos pais em cada técnica.

Tabela 1. Comparação percentual da percepção dos pais de pacientes não oncológicos e oncológicos sobre as técnicas de controle de comportamento antes de assistir o vídeo.

TÉCNICA	GRUPO 1			GRUPO 2			p-valor
	Sempre	Às vezes	Nunca	Sempre	Às vezes	Nunca	
Dizer-mostrar-fazer	86,84	10,53	2,63	92,50	5,00	2,50	0,84
Controle de voz	55,26	36,84	7,89	32,50	30,00	37,50	0,00*
Reforço positivo	84,21	15,79	0,00	92,50	7,50	0,00	0,25
Presença/ausência dos pais	63,16	34,21	2,63	55,00	35,00	10,00	0,39
Modelagem	23,68	55,26	21,05	57,50	30,00	12,50	0,01*
Mão-sobre-a-boca	5,26	28,95	65,79	17,50	20,00	62,50	0,20
Contenção passiva	26,32	26,32	47,37	32,50	22,50	45,00	0,82
Contenção ativa	31,58	44,74	23,68	42,50	40,00	17,50	0,57
Sedação	18,42	42,11	39,47	10,00	65,00	25,00	0,12

Teste Qui-quadrado, $p < 0,05$

A partir da avaliação dos resultados apresentados na tabela 1 foi observado que Controle de voz e Modelagem houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos antes de assistir os vídeos.

Tabela 2. Comparação percentual da percepção dos pais de pacientes não oncológicos e oncológicos sobre as técnicas de controle de comportamento depois de assistir o vídeo.

TÉCNICA	GRUPO 1			GRUPO 2			P- VALOR
	Sempre	Às vezes	Nunca	Sempre	Às vezes	Nunca	
Dizer-mostrar-fazer	100,00	0,00	0,00	87,50	10,00	2,50	0,08
Controle de voz	55,26	42,11	2,63	37,50	27,50	35,00	0,00*
Reforço positivo	76,32	23,68	0,00	90,00	7,50	2,50	0,06
Presença/ausência dos pais	47,37	44,74	7,89	67,50	22,50	10,00	0,11
Modelagem	42,11	47,37	10,53	52,50	27,50	20,00	0,16
Mão-sobre-a-boca	13,16	55,26	31,58	12,50	30,00	57,50	0,05*
Contenção passiva	21,05	34,21	44,74	27,50	25,00	47,50	0,63
Contenção ativa	65,79	31,58	2,63	35,00	52,50	12,50	0,01*
Sedação	21,05	52,63	26,32	17,50	65,00	17,50	0,51

Teste Qui-quadrado, $p < 0,05$

Já na tabela 2 foi observado que Controle de voz, Mão-sobre-a-boca e Contenção ativa houve diferença estatisticamente significante entre os grupos depois de assistir os vídeos.

Tabela 3. Comparação do percentual total da percepção dos pais de pacientes não oncológicos e oncológicos sobre as técnicas de controle de comportamento antes e depois de assistir o vídeo.

TÉCNICA	TODOS ANTES			TODOS DEPOIS		
	Sempre	Às vezes	Nunca	Sempre	Às vezes	Nunca
Dizer-mostrar-fazer	89,74	7,69	2,56	93,59	5,13	1,28
Controle de voz	43,59	33,33	28,08	46,15	34,62	19,23
Reforço positivo	88,46	11,54	0,00	83,33	15,38	1,28
Presença/ausência dos pais	58,97	34,62	6,41	57,69	33,33	8,97
Modelagem	41,03	42,31	16,67	47,44	37,18	15,38
Mão-sobre-a-boca	11,54	24,36	64,10	12,82	42,31	44,87
Contenção passiva	29,49	24,36	46,15	24,36	29,49	46,15
Contenção ativa	37,18	42,31	20,51	50,00	42,31	7,69
Sedação	14,10	53,85	32,05	19,23	58,97	21,79

4. DISCUSSÃO

Todos os autores estudados estão em consenso que as técnicas de controle de comportamento são essenciais para o atendimento na Odontopediatria.¹⁻¹⁵

Dentre as divisões das técnicas de controle de comportamento, as denominadas restritivas, como mão-sobre-a-boca e contenção física são discutidas a sua aplicação, além da aceitação dos pais e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O ECA defende que estas podem ser consideradas desumanas, devido restringir movimentos, podendo gerar sentimentos como medo e humilhação.^{9,10}

À vista disso, Barbosa e Toledo¹¹ (2003), comenta sobre a necessidade da explicação prévia das técnicas a serem executadas e a necessidade de pedir o termo de consentimento por escrito previamente a execução de qualquer técnica aversiva. Por isso, a importância deste trabalho em comparar a percepção dos pais em geral sobre as técnicas de controle comportamental sem e com explicação prévia ao seu uso, como visto no grupo de pais de crianças não oncológicas em relação a técnica de contenção ativa, antes da explicação possuindo 31,58% de aceitação dos pais e após a explicação subiu para 65,79%.

Ainda em relação as técnicas de controle comportamental, Brito e Machado¹² (2021), trouxeram como resultado que as técnicas mais aceitas pelos pais foram Dizer-mostrar-fazer e Distração, com 100% e 98%, respectivamente, e as técnicas com maior índice de rejeição foram Mão-sobre-a-boca e Contenção física, com 75% e 18,86%, respectivamente. Já na análise percentual total entre a comparação dos grupos estudados, após a explicação, houve maior aceitação nas técnicas Dizer-mostrar-fazer e Reforço positivo, com 93,59% e 83,33%, respectivamente, e as com maior índice de rejeição foram Contenção passiva e Mão-sobre-a-boca, com 46,15% e 44,87%, respectivamente. Apesar dos diferentes percentuais pode-se perceber uma semelhança nos resultados de ambas as pesquisas, nas quais tiveram Mão-sobre-a-boca e Contenção física como as técnicas com maior índice de rejeição e a técnica Dizer-mostrar-fazer como a de maior aceitação.

Segundo Muller et al.¹³ (2018), a sedação consciente com óxido nitroso, em sua maioria, é benéfica e seguro para o paciente odontopediátrico, apresentando benefícios durante o atendimento infantil. Quando associado a medicamentos pré-operatórios os resultados foram ainda mais expressivos, todavia deve-se tomar um cuidado maior devido possível depressão respiratória e sedação profunda. Entretanto ainda há resistência a utilização da técnica pelos pais, visto que neste estudo, o resultado total observado antes e após da explicação a opção com maior escolha foi “as vezes”, com 53,85% e 58,97%, respectivamente.

Neste estudo foi verificado que não houve diferença estatisticamente significativa na percepção dos pais total em relação a Presença/ausência deles antes e

após a explicação, tendo um maior índice de escolha na opção “sempre” seguida da opção “às vezes”, com 57,69% e 33,33%, respectivamente, após explicação com o vídeo. Visto isso, Riba et al.¹⁴ (2018), defende a presença dos pais no consultório, a fim de que não gere uma insegurança na criança por separação traumática, entretanto naquelas não cooperadoras a técnica deve ser aplicada com modificações, como a utilização dela juntamente a outras técnicas, como Modelagem e Reforço positivo.

Oliveira e Ribeiro¹⁵ (2020), relatam que o manejo comportamental merece destaque quando o assunto é paciente oncológico pediátrico, devido maior sensibilidade física e emocional, sendo assim, técnicas como Reforço positivo e Dizer-mostrar-fazer aumentam o vínculo do paciente com o cirurgião-dentista, no qual deve ter avaliações antes, durante e após o término do tratamento. Comparando com a referente pesquisa realizada, pode-se perceber que após a explicação sobre as técnicas de controle de comportamento a tendência dos pais de pacientes oncológicos a preferirem as mesmas técnicas citadas pelos autores, como reforço positivo e dizer-mostrar-fazer, com 90% e 87,5%, respectivamente, de escolha na opção “sempre”.

Após a realização deste trabalho, pode-se observar a carência de trabalhos na área de manejo odontológico em crianças com comprometimento de saúde sistêmica, como pacientes oncológicos, necessitando de mais estudos nesta área, já que são pacientes submetidos a tratamentos invasivos e extensos na área de saúde, o que pode levar a experiências negativas e comprometer seu comportamento em tratamentos odontológicos.

5. CONCLUSÃO

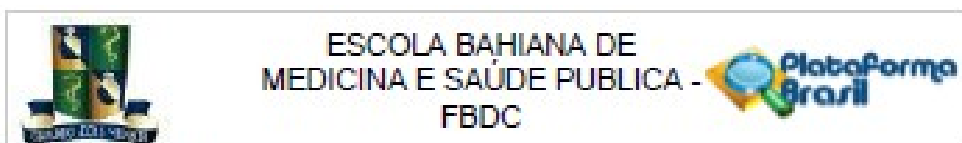
Diante dos resultados encontrados foi observado que houve diferença na percepção dos pais de pacientes oncológicos e não oncológicos em algumas técnicas de controle de comportamento, sendo Modelagem e Controle de voz antes dos pais assistirem o vídeo e Controle de voz, Mão-sobre-a-boca e Contenção ativa após os pais assistirem o vídeo, reforçando que deve-se sempre explicar os responsáveis sobre as técnicas de controle de comportamento que poderão ser usadas antes do tratamento odontológico, para assim gerar uma relação de confiança entre pais e profissionais e poder facilitar muitas vezes um melhor resultado no tratamento proposto.

REFERÊNCIAS

- 1- Coelho VFD, Coelho LVD, Costa, AMG. Técnicas de manejo em odontopediatria: uma revisão narrativa da literatura. RSDJ 2021; 10 (11): 2525-09. doi: 10.33448/rsd-v10i11.19489
- 2- Corrêa MSNP, Guedes-Pinto AC, Echeverria S. Influências familiares e conselho aos pais. In: Guedes-Pinto AC, Melo-Moura ACV. Odontopediatria. 9ª. São Paulo: Santos;2016. (p.125-30)
- 3- Simões FXPC, Macedo TG, Coqueiro RS, Pithon MM. Percepção dos pais sobre as técnicas de manejo comportamental utilizadas em Odontopediatria. Rev Bras Odontol. 2016; 73(4): 1984-47. doi: [10.17267/2596-3368dentistry.v12i2.3805](https://doi.org/10.17267/2596-3368dentistry.v12i2.3805).
- 4- Almeida GO, Simões FXPC, Brandão CF. Percepção dos pais sobre as técnicas comportamentais utilizadas em odontopediatria [trabalho de conclusão de curso]. Salvador: EBMSP; 2019.
- 5- Silva AF, Moura APG, Lopes CJO, Figueiredo FMP, Silva GG, Pinheiro JC, Santos KMJ, Santos LB, Silva TF. Técnicas de manejo comportamental não farmacológica em odontopediatria. In: Almeida DRMF. Odontologia: Tópicos em atuação odontológica. 1ª. São Paulo: Científica; 2020. (p.162-71). doi:10.37885/200901561
- 6- Nazzal H, El Shahawy OI, Al-Jundi S, Hussein I, Tahmassebi JF. The use of behaviour management techniques amongst paediatric dentists working in the Arabian region: a cross-sectional survey study. Eur Arch Paediatr Dent. 2021; 22:375-85. doi:10.1007/s40368-020-00560-8.
- 7- Alves IBS, Granville - Garcia AF, Firmino RT, Gomes MC, Costa EMMB. The use of audiovisual distraction eyeglasses as a resource in Pediatric dental care: a case series. RGO 2019; 67:e20190059. doi: 10.1590/1981-863720190005920180028.
- 8- Baakdah RA, Turkistani JM, Al-Qarni AM, Al-Abdali AN, Alharbi HA, Bafaqih JA, Alshehri ZS. Pediatric dental treatments with pharmacological and non-pharmacological interventions: a cross-sectional study. BMC Oral Health. 2021;21(1):186. doi: 10.1186/s12903-021-01555-7.
- 9- Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União 16 de jul 1990.
- 10- Sant'anna RMM, Silva RA, Silva LV, Almeida TF. Aspectos éticos e legais das técnicas de manejo de comportamento em odontopediatria: uma revisão narrativa da literatura. Rev Bras Odontol Leg RBOL. 2020;7(2):70-80. Doi: <https://doi.org/10.21117/rbol-v7n22020-320>
- 11- Barbosa CSA, Toledo AO. Uso de técnicas aversivas de controle de comportamento em Odontopediatria. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. 2003;6(29):76-82.

- 12- Brito GXOS, Machado CV. Percepção dos pais sobre técnicas de controle comportamental na Clínica Odontopediátrica da Faculdade UniRuy, Salvador-BA. J Dent Public Health. 2021;12(2):89-95. <http://dx.doi.org/10.17267/2596-3368dentistry.v12i2.3805>
- 13- Muller TM, Alessandretti R, Bacchi A, Tretto PHW. Eficácia e segurança da sedação consciente com óxido nitroso no tratamento pediátrico odontológico: uma revisão de estudos clínicos. J. Oral Investig. 2018;7(1):88-111. DOI: <https://doi.org/10.18256/2238-510X.2018.v7i1.2497>
- 14- Riba H, Al-Shahrani A, Al-Ghutaimel H, Al-Otaibi A, Al-Kahtani S. Parental Presence/Absence in the Dental Operatory as a Behavior Management Technique: A Review and Modified View. J Contemp Dent Pract. 2018;19(2):237-241. doi: 10.5005/jp-journals-10024-2243.
- 15- Oliveira JMBCS, Ribeiro ASC. Odontopediatria no contexto oncológico: uma revisão literária [trabalho de conclusão de curso]. Governador Mangabeira: Faculdade Maria Milza;2020.

ANEXO A – DIRETRIZES PARA AUTORES



Continuação do Parecer 3.292/19

- modelagem: o paciente assiste ao atendimento de uma criança colaboradora, que pode ser ao vivo, por meio de vídeo, teatrinho ou estória;
- mão-sobre-a-boca: o profissional posiciona a mão sobre a boca da criança para abafar o ruído, e simultaneamente diz em seu ouvido 'pare de gritar que eu quero conversar com você';
- contenção passiva: com o auxílio de um lençol, macas projetadas ou abridores de boca evita-se sua movimentação durante atendimento;
- contenção ativa: o responsável ou profissional contém os braços e pernas da criança para evitar movimentos bruscos;
- sedação: utiliza-se uma substância apropriada, o óxido nítrico, que mantém a criança sedada, porém consciente durante o atendimento, voltando às funções normais com a suspensão do medicamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto:devidamente preenchida e com assinatura do responsável institucional.
- Orçamento: apresentado no valor de R\$22,00, informando custeio próprio.
- Riscos e Benefícios : apresentados com a adequação proposta.
- Cronograma :adequado, indica a data de coleta de dados para 19/08/2019 e com previsão de envio de relatório.
- Orçamento adequado.
- Carta de anuência: anexada, assinada pelo representante da instituição.
- Termos de Consentimento e Assintimento: apresentados com as devidas adequações solicitadas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a reanálise bioética embasada na Res. 466/12 do CNS e documentos afins, considerando que as pendências assinaladas no Parecer Consubstanciado de nº 3.296.687 foram sanadas,indicamos **APROVAÇÃO**.

Considerações Finais a critério do CEP:

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)2101-1321 E-mail: cep@bahiana.edu.br

ANEXO B – DIRETRIZES PARA AUTORES

NORMAS DA REVISTA

RECOMENDAÇÕES PARA A SUBMISSÃO DE ARTIGOS

Os manuscritos submetidos para apreciação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua apresentação simultânea em outro periódico, e versarão sobre temas da área odontológica e correlatas.

1 - DAS NORMAS GERAIS

1.1 Serão aceitos para submissão trabalhos de pesquisa básica e aplicada em Odontologia, na língua portuguesa ou inglesa. Os trabalhos de revisão somente serão aceitos mediante análise criteriosa da relevância do tema ou a convite dos editores. O manuscrito pode ser redigido em português ou inglês e deverá ser fornecido em arquivo digital compatível com o programa "Microsoft Word" (em formato DOC).

1.2 Para os trabalhos redigidos em inglês (o uso inglês americano ou britânico é aceito, mas não uma mistura dos dois), o conteúdo dos textos deve ser acompanhado de documento que comprove sua revisão por profissionais com proficiência na língua inglesa.

1.3 Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua submissão simultânea em outro periódico, seja este de âmbito nacional ou internacional.

1.4 As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, revisada em 2000).

1.5 A Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição, com devida citação de fonte.

1.6 O conteúdo dos textos das citações e das referências são de inteira responsabilidade dos autores.

1.7 A data do recebimento do original, a data de envio para revisão, bem como a data de aceite constará no final do artigo, quando da sua publicação.

1.8 O número de autores está limitado a seis (6). Nos casos de maior número de autores, o conselho editorial deverá ser consultado.

1.8 Registros de Ensaio Clínicos

1.8.1 Artigos de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. Sugestão para registro: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

1.9 Comitê de Ética

1.9.1 Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos devem ser acompanhados de cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro órgão credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde.

1.9.2 Na reprodução de documentação clínica, o uso de iniciais, nomes e/ou números de registro de pacientes são proibidos. A identificação de pacientes não é permitida. Ao reproduzir no manuscrito algum material previamente publicado (incluindo textos, gráficos, tabelas, figuras ou quaisquer outros materiais), a legislação cabível de Direitos Autorais deverá ser respeitada e a fonte citada.

1.9.3 Nos experimentos com animais devem ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidado dos animais de laboratório.

2 - CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

2.1 Os trabalhos serão avaliados primeiramente quanto ao cumprimento das normas de publicação, sendo que no caso de inadequação serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e conveniência da sua publicação. Os editores avaliarão os manuscritos pelo site Plagiarism detect ou Plagium logo após a submissão. Isto não tem relação com a simples repetição de nomes / filiações, mas envolve frases ou textos utilizados.

2.2 Após aprovado quanto às normas, os trabalhos serão submetidos à apreciação quanto ao mérito científico e precisam de, pelo menos, dois relatores, que deverão emitir pareceres contemplando as categorias: inadequado para publicação; adequado, mas requerendo modificações; ou adequado para publicação sem retificações.

2.3 O Conselho Editorial dispõe de plena autoridade para decidir sobre a pertinência da aceitação dos trabalhos, podendo, inclusive, devolvê-los aos autores com sugestões para que sejam feitas as alterações necessárias no texto e/ou ilustrações. Neste caso, é solicitado ao autor o envio da versão revisada contendo

as devidas alterações e as que porventura não tenham sido adotadas deverão estar justificadas através de carta encaminhada pelo autor. Esta nova versão deverá ser enviada no prazo máximo de 07 dias e o trabalho será reavaliado pelo Corpo Editorial da Revista.

2.4 É garantido, em todo processo de análise dos trabalhos, a não identificação dos autores ou do avaliador. O nome dos autores é, propositalmente, omitido para que a análise do trabalho não sofra qualquer influência e, da mesma forma, os autores, embora informados sobre o método em vigor, não fiquem cientes sobre quem são os responsáveis pelo exame de sua obra. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos revisores, o Conselho Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor.

2.5 Os conceitos emitidos nos trabalhos publicados serão de responsabilidade exclusiva

dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Conselho Editorial ou dos Editores.

3 - DA CORREÇÃO DAS PROVAS TIPOGRÁFICAS

3.1 As provas tipográficas contendo a versão revisada dos trabalhos serão enviadas ao

autor correspondente por meio da plataforma ou correio eletrônico.

3.2 O autor dispõe de um prazo de 03 dias para correção e devolução do original devidamente revisado.

3.3 A omissão do retorno da prova significará a aprovação automática da versão sem alterações. Apenas pequenas modificações, correções de ortografia e verificação das ilustrações serão aceitas. Modificações extensas implicarão na reapreciação pelos assessores e retorno ao processo de arbitragem.

4 - DA APRESENTAÇÃO

4.1 Estrutura de apresentação da página de rosto

- Título do manuscrito em português, de forma concisa, clara e o mais informativo possível. Não deve conter abreviações e não deve exceder a 200 caracteres, incluindo espaços.

- Deve ser apresentada também a versão do título em **inglês**.

- Nome dos autores na ordem direta e sem abreviações, seguido da sua principal titulação e filiação institucional; assim como registros na Base como ORCID, caso não tenham (o registro ORCID pode ser obtido, gratuitamente, através do site <http://orcid.org>); acompanhado do respectivo endereço com informação de contato (telefone, endereço e e-mail para o autor correspondente) e todos os coautores. Os autores devem garantir que o manuscrito não foi previamente publicado ou não está sendo considerado para publicação em outro periódico.

- Endereço completo do autor principal, com telefone, fax e e-mail, a quem deverá ser encaminhada eventual correspondência.

- O autor deverá colocar a área de conhecimento referente ao tema do manuscrito, de acordo com as seguintes áreas:

- Áreas Temáticas: Anatomia; Biologia Craniofacial; Biologia Pulpar; Bioquímica; Cariologia; Ciências do Comportamento; Cirurgia Bucomaxilofacial; Controle de Infecção; Dentística; Disfunção Temporomandibular; Estomatologia; Farmacologia; Fisiologia; Imaginologia; Implantodontia - Clínica Cirúrgica; Implantodontia - Clínica Protética; Implantodontia Básica e Biomateriais; Imunologia; Materiais Dentários; Microbiologia; Oclusão; Odontogeriatrics; Odontologia Hospitalar; Odontologia Legal; Odontologia Social; Odontopediatria; Ortodontia; Ortopedia; Patologia Oral; Periodontia; Prótese; Saúde Coletiva; Terapia Endodôntica.

Para garantir o cegamento da avaliação por pares, a folha de rosto deve ser anexada como documento suplementar, SEPARADAMENTE do arquivo que contém o corpo do trabalho.

4.2 Estrutura de apresentação do corpo do manuscrito

- **Título do trabalho em português**

- **Título do trabalho em inglês**

- **Resumo estruturado:** deve condensar os resultados obtidos e as principais conclusões de tal forma que um leitor, não familiarizado com o assunto tratado no texto,

consiga entender as principais implicações do artigo. O resumo não deve exceder 250 palavras (100 palavras no caso de comunicações breves) e abreviações devem ser evitadas. Deve ser apresentado na forma de parágrafo único estruturado (sem subdivisões das seções), conteúdo objetivo, metodologia, resultados e conclusões. No Sistema, utilizar a ferramenta Special characters para caracteres especiais, se aplicável.

Para os textos em Língua portuguesa, deve ser apresentada também a versão em inglês

(Abstract) ou em espanhol **(Resumen)**.

De acordo com o tipo de estudo, o resumo deverá ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original e Revisão sistemática: Objetivo, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Considerações finais (No Abstract: Purpose, Case description, Final Considerations).

- Revisão de literatura: Objetivo, Materiais e Métodos, Resultados e Considerações

finais. No Abstract: (Purpose, Methods, Results, Final Considerations). A forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

- **Unitermos:** imediatamente abaixo do resumo estruturado, de acordo com o tipo de artigo submetido, devem ser incluídos de 3 (três) a 5 (cinco) unitermos (palavras-chave),

assim como a respectiva tradução para os **uniterms**. Devem ser separados por vírgula.

Os descritores devem ser extraídos dos “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS): <http://decs.bvs.br/>, que contém termos em português, espanhol e inglês, e do “Medical Subject Headings” (MeSH): www.nlm.nih.gov/mesh, para termos somente em inglês (não serão aceitos sinônimos).

- **Abstract:** deverá contemplar a cópia literal da versão em português.

- **Uniterms:** versão correspondente em inglês dos unitermos.

Grafia de termos científicos: nomes científicos (binômios de nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica) devem ser escritos por extenso, bem como os nomes de compostos e elementos químicos, na primeira menção no texto principal.

Unidades de medida: devem ser apresentadas de acordo com o Sistema Internacional de Medidas (<http://www.bipm.org> ou

<http://www.inmetro.gov.br/consumidor/unidLegaisMed.asp>).

- **CORPO DO MANUSCRITO**

ARTIGO ORIGINAL DE PESQUISA E REVISÃO SISTEMÁTICA: devem apresentar as seguintes divisões: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Introdução: resumo do raciocínio e a proposta do estudo, citando somente referências

pertinentes. Claramente estabelece a hipótese do trabalho. Deve ser sucinta e destacar

os propósitos da investigação, além da relação com outros trabalhos na área. Uma extensa revisão de literatura não é recomendada, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

Materiais e Métodos: apresenta a metodologia utilizada com detalhes suficientes que permitam a confirmação das observações. Métodos publicados devem ser referenciados e discutidos brevemente, exceto se modificações tenham sido feitas.

Indicar os métodos estatísticos utilizados, se aplicável. Devem ser suficientemente detalhados para que os leitores e revisores possam compreender precisamente o que foi feito e permitir que seja repetido por outros. Técnicas-padrões precisam apenas ser

citadas. Estudos observacionais devem seguir as diretrizes STROBE (<http://strobestatement.org/>) e o check list deve ser submetido. Ensaio clínico devem ser relatados

de acordo com o protocolo padronizado da CONSORT

Statement (<http://www.consortstatement.org/>), revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir o PRISMA

(<http://www.prisma-statement.org/>), ou Cochrane (<http://www.cochrane.org/>).

* **Aspectos Éticos:** em caso de experimentos envolvendo seres humanos, indicar se os procedimentos realizados estão em acordo com os padrões éticos do comitê de experimentação humana responsável (institucional, regional ou nacional) e com a Declaração de Helsinki de 1964, revisada em 2000. Quando do relato de experimentos em animais, indicar se seguiu um guia do conselho nacional de pesquisa, ou qualquer lei sobre o cuidado e uso de animais em laboratório. Deve também citar aprovação de Comitê de Ética.

Resultados: apresenta os resultados em uma sequência lógica no texto, tabelas e ilustrações. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar no máximo seis tabelas e/ou ilustrações.

Discussão: enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões resultantes. Não repetir, em detalhes, os dados ou informações citadas na introdução ou nos resultados. Relatar observações de outros estudos relevantes e apontar as implicações de seus achados e suas limitações.

Conclusão(ões): deve(m) ser pertinente(s) aos objetivos propostos e justificados nos próprios resultados obtidos. A hipótese do trabalho deve ser respondida. Devem ser apresentadas concisamente e estar estritamente fundamentadas nos resultados obtidos. O detalhamento dos resultados, incluindo valores numéricos etc., não deve ser repetido.

Agradecimentos (quando houver): agradecer às pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo. Especificar auxílios financeiros citando o nome da organização de apoio de fomento e o número do processo.

Autoria: Todos os autores devem ter feito contribuições substanciais para: (1) a concepção e desenho do estudo, ou aquisição de dados, ou análise e interpretação dos dados, (2) redação do artigo ou revisão crítica para conteúdo intelectual importante, (3) aprovação final da versão a ser submetida.

RELATO DE CASO: Deve ser dividido em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s), Discussão e Considerações finais.

REVISÃO DE LITERATURA: Deve ser dividida em Introdução, Revisão de literatura,

Discussão (serão aceitas também revisões discutidas) e Considerações finais. Deve ter

um conteúdo descritivo-discursivo, com foco numa apresentação e discussão abrangente de questões científicas importantes e inovadoras.

PONTO DE VISTA / CARTA AO EDITOR: devem incluir evidências que sustentem a opinião do(s) autor(es) sobre o conteúdo científico ou editorial da RFOUFBA. Figuras ou tabelas não são permitidas.

A identificação de autoria NÃO pode constar no corpo do trabalho, devendo ser removida também da opção Propriedades no Word.

5 - DA NORMALIZAÇÃO TÉCNICA

O texto deve ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.),

apresentar-se em fonte ARIAL tamanho 11, espaçamento entre as linhas de 1,5, em folhas A4, com margens de 3 cm de cada um dos lados, perfazendo um total de no máximo 15 páginas, excluindo referências e ilustrações (gráficos, fotografias, tabelas etc.). Os parágrafos devem ter recuo da primeira linha de 1,25 cm.

Evitar ao máximo as abreviações e siglas. Em determinados casos, sugere-se que na primeira aparição no texto, deve-se colocar por extenso e a abreviatura e/ou sigla entre

parênteses. Exemplo: Febre Hemorrágica do Dengue (FHD).

5.1 Ilustrações

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

5.1.1 Todas as ilustrações devem ser apresentadas e inseridas ao longo do texto em Word, conforme ordem de citação e devem ser limitadas no máximo a seis (6).

Devem também ser enviadas separadamente (Figura 1a, Figura 1b, Figura 2, Figura 3...) no formato JPEG, TIFF ou GIF.

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

5.1.3 A elaboração dos gráficos e tabelas deverá ser feita em preto e branco ou em tons

de cinza. Gráficos e desenhos podem ser confeccionados no programa Excel ou Word. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também JPEG, TIFF ou

GIF.

5.1.4 As ilustrações deverão ser encaminhadas com resolução mínima de 300 dpi e tamanho máximo de 6 cm de altura x 8 cm de largura. As legendas correspondentes deverão ser claras, concisas e localizadas abaixo de cada ilustração, precedidas da numeração correspondente. Se houver texto no interior da ilustração, deve ser formatado em fonte Arial, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

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

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

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

5.2 Citação de autores

A citação dos autores no texto poderá ser feita de duas maneiras: 1) Apenas numérica:

" a interface entre bactéria e célula ^{3,4,7-10}" ou 2) alfanumérica:

- Um autor - Silva²³ (1996)
- dois autores - Silva e Carvalho²⁵ (1997)
- mais de dois autores - Silva et al.²⁸ (1998)
- Pontuação, como ponto final e vírgula deve ser colocada após citação numérica.

Ex: Ribeiro³⁸.

5.3 Referências

As citações de referências devem ser identificadas no texto por meio de números arábicos sobrescritos. A lista completa de referências deve vir após a seção de "Agradecimentos", e as referências devem ser numeradas e apresentadas de acordo com o Estilo Vancouver, em conformidade com as diretrizes fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors, conforme apresentadas em Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical

Journals (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>). Os títulos de periódicos devem

ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index

Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). **A correta apresentação das referências é de responsabilidade exclusiva dos autores.**

É necessário que os autores evitem ao máximo a inclusão de comunicações pessoais, resumos e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

Colocar o nome de todos os autores do trabalho até no máximo seis autores, além disso,

citar os seis autores e usar a expressão et al.

Exemplos de referências:

Livro

Melberg JR, Ripa LW, Leske GS. Fluoride in preventive dentistry: theory and clinical applications. Chicago: Quintessence; 1983.

Capítulo de Livro

Verbeeck RMH. Minerals in human enamel and dentin. In: Driessens FCM, Woltgens JHM, editors. Tooth development and caries. Boca Raton: CRC Press; 1986. p.95-152.

Artigo de periódico

Veja KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for

pancreatobiliary disease. Ann Intern Med. 1996 Jun 1;124(11):980-3.

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. Caries Res. 1992;26:188-93.

Artigos com mais de seis autores:

Citam-se até os seis primeiros seguidos da expressão et al.

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

Artigo sem autor

Seeing nature through the lens of gender. Science. 1993;260:428-9.

Volume com suplemento e/ou Número Especial

Ismail A. Validity of caries diagnosis in pit and fissures [abstract n. 171]. J Dent Res 1993;72(Sp Issue):318.

Fascículo no todo

Dental Update. Guildford 1991 Jan/Feb;18(1).

Trabalho apresentado em eventos

Matsumoto MA, Sampaio Góes FCG, Consolaro A, Nary Filho H. Análise clínica e microscópica de enxertos ósseos autógenos em reconstruções alveolares. In: Anais da

16a. Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO; 1999 set. 8-11; Águas de São Pedro (SP). São Paulo: SBPqO; 1999. p. 49, resumo A173.

Trabalho de evento publicado em periódico

Abreu KCS, Machado MAAM, Vono BG, Percinoto C. Glass ionomers and compomer penetration depth in pit and fissures. J Dent Res 2000;79(Sp. Issue) 1012.

Monografia, Dissertação e Tese

Pereira AC. Estudo comparativo de diferentes métodos de exame, utilizados em odontologia, para diagnóstico da cárie dentária. São Paulo; 1995. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Artigo eletrônico:

Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol

[Internet]. 1990 [Acesso em 2010 Abr 22];15(4):437-58. Disponível em:

<http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437>

Observação: A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

6 - DA SUBMISSÃO DO TRABALHO

6.1 A submissão dos trabalhos deverá ser feita pelo site

<https://periodicos.ufba.br/index.php/revfo>.

6.2 Deverá acompanhar o trabalho uma carta assinada por todos os autores

(Formulário

Carta de Submissão) afirmando que o trabalho está sendo submetido apenas a Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA, bem como, responsabilizando-se pelo conteúdo do trabalho enviado à Revista para publicação.

6.3 Declaração assinada por todos os autores de concordância com a cessão de direitos

autorais.

6.4 Deverá acompanhar o trabalho uma declaração de conflito de interesse. Caso exista

alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesse, esta possibilidade deverá ser informada.

6.5 Parecer de comitê de ética reconhecido pelo Comitê Nacional de Saúde (CNS) - para estudos de experimentação humana e animal.

OS CASOS OMISSOS SERÃO RESOLVIDOS PELO CONSELHO EDITORIAL.

CHECK-LIST: verificar antes do envio do artigo à revista

- Carta de submissão;
- Declaração de Cessão de Direitos Autorais;
- Declaração de Conflito de Interesse;
- Arquivo de folha de rosto (Title Page, em formato DOC).

- Arquivo do texto principal (Main Document, manuscrito), em formato DOC. O texto deve apresentar-se em fonte ARIAL tamanho 11, espaçamento entre as linhas de 1,5, em folhas A4, com margens de 3 cm e com no máximo 15 páginas, excluindo referências e ilustrações (gráficos, fotografias, tabelas etc.);
- Tabelas, em formato DOC.
- Figuras: Fotografias, micrografias, radiografias, gráficos, desenhos, esquemas e demais ilustrações vetoriais (resolução mínima de 300 DPI e tamanho máximo de 6 cm de altura x 8 cm de largura, em formato TIFF, JPG OU GIF). Cada uma das figuras deve ser submetida em arquivos separados e individuais. Também devem ser inseridas no arquivo de texto, conforme sua ordem de citação.
- Lista de referências, de acordo com as normas do Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals (Vancouver, JAMA, 1997;277:927-34);
- Trabalho que envolva estudo com seres humanos e animais deverá apresentar a carta de aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa registrado no CONEP.

ANEXO C – ARTIGOS REFERENCIADOS

Os artigos referenciados deste trabalho encontram-se anexados no e-mail encaminhado.