



CURSO DE ODONTOLOGIA

JOÃO VITOR DANTAS DA SILVA DOS SANTOS

**RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL EM
PROMOVER SAÚDE ORAL EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES: um olhar sobre vulnerabilidade**

PROFESSIONAL RESPONSIBILITY TO PROMOTE ORAL
HEALTH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: a look at
vulnerability

SALVADOR
2018

JOÃO VITOR DANTAS DA SILVA DOS SANTOS

**RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL EM
PROMOVER SAÚDE ORAL EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES: um olhar sobre vulnerabilidade**

PROFESSIONAL RESPONSIBILITY TO PROMOTE ORAL
HEALTH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: a look at
vulnerability

Artigo apresentado ao Curso de
Odontologia da Escola Bahiana de
Medicina e Saúde Pública (EBMSP)
como requisito parcial para obtenção do
Título de Cirurgião Dentista

Orientadora: Profa Dra. Carla Brandão

Co-Orientador: Prof. Dr. Francisco
Xavier

SALVADOR
2018

DEDICATÓRIA

A Meus pais Antônio Jorge dos Santos e Erbene Dantas da Silva por todo amor, carinho e dedicação que tiveram por mim. Só tenho a agradecer por acreditarem no meu potencial e me apoiarem durante essa caminhada, amo vocês.

A minha irmã por todo apoio nos momentos complicados e por me ajudar a crescer a cada dia sou grato por tudo que tem feito por mim.

AGRADECIMENTOS

Gostaria inicialmente de agradecer a Deus, pois graças a Ele fui capaz de chegar onde estou superando as dificuldades e problemas que apareceram durante o caminho.

A minha orientadora, Profa. Dra. Carla Brandão e meu Co-orientador Prof. Dr. Francisco Xavier, pela orientação, competência e profissionalismo com que me conduziram na realização deste trabalho. Agradeço pela presença, apoio e todo aprendizado passado para mim. Gostaria de agradecer também as professoras Érica Peloso e Viviane Maia por todo apoio e pelos ensinamentos passados durante as matérias de TCC e todos os professores do curso de odontologia pelos ensinamentos passados a mim.

A EBMS – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e coordenador do curso de odontologia Prof. Dr. Urbino Tunes, pela maravilhosa estrutura oferecida e oportunidade de realizar o curso de odontologia. Gostaria de agradecer também aos funcionários da instituição que possibilitaram uma manutenção das áreas nas quais estudei, pesquisei e construí meu conhecimento profissional.

A toda minha família, por sempre acreditarem e me incentivarem em todos os momentos e todos que contribuíram de alguma forma para a construção desse trabalho. A todos o meu muito obrigado.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	8
2. METODOLOGIA	10
3. REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 VULNERABILIDADE	11
3.1.1 Vulnerabilidade socioeconômica x doença cárie	13
3.2 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL	15
3.3 RESPONSABILIDADES DO PROFISSIONAL	18
4. DISCUSSÃO	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29

REFERÊNCIAS

ANEXO 1

RESUMO

Devido à fragilidade e dependência dos mais velhos, as crianças tornam-se mais vulneráveis ao ambiente físico e social que se encontram, sendo estes fatores capazes de alterar seus níveis de saúde. Vulnerabilidade é conceituada como uma idéia de fragilidade, dependência tendo relação com o ambiente que a criança está inserida, o nível sócio econômico e estrutura familiar a qual ela pertence, refletindo em seu bem-estar e seu desenvolvimento físico e cognitivo. É importante que o cirurgião-dentista leve em consideração esses fatores no momento do tratamento odontológico. O objetivo desse trabalho foi revisar aspectos relacionados à responsabilidade do profissional em promover a saúde bucal em crianças e adolescentes, observando a peculiaridade destes indivíduos frente a conceitos de vulnerabilidade, apresentando uma visão mais ampla sobre saúde. Foi realizada uma busca em artigos científicos entre 2000 e 2017, livros e manuais para fundamentarem a pesquisa, demonstrar a importância do atendimento integrado e suas repercussões. É de responsabilidade do profissional, observar as vulnerabilidades dos pacientes, reconhecê-las para que a partir das individualidades possa construir um plano de tratamento integral, ético e efetivo, pautado no conhecimento técnico-científico e na percepção mais ampla do processo saúde doença, atuação mais humana e respeito aos princípios bioéticos.

Palavras chaves: Vulnerabilidade em saúde; Odontologia; Saúde Bucal; Odontopediatria; Adolescentes.

ABSTRACT

Due to the fragility and dependence of olders, children become more vulnerable to the physical and social environment they encounter, and these factors can change their health. Vulnerability is conceptualized as an idea of fragility, dependence having relation to the environment that the child is inserted, the socioeconomic level and family structure to which it belongs, reflecting on its well-being and its physical and cognitive development. It is important that the dental surgeon takes these factors into account at the time of dental treatment. The objective of this study was to review aspects related to the responsibility of the professional to promote oral health in children and adolescents, observing the peculiarity of these individuals in relation to vulnerability concepts, presenting a broader view on health. A search was conducted in scientific articles between 2000 and 2017, books and manuals to substantiate the research, demonstrate the importance of integrated care and its repercussions. It is the responsibility of the professional, to observe the vulnerabilities of the patients, to recognize them so that from the individualities can construct an integral, ethical and effective treatment plan, based on the scientific technical knowledge and the broader perception of the health disease process, respect for bioethical principles.

Keywords: Vulnerability in healt; Dentistry; Oral Health; Pediatric Dentistry; adolescent.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, definiu a saúde como completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. A partir desta definição é possível observar que a ligação entre saúde e outros fatores, como condições sociais, históricas, econômicas e ambientais na qual o indivíduo se encontra o torna mais ou menos vulnerável, a depender da situação (1,2).

A vulnerabilidade se conceitua como uma ideia de fragilidade e de dependência, que se conecta a situação de crianças e adolescentes, principalmente os de menor nível socioeconômico. Uma parcela efetiva dos profissionais da saúde não está familiarizada com esse conceito, apesar de ele já estar em uso há mais de dez anos (2,3,4).

A criança, desde os primeiros anos de vida, precisa de atenção especial, pois nesta fase é estabelecido o alicerce para a sua saúde futura. Devido sua dependência em relação aos mais velhos, esses indivíduos sofrem grande influência do ambiente físico e social que estão inseridos, sendo estes capazes de alterar seu nível de saúde, afetando seu estado psicológico, social ou mental (2,3,5).

Contudo a adolescência, fase da vida delimitada entre os 10 e 20 anos incompletos de acordo com a OMS, é uma etapa do processo de crescimento e desenvolvimento que apresenta como principal característica as modificações de natureza física e emocional que estão ligadas também à cultura, às relações sociais, religião e questões de gênero. As mudanças

decorrentes desta fase também têm impactos na saúde sistêmica e bucal destes indivíduos, o que interfere na sua socialização, modificando a relação com o meio em que está inserido (6).

As questões socioeconômicas impactam sobre o acesso a serviços de saúde e produtos, no nível educacional, estilo de vida, condições de higiene e moradia. Estes quesitos afetam diretamente a saúde bucal, principalmente das crianças e adolescentes que não têm acesso aos serviços médico-odontológicos e educacionais existentes. Com isso, é possível notar que camadas menos favorecidas da população são mais vulneráveis aos fatores de risco, privação social e a problemas de saúde sistêmicos e orais (1,7).

Com o passar dos anos a Odontologia, antes centralizada na cura da doença, passou a ter uma prática direcionada a promoção de saúde do paciente, com bases, fundamentalmente, educativas e profiláticas a fim de estimular a prevenção das doenças que acometem a cavidade bucal (8,9,10).

Neste contexto, observa-se que o cuidado que se processa no ambiente familiar e/ou nos espaços sociais assumem grande importância na promoção da saúde bucal dos indivíduos, com uma maior efetividade quando associada ao trabalho do cirurgião dentista (CD) (7,9).

Esse trabalho teve como objetivo revisar os aspectos relacionados ao papel e responsabilidade do CD em relação a saúde bucal de crianças e adolescentes, observando fatores que interferem na vulnerabilidade, além das atribuições do profissional na promoção de saúde e tratamento das doenças bucais.

2. METODOLOGIA

Para a realização desta pesquisa, foram selecionadas bibliografias, artigos científicos extraídos da internet, programas do governo, revistas online, dissertações e manuais datados entre os anos de 2000 e 2017.

O trabalho é classificado como documental (utilizado materiais para tratamento analítico), qualitativo, descritivo visto que é fundamentado em contribuições de diversos autores acerca dos temas abordados.

A fim de fundamentar a pesquisa foram utilizadas palavras chaves como: Cirurgião-Dentista, vulnerabilidade em saúde, Saúde bucal, Odontologia, Odontopediatria e adolescentes e selecionados os artigos em sites conceituados no campo de divulgação de pesquisas acadêmicas (*Scielo*, *BVS*, *Lilacs*, *Pubmed* e *Google acadêmico*) e livros sobre o tema para posterior leitura e análise.

Após a coleta de materiais para análise e leitura, foi feita a organização da literatura encontrada, fichamento e escolha dos tópicos ou capítulos que serviriam de suporte para o propósito da pesquisa.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 VULNERABILIDADE

As discussões sobre “vulnerabilidade” são de suma importância visto que constituem uma preocupação da bioética contemporânea já que pode-se associar grupos vulneráveis e susceptibilidade à exploração. Esta situação é detectada quando pessoas ou órgãos com grande poder aquisitivo ou intelectual se aproveitam da pobreza, impotência ou dependência de outros, usando-os para servir a seus próprios interesses (2,11,12).

O termo foi originário da área da Advocacia Internacional pelos Direitos Universais do Homem a fim de designar indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente. A expressão foi levada para a área da saúde a partir da publicação nos Estados Unidos, em 1992, do livro *Aids in the World*, reeditado no Brasil um ano depois e pode ser considerado o resultado do processo de seguidas interseções entre o ativismo durante a epidemia da *Aids* e o movimento dos Direitos Humanos em países Norte Americanos (13,14,15).

Os conceitos ligados ao termo vulnerabilidade são atualmente empregados para designar: suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde, risco de uma população sofrer consequências em função de um desastre natural, relação existente entre a intensidade do dano resultante e a magnitude de uma ameaça, um evento adverso ou acidente e probabilidade de uma determinada comunidade ou área geográfica ser afetada por uma ameaça ou um risco potencial de desastre (14,15).

Existem componentes importantes para avaliar as condições de maior ou de menor vulnerabilidade, seja ela social, individual ou coletiva. Entre esses componentes podem ser citados: o acesso aos meios de comunicação, a escolarização e a disponibilidade de recursos materiais que estão diretamente ligadas aos infantis em função de sua maior fragilidade e dependência com os mais velhos, sendo fatores importantes que alteram os níveis de saúde geral e oral dessa população (2,5,16).

Os indivíduos infantis, dos zero aos cinco anos, apresentam um crescimento e desenvolvimento que requerem cuidados e atenções especiais no atendimento de suas necessidades (17). É importante que o CD e sua equipe estejam atentos às suas fases de desenvolvimento emocionais, assim como suas influências familiares, principalmente maternas e paternas. Com esses conhecimentos será mais fácil o manejo adequado nas consultas iniciais e respostas iniciais colaborativas, aumentando a possibilidade de sucesso em atendimentos futuros e no prognóstico do tratamento (18,19,20).

Segundo Bulgareli (6), os adolescentes por sua vez apresentam grande ansiedade com conflitos entre indivíduo-sociedade, interno-externo e biológico-social capazes de gerar modificações de natureza física, que afetam diretamente na sua saúde oral, sistêmica e no seu psicoemocional. De acordo com o autor, as doenças cárie e periodontal são problemas preocupantes nessa fase. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) trazidos no mesmo trabalho relatam que a maioria das crianças e adolescentes apresentam sinais da gengivite, sendo que a prevalência é de até 80% em adolescentes, e mais da metade dos adolescentes de 15 a 19 anos de idade

apresenta sinais da doença, tais como sangramento (9,7%), cálculo (28,6%) e bolsas periodontais (10,8%).

3.1.1 Vulnerabilidade socioeconômica x doença cárie

Apesar do declínio observado na prevalência da doença cárie no Brasil e no mundo, a condição socioeconômica é um importante indicador do risco em saúde. A cárie ainda constitui a doença bucal mais incidente na infância, acometendo com maior frequência e gravidade as crianças com pior condição socioeconômica (1,2,9,12). Cypriano et al. (21) apresentou em seu estudo essa relação, para o autor as condições de saúde bucal são piores nos grupos menos favorecidos economicamente.

Um estudo realizado em 2005 no município de Salvador (BA) por Lopes et al. (7) buscou verificar a prevalência de lesões de cárie em pré-escolares e identificar fatores referentes ao contexto sócio-familiar que possam influenciar sua ocorrência neste grupo populacional. Foi encontrada a prevalência de 27,95% de cárie e observou-se 57% das crianças livres de cárie aos 5 anos de idade. Tal resultado condiz com o as metas da OMS. Entretanto, variáveis referentes às condições ambientais, que estiveram relacionadas à ocorrência de cárie no estudo tais como acesso a meio de transporte e energia elétrica no domicílio, condições de saneamento e consumo de água tratada apontaram uma relação direta entre questões socioeconômicas e cárie nesta população. Quanto mais desfavorável for a situação socioeconômica, maior o número de dentes afetados pela cárie e maior a gravidade da doença (1,4-6).

Peres et al. (12), em pesquisa realizada na cidade de Florianópolis sobre a prevalência e severidade da cárie dentária em uma população de 3 a 12 anos de idade, matriculadas em escolas públicas e privadas, encontrou que as crianças com alta severidade de cárie pertenciam a famílias com menor renda familiar e apresentavam 4,18 vezes mais chances de apresentar alta severidade de cárie quando comparadas com crianças cuja renda familiar era maior.

A ligação socioeconômica com a doença cárie é observada em famílias onde os pais apresentavam maior grau de escolaridade e melhores condições econômicas. Nesses ambientes o indivíduo infantil mostrou-se com baixa severidade da doença em questão (12,22).

Segundo Fonseca et al. (2), a observação do gradiente socioeconômico relacionado a saúde bucal deve ser considerado. As evidências do nível de pobreza tais como precariedade da oferta de instituições e serviços públicos, falta de disponibilidade dos espaços destinados ao lazer, proximidade da moradia com pontos de venda controlados pelo tráfico de drogas e a falta do suprimento das necessidades básicas, associadas às questões sociais, influenciam no estado de saúde do indivíduo e estão cada vez mais presentes. Sendo assim, pessoas com moradia em locais de nível socioeconômico mais baixo apresentam, quase sempre, condições de saúde deficientes (5).

Embora exista aumento na utilização de serviços odontológicos em todas as camadas sociais no Brasil, este uso ainda é muito desigual, pois ainda existem nas camadas mais pobres, pessoas que nunca visitaram tais serviços (2,22). Apesar disso ainda é observado em nível mundial, a cárie entre as

doenças crônicas mais presentes na humanidade, representando um problema que carece ainda de uma abordagem preventiva mais abrangente (23).

3.2 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL

A sociedade contemporânea, ao se deparar com um profissional, espera e exige que o mesmo esteja apto para o exercício da profissão tecnicamente e que, ao mesmo tempo, ofereça algum diferencial. A ética odontológica tem relação com o necessário zelo entre o CD e seus pacientes, colegas de profissão e colaboradores, com foco no prestígio e bom conceito da profissão (24).

A formação dos profissionais da saúde ainda está pautada no modelo biomédico que observa as doenças nos processos físicos, tais como a patologia, a bioquímica e a fisiologia, não levando em conta o papel dos fatores sociais ou subjetividade individual (25). Essa visão ainda fragmentada e especializada dificulta a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença de forma completa e integral, e associada à supervalorização da prática clínica, faz com que o cirurgião-dentista se esqueça de que a formação envolve múltiplos saberes das áreas básicas, pré-clínicas, de orientação profissional que devem ser dosados, articulados para propiciar uma atuação completa, com atenção, resolutividade e respeito com o próximo. Frequentemente as condições de saúde bucal são analisadas por meio de indicadores clínicos, sem considerar fatores externos e modificadores da saúde do indivíduo (9,25-27).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) definem o objetivo do curso de Odontologia e tem base nacional comum a ser complementado pelas instituições de ensino superior. Baseado nisso a formação do CD se direciona para uma mudança paradigmática na construção de um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, e de levar em conta a realidade social. Com relação à instituição formadora, esta deve estar aberta às demandas sociais, capaz de produzir conhecimento relevante e útil. Como consequência deve ser priorizada a atenção à saúde universal e com qualidade, com ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças (28).

Para modificar a visão holística de cura e supervalorização da prática clínica, o uso apropriado dos serviços de saúde disponíveis é fator primordial. No âmbito da saúde bucal, a primeira visita ao cirurgião-dentista é recomendada no mínimo aos seis e no máximo aos doze meses de idade o que facilitaria a instituição de hábitos saudáveis e prevenção das doenças, trazendo benefícios em longo prazo (9,24-26).

A formação e a educação dos profissionais da saúde deve favorecer o desenvolvimento de habilidades e competências para realização do diagnóstico das condições de vida e de saúde dos grupos sociais de um local, capacitando-os a uma melhor orientação aos seus pacientes e familiares. Dessa forma o profissional pode observar as vulnerabilidades individuais de cada paciente e planejar intervenções em saúde que os tornem capazes de enfrentar os modificadores do processo saúde-doença de forma integral, enfatizando a importância de agir conforme as vulnerabilidades e fatores de risco que envolve grupos mais afetados, como crianças (7,12,25).

As DCN propõem como perfil do profissional a ser formado: “profissional generalista, com sólida formação técnica-científica, humanística e ética, orientada para a promoção de saúde, com ênfase na prevenção de doenças bucais prevalentes” (28).

Prestar assistência e desenvolver ações educativas estimulando o autocuidado, com instruções de higiene oral e dieta, aplicação de flúor e tratamento da doença quando instaladas são atitudes fundamentais do profissional e que apresentam um impacto significativo na redução dos índices das doenças em níveis nacionais (2,7,9). O CD deve construir competências e habilidades como: colher, observar e interpretar dados para a construção de diagnóstico; identificar as afecções buco-maxilo-faciais prevalentes; desenvolver raciocínio lógico e análise crítica na conduta clínica; propor e executar planos de tratamento adequados; realizar a manutenção e promoção da saúde; comunicar-se com pacientes, profissionais da saúde e comunidade em geral; trabalhar dentro de equipes interdisciplinares e incorporar inovações tecnológicas no exercício da profissão (28).

A formação do profissional é pautada em competências, habilidades e um conteúdo que busca o desenvolvimento de tais fatores. A formação social ou humanística que irá torna o CD capaz de mudar a visão curativa e observar o paciente como um ser incluído no meio ambiente capaz de modificar condições de sua saúde será adquirida através da disponibilização de disciplinas de cunho social, mas também por meio de conteúdo programático das demais disciplinas (formação básica, formação geral), com um corpo docente engajado no processo educacional (24,28).

3.3 RESPONSABILIDADES DO PROFISSIONAL

Durante muitos anos, a Odontologia foi considerada como uma especialidade centralizada na cura da doença, conceito que vem sendo superado mediante resultados positivos de uma prática hoje vigente, direcionada à promoção de saúde do paciente, com bases, fundamentalmente, educativa e preventiva (29). A união do conceito de prevenção em saúde, a valorização das questões relacionadas à bioética e o respeito aos valores e princípios de cada indivíduo são cada vez mais importantes (11,30).

A bioética diz respeito ao estudo sistemático da conduta humana nas ciências biológicas e de atenção à saúde, representa um universo multidisciplinar com princípios e preceitos que auxiliam o profissional a assumir uma postura mais humana frente a seus pacientes, melhorando a qualidade dos serviços prestados, característica importante na Odontologia contemporânea. Guia os profissionais da saúde na busca pela humanização dos serviços e promoção dos direitos do paciente, além da aplicação da trindade bioética, constituída pelos princípios da beneficência (busca do bem-estar do paciente, evitando danos na medida do possível), da justiça (equidade na distribuição de bens e benefícios na área da saúde) e da autonomia (reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida) (17, 31).

Baseado na atual forma de atuação do CD é possível notar que, a saúde oral e saúde sistêmica estão em íntima relação com a qualidade de vida do indivíduo, sendo dependentes de condições sociais, históricas, econômicas e ambientais nas quais ele está incluído, como saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, liberdade, entre outros (2,17).

Ações de extensão na área da saúde a exemplo de programas assistencialistas como o Programa de Saúde na Escola (PSE) e Bolsa Família (PBF), instituídos pelo governo, tornam-se um desafio ainda maior quando a assistência prestada se volta para um público infantil que, além das dificuldades sociais e econômicas, enfrentam também carências de ordem afetiva e familiar (9). É de fundamental importância na Odontopediatria a participação do responsável no tratamento da criança, uma vez que esta não é apta a tomar decisões sobre seu tratamento. A família apresenta então um importante papel, pois cabe a ela compreender a proposta de tratamento, para que além de consentir, possa colaborar para o sucesso do mesmo e manutenção dos resultados positivos (8,9,30).

Nos últimos anos, um dos principais objetivos do governo brasileiro tem sido melhorar o nível de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com abordagem interdisciplinar e multifatorial. Para cumprir a meta foram incluídas as Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas categorias profissionais que já integravam a Estratégia Saúde da Família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Os Centros de Especialidades Odontológicas (incluídos no programa Brasil Sorridente) aumentaram a oferta de atendimentos protéticos, de Endodontia e Radiologia Odontológica, ampliando as possibilidades de acesso a cuidados odontológicos a maior parte da população, o que possibilitou a adoção de uma postura mais ativa de atenção em saúde bucal (2,29).

O PSE também tem a perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino

público básico com a participação das equipes de saúde na educação de forma integrada, com ações para promover saúde e prevenção de doenças por meio da alimentação saudável, realização de atividades físicas, educação para a saúde sexual e reprodutiva, conscientização quanto ao uso do álcool, tabaco e outras drogas. Nesse panorama, os programas de saúde bucal direcionados a crianças em idade escolar tem gerado impacto positivo ao revelarem redução significativa nos índices de cárie em dentes permanentes de acordo com levantamentos conduzidos pelo Ministério da Saúde (10,26,32).

Além dos programas citados, se torna evidente que o serviço público odontológico não se limita ao atendimento clínico, mas inclui a atuação na comunidade, levantamentos epidemiológicos, ações preventivas e de educação em saúde, serviços para grupos com necessidades diferenciadas, o que pode ser entendido como promoção de saúde bucal (1,9,10,22,32).

Dentro da Odontologia a etapa de manutenção preventiva é considerada de suma importância, tendo como principal objetivo a preservação da saúde bucal dos pacientes e o diagnóstico precoce de doenças que acometem a cavidade bucal (33). A exemplo disso, a fase inicial de desenvolvimento da doença cárie pode ser reversível com as ações de educação em saúde bucal através da identificação dos fatores ambientais relacionados à ocorrência da doença e por meio de programas de saúde bucal destinados aos grupos de maior vulnerabilidade (5,9,11,12).

Nesse sentido, a compreensão do processo saúde-doença para as principais doenças bucais (cárie e doença periodontal) envolvem fatores biológicos (biofilme, dieta, saliva) e também fatores denominados de

modificadores ou moduladores (renda, educação, fatores comportamentais, conhecimento, escolaridade, atitudes entre outros), conhecidos como determinantes sociais da saúde, que devem ser observados também pelo profissional (6).

4. DISCUSSÃO

As discussões acerca do tema vulnerabilidade apresentam íntima relação com a saúde. Quando é possível relacionar as doenças e seus agravos com condições socioeconômicas e culturais que os indivíduos vivem isso se torna mais evidente. Peres et al. (12), Scarpelli et al. (11) e Fonseca et al. (2) citam em seus trabalhos questões importantes que mostram a relação entre saúde e as questões socioeconômicas. De forma semelhante os autores descrevem a falta de suprimento para as necessidades básicas, moradia precária, desemprego e exclusão social como fatores de influência da saúde sistêmica e oral do paciente, pois quanto mais severa essas condições piores são os níveis de saúde do indivíduo inserido nesse contexto.

Para Scarpelli et al. (11) em 2007, as condições de pobreza e desigualdades são verificadas, de forma mais evidente, em países em desenvolvimento, que os tornam extremamente vulneráveis e com pouca familiaridade com intervenções médicas. Entretanto para Passos et al. (22) sociedades com maior concentração de renda são as que menos investem em programas sociais e ações resolutivas direcionadas para população mais pobre, o que gera maiores desigualdades socioeconômicas com efeitos negativos na condição bucal. Antunes e Narvai (10) e Fonseca et al. (2) concordam que os fatores de risco atingem a população de diferentes modos e aumentam as desigualdades em saúde.

Em 2005, Lopes et al. (7) ligaram aspectos relacionados a fatores sociais e de comportamento com o processo saúde-doença bucal. Fonseca et al. (2) em 2013 consideraram as variáveis referentes às condições ambientais

para se ter saúde, corroborando com Passos et al. (22) que afirmam que para obtenção de uma boa saúde bucal o indivíduo deverá passar por um padrão de vida aceitável que incluem, além de boa condição socioeconômica, condições apropriadas de trabalho, de educação, atividades culturais, saneamento básico e alimentação.

Segundo Garbin et al. (31) a percepção do paciente como um todo é fundamental para a manutenção da saúde, uma boa comunicação e o sucesso do atendimento odontológico, pois dessa forma o profissional irá assumir posturas mais humanas frente ao paciente respeitando os princípios bioéticos. Scarpelli et al. (11) reforçam a importância de se conhecer tais princípios, pois por meio deles é possível levar proteção e respeito aos indivíduos, principalmente os mais desfavorecidos com o objetivo de se evitar processos de exclusão ou discriminação.

Segundo Garbin et al. (31) vulnerabilidade social é o processo de exclusão, discriminação ou enfraquecimento de grupos sociais e redução de suas capacidades de reação. Entretanto para Sierra e Mesquita (3) o termo foi desenvolvido para ampliar a análise dos problemas sociais e está ligado as concepções de bem-estar social e na possibilidade de prevenção de riscos à saúde de indivíduos vulneráveis.

As condições de vulnerabilidades sociais apresentadas por Scarpelli et al. (11) e Fonseca et al. (2) podem ser amenizadas com medidas apresentadas por Garbin et al. (31). Para esses últimos autores, na medida em que a busca pela humanização dos serviços de saúde e promoção dos direitos do paciente

umentam, há uma aplicação da bioética, beneficência, justiça e autonomia, assim os riscos à saúde são reduzidos.

De acordo com Antunes e Navai (10) e Bulgareli (6) a humanização no trabalho das equipes de saúde bucal baseado em uma ótica integral do processo saúde-doença e na universalização das ações e serviços, melhora a condição de vida dos indivíduos vulneráveis, pois é necessário compreender o processo saúde-doença e os fatores que os envolve, sejam eles biológicos ou modificadores.

As particularidades da infância expõem os indivíduos a fatores de risco e vulnerabilidades (2). A concepção de infância ligada à ideia de dependência e fragilidade é trazida por Siqueira e Mesquita (3) em 2006 e ressaltada por Fonseca et al. (2) sete anos depois, em 2013. Os autores associaram a vulnerabilidade ao ambiente físico e social no qual a criança se apresenta em função da sua dependência dos pais e seu desenvolvimento biológico ainda em andamento.

Particularidades relacionadas com a adolescência são descritas de forma semelhante por Oliveira et al. (32), Fonseca et al. (2) e Gonçalves et al. (34). Para os autores essa fase se define como período de vulnerabilidade física, psicológica e social, quando o indivíduo construirá sua personalidade, fará escolhas e irá moldar sua identidade. Bulgareli (6) complementa que tais mudanças causam um impacto no autoconhecimento e autoestima dos jovens que reflete também na melhora ou piora da sua saúde bucal.

Para Fonseca et al. (2) vulnerabilidade não está ligada somente ao sujeito de baixa renda, mas sim às condições de saúde que os indivíduos

apresentam em função do ambiente nos quais estão submersos. Passos et al. (22) reforçam que a relação com a saúde bucal com as diversas variáveis relativas ao indivíduo e ao ambiente físico e social que ele está inserido exige o enfoque da saúde baseado na universalização das ações e serviços.

No Brasil os riscos socioeconômicos como a precariedade da oferta de instituições e serviços públicos influenciam diretamente nas condições de saúde sistêmica e oral e sofreram importantes intervenções nas últimas décadas. Antunes e Naravai (10) afirmaram, em 2010, que intervenções em saúde bucal foram expandidas em todo País com ações como a fluoretação da água de abastecimento público e atendimento odontológico na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar de tais ações, Oliveira et al. (32) relataram que o aumento do número de cirurgiões-dentistas no serviço público no Brasil não foi suficiente para reduzir as iniquidades na utilização dos serviços odontológicos. Biacchi et al. (9) em 2014 apresentaram dados semelhantes. Os autores afirmam que os atendimentos dos cirurgiões-dentistas não atingem os indivíduos mais vulneráveis e suas ações ainda parecem ser centradas na doença e não na promoção da saúde.

A atenção integral à saúde dos indivíduos é discutida por Antunes e Narvai (10) com a corroboração de Fonseca et al. (2). Para ambos autores diversas medidas adotadas pelo governo brasileiro proporcionam melhor assistência às crianças e aos adolescentes menos favorecidos. Entre estas medidas encontra-se a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criação dos Conselhos Tutelares no âmbito municipal e programas

assistencialistas, a exemplo do Programa Bolsa Família (PBF) e o Programa Saúde na Escola (PSE). Os autores trazem a importância da universalidade e garantia de atenção à saúde dos escolares de forma inclusiva com foco no aumento do acesso aos serviços de saúde de maneira resolutiva e de qualidade.

Apesar dos programas adotados pelo governo Brasileiro expandir os serviços de saúde e proporcionar melhor assistência para os menos favorecidos Oliveira et al. (32) encontraram resultados em sua pesquisa parcialmente controversos. Os autores mostraram que os usuários do programa bolsa família utilizam menos os serviços odontológicos mesmo apresentando maiores necessidades. Santos Junior et al. (1) demonstraram menor prevalência de cárie em crianças do de países pobres da África em comparação com crianças beneficiárias do programa bolsa família no Brasil.

Os estudos realizados por Lopes et al. (7) em 2005, buscaram parâmetros a fim de relacionar a prevalência de cárie e fatores modificadores, semelhante a pesquisa realizada por Peres et al. (12) em 2000. Os resultados de ambos os estudos constataam que quanto mais desfavorável for a condição sócio-econômica, maior o número de unidades dentárias afetadas pela doença cárie.

De acordo com Antunes e Narvai (10), apesar de crescentes, os recursos destinados para o atendimento público não são suficientes para suprir imediatamente todas as necessidades da população. Souza Filho et al. (29) e Antunes e Narvai (10) concordam que a incorporação da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e o estabelecimento dos Centros de

Especialidades Odontológicas representaram novos impulsos para a ampliação da oferta de atendimento para população mais necessitada.

Fonseca et al. (2), Souza Filho et al. (29) e Hamati et al. (35) apresentaram opiniões semelhantes em relação às políticas públicas brasileiras de intervenção definindo-as como “modelo de reorientação”. Os autores apontaram que as ações e serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de universalizar o atendimento e melhorar as condições de vida da família, são importantes para a diminuição das desigualdades na saúde.

O paradoxo entre a condição bucal atual da população brasileira é o foco de pesquisa e da mudança das Diretrizes Curriculares Nacionais. Apesar da melhora nas condições orais dos pacientes infanto-juvenis destacados em muitos dos artigos estudados (9,25,26,32) ainda existem profissionais da área odontológica que analisam seus pacientes apenas por indicadores clínicos, sem considerar o ambiente de inclusão e realidade de tal indivíduo examinado (9,26,27).

A etiologia multifatorial da doença cárie e alta prevalência entre os indivíduos de menor poder socioeconômico a torna uma enfermidade mais comum nas pesquisas relacionadas com vulnerabilidade social (1,2,5,7,9). Lopes et al. (7) em 2005 traz no seu trabalho dados referentes ao Ministério da Saúde que demonstra números elevados de crianças em situação de pobreza que apresentam algum dente cariado aos cinco anos (60% das crianças brasileiras), fato também apresentado por Fonseca et al. (2) que indica dentes

precocemente atingidos por cárie com grande destaque para o contexto social desfavorável que vivem os infanto-juvenis com esses índices numéricos.

Além da cárie outras doenças acometem a saúde bucal de acordo com dados do SB Brasil trazidos pela cartilha do PROVAB (20). Os levantamentos apontam que 6% das crianças de 5 anos apresentam alterações gengivais, especificamente sangramento gengival, como a gengivite relacionada com a presença de biofilme bacteriano ocasionado pela higiene bucal irregular ou insuficiente em função das práticas e atitudes paternas, como hábitos de higiene deficientes e dieta.

Na busca de alternativas para o cenário de saúde bucal público brasileiro, através da educação profissional, a diretriz curricular trazida pela Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) (28) em 2004, passou a prezar pela formação humanística do profissional com uma integração de competências e habilidades desenvolvidas durante o curso. Garbin et al. (31) em 2002 já relacionava a postura humana do profissional com a qualidade do serviço prestado.

Garbin et al. (26) em 2008 e Biacchi et al. (9) seis anos depois, em 2014, admitem que a formação baseada apenas nos processos físicos e a visão fragmentada da saúde vem dando espaço a uma formação profissional de pensamento crítico, de trabalhar em equipe, avaliando o paciente sobre aspectos sociais, culturais e físicos, critérios trazidos na diretriz curricular da ABENO (28). Dessa forma o profissional terá atuação com resolutividade, qualidade e respeito ao próximo. (9,26,28).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O panorama de saúde bucal dos pré-escolares vem sofrendo alterações graças à mudança do conceito de saúde, que não deve ser definida apenas como ausência de doença e o cirurgião-dentista tem papel importante nesta mudança. Atividades de prevenção e promoção da saúde são fundamentais para a mudança na realidade da saúde bucal das populações mais vulneráveis.

É responsabilidade profissional observar que cada indivíduo possui vulnerabilidades que devem ser reconhecidas para que a partir de suas individualidades possa se construir um plano de tratamento integral, ético e efetivo, que não seja pautado apenas no seu conhecimento técnico científico. As questões socioeconômicas e ambientais fazem parte do atendimento e devem ser consideradas para a obtenção de prognósticos e tratamentos mais favoráveis.

É importante, na formação acadêmica odontológica, o conhecimento sobre bioética, integralidade, vulnerabilidades, riscos e relações sociais. As particularidades da população atendida no que se refere à saúde geral e oral dos pacientes também devem ser estudadas, pois conhecer a realidade que o paciente está inserido é fundamental para saber como tratá-lo de maneira integral e efetiva.

REFERÊNCIAS

1. Santos Junior VE, Alencar Filho AV, Sousa RMB, Cavalcanti F, Heimer MV, Rosenblatt A. O impacto de um programa social brasileiro sobre a saúde bucal de crianças. RFO, 2013; 18(1): 61-66.
2. Fonseca FF, Sena RKR, Santos RLA, Dias OV, Costa SM. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. Rev Paul Pediatr, 2013; 31(2): 258-264.
3. Sierra VM, Mesquita WA. Vulnerabilidades e Fatores de Risco na Vida de Crianças e Adolescentes. São Paulo em Perspectiva, 2006; 20(1): 148-155.
4. Ayres JRJM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho H. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas, CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p.121-143.
5. Lima CMG. Prevenção da cárie precoce na infância: uma visão através da vulnerabilidade e da promoção da saúde [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.
6. Bulgareli JV. Adesão ao tratamento odontológico de adolescentes em situação de vulnerabilidade social: abordagem quanti qualitativa. [Tese] Piracicaba (SP): Faculdade de odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas; 2016.
7. Lopes LS, Rossi TRA, Cangussu MCT. Ambiente Familiar e Cárie Dentária em Pré-Escolares do Município de Salvador (BA), 2005. Revista Baiana, 2009; 33(3): 428-439.
8. Stuani AS¹, Stuani AS², Freitas AC, Silva FWG, Queiroz AM. Como realizar a higiene bucal em crianças. Pediatria (são paulo), 2007; 29(3): 200-207.

9. Biacchi GR, Peres PEC, Reginato CFDM. Atenção à Saúde Bucal de Crianças em Vulnerabilidade Social: Relato de ação. Revista Raízes e Rumos, 2014; 02(01), 1-5, 47-49.
10. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Rev Saúde Pública 2010; 44(2): 360-5.
11. Scarpelli AC, Ferreira EF, Zarzar PMPA. Vulnerabilidade socioeconômica versus autonomia na pesquisa em saúde. Revista Bioética, 2007. 15(2): 298-307.
12. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. Rev Saúde Pública 2000; 34(4): 402-8.
13. Oviedo RAM, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. Interface (Botucatu), 2015; 19(53):237-50.
14. Monteiro SRRP. O marco conceitual da vulnerabilidade social. Sociedade em Debate, jul.-dez./2011, Pelotas; 17(2): 29-40.
15. Jensen T, Vieira M, Scutti CS. Comparação entre o risco social e o risco de cárie em famílias em situação de vulnerabilidade. Rev Fac Ciên Méd Sorocaba. 2017; 19(1): 33-7.
16. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Cad. Saúde Pública 2018; 34(3).
17. Santos CC, Nogueira TH, Marson FC, Silva CO, Lolli MCGS, Lolli LF. Ética odontológica contemporânea – uma análise das contribuições do novo código deontológico da profissão. BJSCR, 2014 Paraná; 8(2): 24-30.
18. Meira filho MMO, Araújo DTC, Menezes VA, Garcia AFG. Atendimento odontológico da criança: percepção materna. RGO, Porto Alegre, jul./set. 2009; 57(3): 311-15.

19. Moraes ABA, César J, Costa Junior AL. Análise de comportamentos do odontólogo no contexto de atendimento infantil. Estudos de Psicologia, 2004; 9(3): 533-41.
20. UNA-SUS; UFMA - Universidade Federal do Maranhão. PROVAB Saúde da criança: questões da prática assistencial para dentistas. 6(2). São Luís: [s.n]; 2014.
21. Cypriano S, Hugo FN, Sciamarelli MC, Tôrres LHN, Souza MLR, Wada RS. Fatores associados à experiência de cárie em escolares de um município com baixa prevalência de cárie dentária. Ciência & Saúde Coletiva, 2011, 16(10): 4095-106.
22. Passos JS, Araújo TM, Filho ISG, Cruz SS. CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE BUCAL: UMA ABORDAGEM TEÓRICO-CONCEITUAL DAS DESIGUALDADES SOCIAIS. Revista Baiana de Saúde Pública, 2011. 35(1): 138-150.
23. Rocha RR. Cárie dentária em crianças em situação de vulnerabilidade social de Campina Grande – PB [Monografia]. Campina Grande (PB): Centro de ciências biológicas e da saúde - Departamento de odontologia, Universidade Estadual da Paraíba; 2014.
24. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o sucesso do trabalho nos núcleos de apoio à Saúde da Família. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010. 34(1): 92-6.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
26. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Macedo L, Macedo V. O tratamento odontológico: informações transmitidas aos pacientes e motivos de insatisfação. Rev de Odontologia da UNESP. 2008; 37(2): 177-81.
27. Oliveira DC, Pereira PN, Ferreira FM, Paiva SM, Fraiz FC. Impacto relatado das alterações bucais na qualidade de vida de adolescentes: revisão sistemática. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, jan./mar., 2013, João Pessoa; 13(1): 123-9.

28. Carvalho ACP. Planejamento do curso de graduação em Odontologia. Revista ABENO, 4(1): 7-13. 2004.
29. Sousa Filho JA, Gouveia CL, Alves VF, Falcão Junior VL, Barbosa AS, Padilha WWN. Produção de Procedimentos Bucais Curativos de Unidade de Saúde da Família em Comunidade Carente de João Pessoa-PB. R bras ci Saúde, 2013. 17(2): 161-4.
30. Bendo CB, Bendo JB, Scarpelli AC, Zarzar PMPA, Vale MP, Paiva SM, et al. O esclarecimento do responsável com relação ao tratamento odontológico da criança na Clínica de Odontopediatria da FO-UFMG. Cienc Odontol Bras, jul./set. 2008; 11(3): 26-31.
31. Garbin CAS, Mariano RQ, Machado TP, Garbin AJI. Estudo bioético das relações humanas no tratamento odontológico. UNIMEP, jan./jun. 2002; 14(1).
32. Oliveira LJC, Correa MB, Nascimento GG, Goettems ML, Tarquínio SBC, Torriani DD, et al. Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis?. Rev Saúde Pública 2013; 47(6): 1039-47.
33. Bendo CB, Viegas CM, Sardenberg F, Zarzar PMPdeA, Vale MP, Paiva SM. Programa de promoção da saúde em odontopediatria. Arq Odontol, dez 2011, Belo Horizonte, 47(2): 42-4.
34. Gonçalves LFF, Faria DSA, Batista ES, Ferreira SR, Assis SM. Promoção de saúde com adolescentes em ambiente escolar: relato de experiência. SANARE, Jun./Dez., 2016, Sobral; 15(2): 160-7.
35. Hamati F, Rocha JS, Baldani MH. Prevalência de cárie, dor e uso de serviços odontológicos por crianças em áreas com e sem Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Rev. Bras. Pesq. Saúde, 2014, Vitória; 16(3): 48-57.

ANEXO 1

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço duplo e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto
 - 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
 - 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.
 - 1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.
 - 1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: máximo de 200 palavras, em idioma português e inglês (Abstract).

O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).

- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço duplo, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de “et al.”.

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

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

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. *A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta* [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu “Tabela” do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço duplo na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO
CORPO EDITORIAL