

Ady Coutinho Solino

Avaliação do número e tipo de procedimentos realizados na clínica de Odontopediatria do Hospital Universitário de Brasília de 2012 a 2014

Brasília

2015



Ady Coutinho Solino

Avaliação do número e tipo de procedimentos realizados na clínica de Odontopediatria do Hospital Universitário de Brasília de 2012 a 2014

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Soraya Coelho Leal

Brasília

2015



## **AGRADECIMENTOS**

A minha família por todo apoio que todos me deram ao longo de toda minha caminhada

A minha grande amiga Aline por ter acreditado em mim, por nunca ter deixado eu desistir e por ter contribuído muito para eu ser quem eu sou hoje

A todos os professores que contribuíram de alguma forma para que chegasse ao fim do curso

À professora Soraya, um agradecimento especial, por ter me orientado neste trabalho



## EPÍGRAFE

“Um homem de sucesso é aquele que cria uma parede com os tijolos que jogaram nele”

David Brinkley





## RESUMO

Solino, Ady Coutinho; Leal, Soraya Coelho. Avaliação do número e tipo de procedimentos realizados na clínica de Odontopediatria do Hospital Universitário de Brasília de 2012 a 2014. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O objetivo deste trabalho foi avaliar as necessidades de tratamento dos pacientes infantis que frequentam a clínica de odontopediatria da clínica de graduação da Universidade de Brasília. Para tanto, foram avaliados 47 prontuários de pacientes pediátricos, com idade entre 5 a 13 anos, atendidos pelos alunos de graduação no período de Maio de 2012 a Maio de 2014. Os dados relativos à idade, sexo, tipo e número de procedimentos clínicos realizados foram coletados. Para a análise dos dados, os procedimentos foram agrupados por categoria: prevenção, dentística, endodontia, ortodontia, periodontia e cirurgia. A amostra foi composta por 24 meninos e 23 meninas com idade média de 9,51 anos ( $\pm 2,54$ ). Quanto às necessidades de tratamento, observou-se que houve uma maior demanda por procedimentos de baixa complexidade (restaurações e medidas preventivas – 75,24%) quando comparada à demanda por procedimentos de maior complexidade (exodontias e endodontias – 11,26%). Os procedimentos restauradores foram os mais frequentes (51,77%), sendo o cimento de ionômero de vidro o material

restaurador de escolha na maior parte dos casos (68,32%). Com base nos resultados, pode-se concluir que a cárie dentária e suas sequelas são as principais razões pelas quais os pacientes procuram por tratamento na clínica de odontopediatria do HUB. A opção pelo cimento de ionômero de vidro como material restaurador e a indicação de fluoretos de acordo com atividade de cárie do paciente evidenciam a filosofia de Mínima Intervenção adotada pela área de odontopediatria do curso de Odontologia da Universidade de Brasília.

## ABSTRACT

Solino, Ady Coutinho; Leal, Soraya Coelho. Evaluation of the number and type of procedures performed at the pediatric dentistry clinic of the University Hospital of Brasilia 2012 to 2014. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

The objective of this study was to assess the treatment demand of pediatric patients assisted by undergraduates at the University Hospital of Brasília. Therefore, 47 dental records of patients aged 5-13 who were assisted by undergraduates from May 2012 to May 2014 were assessed. Age, sex, type and number of clinical procedures were collected. For data analysis, the procedures were grouped by category: prevention, operative dentistry, endodontics, orthodontics, periodontics and surgery. The sample consisted of 24 boys and 23 girls with a mean age of 9.51 years ( $\pm 2.54$ ). Regarding the treatment demand, it was observed that there was a greater demand for low-complexity procedures (operative dentistry and prevention - 75.24%) compared to the demand for more complex procedures (extractions and root canal treatment - 11.26%). Restorative procedures were the most common treatment performed (51.77%), and the glass ionomer cement was the restorative material of choice in most of cases (68.32%). Based on the results, it can be concluded that tooth decay and its consequences are the main reasons why patients seek for treatment at the pediatric dentistry clinic of HuB. The choice of glass ionomer cement as a restorative material and the indication of fluorides according to patient's caries activity demonstrated the philosophy of Minimal Intervention adopted by the pediatric dentistry area of the Dentistry course at the University of Brasilia.



## SUMÁRIO

ARTIGO CIENTÍFICO	15
FOLHA DE TÍTULO	17
RESUMO	18
ABSTRACT	20
INTRODUÇÃO	21
MATERIAIS E MÉTODOS	22
RESULTADOS	24
DISCUSSÃO	27
CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	33
ANEXOS	37
NORMAS DA REVISTA	



**ARTIGO CIENTÍFICO**

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico: SOLINO, Ady Coutinho; LEAL, Soraya Coelho. Avaliação do número e tipo de procedimentos realizados na clínica de Odontopediatria do Hospital Universitário de Brasília de 2012 a 2014. Apresentado sob as normas de publicação da revista Brazilian Oral Research





## FOLHA DE TÍTULO

Avaliação do número e tipo de procedimentos realizados na clínica de Odontopediatria do Hospital Universitário de Brasília de 2012 a 2014

Evaluation of the number and type of procedures performed at the pediatric dentistry clinic of the University Hospital of Brasilia 2012 to 2014

Ady Coutinho Solino<sup>1</sup>

Soraya Coelho Leal<sup>2</sup>

1 Aluno de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

2 Professora adjunta de odontopediatria da Universidade de Brasília (UnB).

Correspondência: Prof. Dr. Soraya Coelho Leal

Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF

E-mail: sorayaodt@yahoo.com / Telefone: (61) 31071849

## RESUMO

Avaliação do número e tipo de procedimentos realizados na clínica de Odontopediatria do Hospital Universitário de Brasília de 2012 a 2014

## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar as necessidades de tratamento dos pacientes infantis que frequentam a clínica de odontopediatria da clínica de graduação da Universidade de Brasília. Para tanto, foram avaliados 47 prontuários de pacientes pediátricos, com idade entre 5 a 13 anos, atendidos pelos alunos de graduação no período de Maio de 2012 a Maio de 2014. Os dados relativos à idade, sexo, tipo e número de procedimentos clínicos realizados foram coletados. Para a análise dos dados, os procedimentos foram agrupados por categoria: prevenção, dentística, endodontia, ortodontia, periodontia e cirurgia. A amostra foi composta por 24 meninos e 23 meninas com idade média de 9,51 anos ( $\pm 2,54$ ). Quanto às necessidades de tratamento, observou-se que houve uma maior demanda por procedimentos de baixa complexidade (restaurações e medidas preventivas – 75,24%) quando comparada à demanda por procedimentos de maior complexidade (exodontias e endodontias – 11,26%). Os procedimentos restauradores foram os mais frequentes (51,77%), sendo o cimento de ionômero de vidro o material restaurador de escolha na maior parte dos casos (68,32%). Com base nos resultados, pode-se concluir que a cárie dentária e suas sequelas são as principais razões pelas quais os pacientes procuram por tratamento na clínica de odontopediatria do HUB. A opção pelo cimento de ionômero de vidro como material restaurador e a indicação de fluoretos de acordo com atividade

de cárie do paciente evidenciam a filosofia de Mínima Intervenção adotada pela área de odontopediatria do curso de Odontologia da Universidade de Brasília.

#### PALAVRAS CHAVE

Odontologia pediátrica, odontologia minimamente invasiva, assistência odontológica

#### RELEVÂNCIA CLÍNICA

Permite traçar o perfil dos pacientes da clínica odontológica do HuB e os procedimentos mais frequentes.

## ABSTRACT

Evaluation of the number and type of procedures performed at the pediatric dentistry clinic of the University Hospital of Brasilia 2012 to 2014

## ABSTRACT

The objective of this study was to assess the treatment demand of pediatric patients assisted by undergraduates at the University Hospital of Brasília. Therefore, 47 dental records of patients aged 5-13 who were assisted by undergraduates from May 2012 to May 2014 were assessed. Age, sex, type and number of clinical procedures were collected. For data analysis, the procedures were grouped by category: prevention, operative dentistry, endodontics, orthodontics, periodontics and surgery. The sample consisted of 24 boys and 23 girls with a mean age of 9.51 years ( $\pm 2.54$ ). Regarding the treatment demand, it was observed that there was a greater demand for low-complexity procedures (operative dentistry and prevention - 75.24%) compared to the demand for more complex procedures (extractions and root canal treatment - 11.26%). Restorative procedures were the most common treatment performed (51.77%), and the glass ionomer cement was the restorative material of choice in most of cases (68.32%). Based on the results, it can be concluded that tooth decay and its consequences are the main reasons why patients seek for treatment at the pediatric dentistry clinic of HuB. The choice of glass ionomer cement as a restorative material and the indication of fluorides according to patient's caries activity demonstrated the philosophy of Minimal Intervention adopted by the pediatric dentistry area of the Dentistry course at the University of Brasilia.

## KEYWORDS

Pediatric dentistry, Minimally invasive dentistry, Dental care

## INTRODUÇÃO

Hoje no Brasil, apenas 0,9% e 0,2% da população de 35 a 44 e 65 a 74 anos, respectivamente, possuem CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) igual à zero<sup>1</sup>. Considerando a parcela que já teve alguma experiência de cárie, em ambas faixas etárias, o componente perdido é o que mais contribuiu para a obtenção de indicadores tão alarmantes de saúde bucal, evidenciando que, para esta população, os programas de prevenção e promoção de saúde, ou eram muito incipientes ou de pouca abrangência. Este quadro parece estar mudando, uma vez que ao se comparar os dados do SB Brasil 2010 e 2003<sup>1,2</sup>, observa-se que a população com CPOD igual à zero aumentou em todas as faixas etárias, principalmente entre crianças e adolescentes<sup>1</sup>. No entanto, a parcela da população de 65 a 74 anos, sofreu uma regressão de aproximadamente 0,3%<sup>1</sup>. Acredita-se que políticas públicas de saúde, como a fluoretação da água de abastecimento, melhora no acesso a serviços odontológicos na rede pública e o uso do creme dental fluoretado tenham contribuído fortemente para este resultado.

Para que essa situação continue melhorando, maior ênfase deve ser dada em ações de promoção de saúde, em especial para a população com baixo nível sócio econômico. Uma vez que é reconhecida a relação entre renda, escolaridade e condições precárias de saúde<sup>3,4</sup>. Ações de promoção de saúde objetivam não só "curar", mas também difundir conhecimento no intuito de prevenir a ocorrência de sinais clínicos da doença, principalmente para crianças e adolescentes, pois espera-se que estes propaguem o que aprenderam para as gerações seguintes e consigam manter a saúde bucal de maneira satisfatória por toda vida, diminuindo assim a demanda por serviços de saúde.

Sabe-se que em países em desenvolvimento, o investimento nos cuidados de saúde bucal é baixo e alocado principalmente para cuidados emergenciais e alívio de dor<sup>5</sup>. Dados oficiais de 2001 estimavam que, se todos os brasileiros naquela época pudessem ser assistidos por um dentista, seriam necessárias 8 horas de trabalho durante 30 anos por dentista no mercado para resolver todas as necessidades da população, excluindo-se manifestações novas da doença<sup>6</sup>. É sabido que até 2003, 81% das despesas com saúde bucal foram feitas no setor

privado, que atende apenas 10 % da população<sup>7</sup>. Pode-se concluir, então, que os serviços de saúde pública são os únicos provedores de cuidados de saúde bucal para a maioria dos brasileiros. É nesse cenário que os hospitais universitários contribuem para desafogar o sistema público de saúde. Segundo Mouradian<sup>8</sup>, as faculdades de odontologia podem desempenhar um importante papel na promoção de saúde para as comunidades locais por meio de serviços e difusão de conhecimento.

Já foram feitos diversos estudos que avaliaram a demanda de tratamento odontológico, visando entender o que mais motiva os pacientes usuários do SUS a buscar atendimento, e no geral, essas consultas são motivadas por dor ou algum tipo de incômodo, fato apontado por Cangussu<sup>9</sup> em seu estudo realizado na Universidade Federal da Bahia e por Paschoal<sup>10</sup> em sua pesquisa na Faculdade de Odontologia de Bauru. De acordo com os dados do SB Brasil 2010<sup>1</sup>, só 37% dos pacientes na faixa de 12 anos e 15 a 19 anos, aproximadamente, buscou assistência odontológica a fim de prevenir algum problema futuro ou devido a consultas de rotina. Na maioria dos casos, a busca por assistência foi motivada por algum tipo de desconforto ou dor. Nesse contexto, com o objetivo de se determinar o perfil dos pacientes que buscam atendimento na clínica de Odontopediatria do Hospital Universitário (HuB) da Universidade de Brasília, realizou-se um levantamento de dados por meio da análise de prontuários referentes aos procedimentos executados por alunos de graduação entre os anos de 2012 e 2014.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Seleção da amostra**

Foram analisados prontuários de pacientes com idades entre 5 e 13 anos que frequentaram ou estavam em tratamento na clínica de Odontopediatria do Hospital Universitário de Brasília no período de Maio de 2012 até Maio de 2014 e cujos tratamentos foram realizados por alunos de graduação do curso de

odontologia. Foram avaliados apenas os prontuários de pacientes cujos pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Coleta dos dados

Foram coletados dados referentes à idade e sexo. Para o registro dos procedimentos clínicos, foi feita uma categorização considerando as áreas de dentística, periodontia, endodontia, cirurgia, ortodontia e prevenção (Tabela 1).

Tabela1: Categorização dos procedimentos clínicos por especialidade

Procedimentos clínicos					
Dentística	Periodontia	Endodontia	Cirurgia	Ortodontia	Prevenção
Restauração com ionômero de vidro	Raspagem	Pulpectomia	Exodontia	Moldagem	Selante com ionômero de vidro
Restauração com resina composta		Pulpotomia		Confecção de aparelho ortodôntico	Selante resinoso
Restauração com IRM					Flúor

As falhas foram contabilizadas considerando restaurações que precisaram ser repetidas dentro de um período de 6 meses.

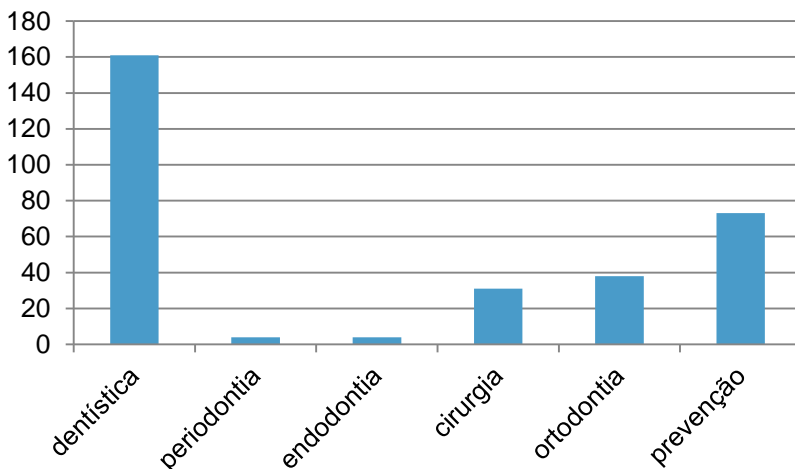
### Análise dos dados

Análises estatísticas descritivas foram realizadas para apresentação e sumarização dos dados.

## RESULTADOS

Foram analisados 47 prontuários de pacientes pediátricos, (5-13 anos) sendo que 51,06% da amostra foi composta por meninos e 48,94% por meninas, com idade média de 9,5 anos ( $\pm 2,5$ ) e foram contabilizados, no total, 311 procedimentos, distribuídos nas diferentes especialidades. Foi observado uma maior demanda por procedimentos restauradores (51,77%), seguido por procedimentos preventivos (23,47%) e ortodontia (12,22%). Cirurgia, endodontias e raspagens tiveram os menores valores somando respectivamente 9,97%, 1,29% e 1,29% do percentual total (Gráfico 1).

Gráfico1: Distribuição dos procedimentos clínicos de acordo com a especialidade em números absolutos



No que se refere aos procedimentos na área de dentística, observou-se que o material restaurador mais utilizado foi o ionômero de vidro (68,32%), seguido da resina composta (26,09%) e por uma pequena parcela de restaurações provisórias (5,59%). Um percentual de falhas foi observado para todos os materiais restauradores (Gráfico 2). No gráfico 3 pode-se



observar o índice de falha total dos procedimentos restauradores (14,29%).

Gráfico 2 :Número de restaurações e falhas considerando os diferentes materiais restauradores

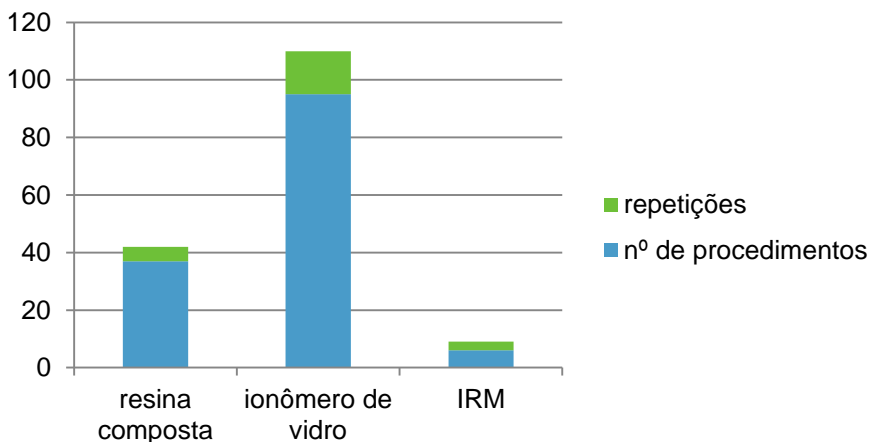
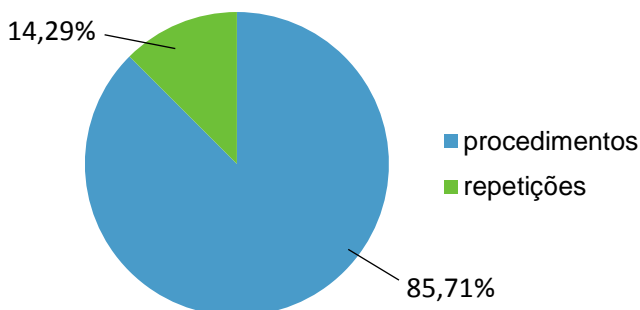


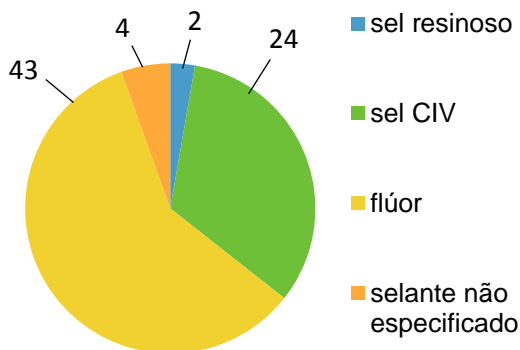
Gráfico 3: Percentual total de falhas



Na área preventiva foram contabilizados 73 procedimentos que incluíram aplicação de selantes ionomérico (n=24), resinoso (n=2) e flúor tópico (n=43). Houve registros de selantes em

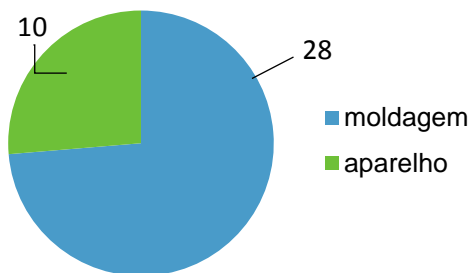
alguns prontuários nos quais não foram especificados o material utilizado (n=4). As distribuições são mostradas no gráfico 4.

Gráfico 4: Distribuição dos procedimentos preventivos



Na ortodontia, foram contabilizados 38 procedimentos, sendo 28 moldagens (73,68%) e 10 confecções de aparelhos ortodônticos para tratamentos interceptativos e preventivos (26,32%), como placa de Hawley, mantenedor de espaço, arco lingual, expansor maxilar e plano inclinado (Gráfico 5).

Gráfico5:Distribuição dos procedimentos de ortodontia



Em se tratando das áreas com menor demanda, as exodontias de dentes decíduos somaram 36 procedimentos e as raspagens 4. Com relação a tratamentos endodônticos, só foram contabilizados 4 procedimentos, sendo 3 pulpectomias e 1 pulpotomia.

Foram achados registros de tratamentos puramente eletivos, como microabrasão e infiltração resinosa para tratamento de fluorose dentária de grau moderado.

## DISCUSSÃO

A distribuição das crianças por sexo, incluídas na presente investigação, foi homogênea. No que se refere à idade, houve uma participação maior de escolares em relação à pré-escolares, fato que pode ser justificado por uma diretriz da disciplina de Odontopediatria que preconiza que apenas crianças com idade igual ou superior à 5 anos sejam encaminhadas para a clínica de graduação. As menores, geralmente, são direcionadas para os alunos de pós-graduação, pois de acordo com a literatura, o controle do comportamento do paciente infantil é essencial para a realização satisfatória do tratamento<sup>11</sup>. Desta forma, o profissional deve estar preparado e conhecer técnicas

específicas de manejo de comportamento. Considerando o currículo do curso de Odontologia da Universidade de Brasília, o primeiro contato dos alunos com o universo infantil acontece justamente na disciplina de Odontopediatria, quando tais técnicas são demonstradas pela primeira vez. Assim, justifica-se a seleção de crianças com mais idade, com o objetivo de facilitar a interação profissional/paciente.

Quanto à avaliação dos procedimentos realizados, percebeu-se uma maior demanda por procedimentos restauradores, seguida por procedimentos preventivos e ortodônticos. Surpreendentemente, a demanda por tratamentos pulpares foi extremamente baixa, apenas 1,29% dos procedimentos. Esses resultados mostram uma realidade diferente da identificada por Amorim<sup>12</sup> que concluiu que aproximadamente 21% dos diagnósticos realizados na Universidade Federal de Alagoas em 2007 apontavam a necessidade de algum tipo de intervenção pulpar, como pulpotomias e pulpectomias. Situação semelhante também foi descrita em um estudo realizado na Universidade Federal de Pernambuco, que contabilizou 187 procedimentos endodônticos em 557 prontuários de pacientes pediátricos entre os anos de 2006 a 2008, o que representou uma demanda de 33,57%<sup>13</sup>. Tal discrepância pode ser explicada em parte pela seleção de pacientes de mais idade e de casos de menor complexidade, como também, pela adoção da filosofia de Mínima Intervenção, que recomenda a adoção de estratégias menos invasivas para o manejo da cárie dentária<sup>14</sup>.

Ao se avaliar os procedimentos restauradores isoladamente, observou-se que o cimento de ionômero de vidro (CIV) foi o material restaurador mais empregado, e isso pode ser explicado por alguns fatores: atividade de cárie do paciente, simplicidade da técnica e pela filosofia de Mínima Intervenção adotada pela disciplina de odontopediatria da Universidade de Brasília. De acordo com a Mínima Intervenção, quando um procedimento invasivo se faz necessário, técnicas minimamente invasivas devem ser selecionadas com o objetivo de preservar a maior quantidade de tecido dentário sadio possível<sup>15</sup>. Assim, o ionômero de vidro, graças às suas propriedades, tais como capacidade de liberar flúor para o meio bucal e para a estrutura dental adjacente ao material<sup>16</sup>, biocompatibilidade e por ser menos sensível à técnica de inserção quando comparado às

resinas compostas, tem se tornado uma excelente escolha como material restaurador em dentes decíduos<sup>17</sup>. Adicionalmente, o CIV é o material de escolha a ser utilizado na técnica de Tratamento Restaurador Atraumático (ART), bastante empregada pela disciplina de odontopediatria<sup>18</sup>.

Ainda sobre os materiais restauradores, observou-se que a resina composta foi também bastante utilizada. Além de ser bem aceita pelos pacientes devido à estética que esse material proporciona, a resina composta possui boa capacidade de adesão aos tecidos dentários, quando associada aos sistemas adesivos<sup>19</sup>. No entanto, esse tipo de material restaurador apresenta uma grande sensibilidade à técnica, o que exige um controle bastante rigoroso de umidade, requerendo para tanto a utilização do isolamento absoluto. Todavia, para a colocação do mesmo faz-se necessário a administração de anestesia local, que é sabidamente um fator de estresse no ambiente odontológico<sup>20</sup>. Desta forma, quando este quesito é levado em consideração, o CIV, utilizado na técnica ART passa a ser mais vantajoso em relação à resina composta em função de raramente ser necessária a utilização de anestesia local<sup>21</sup>.

Quanto ao emprego do amálgama, observou-se que este não foi utilizado nenhuma vez. Apesar das restaurações de amálgama apresentarem boa longevidade, este material apresenta grande desvantagem estética em relação ao CIV e à resina composta e, pelo fato de não ser uma material adesivo, é preciso fazer retenções mecânicas, o que requer preparos mais invasivos que os materiais restauradores adesivos<sup>19</sup>. E mais recentemente, com a assinatura do acordo de Minamata (2014) que recomenda a retirada total de produtos que contêm mercúrio do mercado, entre eles o amálgama, o emprego deste na clínica de graduação dos cursos de Odontologia tende a desaparecer<sup>22</sup>.

Finalmente, ainda em relação aos materiais restauradores, as restaurações realizadas com IRM representaram apenas 5,59% dos procedimentos realizados. Isso se deve ao fato de que o ionômero de vidro, que também pode ser empregado como material restaurador temporário, apresenta capacidade de liberar flúor e ser adesivo às estruturas dentárias<sup>16</sup>, o que justifica o baixo uso do segundo em detrimento ao primeiro.

Para se calcular o percentual de falhas das restaurações, contabilizou-se as restaurações que tiveram que ser repetidas dentro de um período de 6 meses após estas terem sido

concluídas. Foi observado um total de 14,29% de falha no total. Analisando os materiais empregados separadamente, foi constatado que o CIV e a resina composta apresentaram taxa de insucesso muito próximos, 11,9% e 13,64% respectivamente, enquanto o IRM apresentou um percentual de falha muito alto (33%). Em estudo recente, observou-se que restaurações, envolvendo uma ou mais faces, seja com ionômero de vidro ou amálgama, tiveram taxa de sobrevivência semelhantes quando avaliadas em um período de até 3 anos<sup>23</sup>. No entanto, no presente estudo, o número de faces envolvidas nas restaurações não foi avaliado durante a análise dos prontuários, bem como qual tempo médio de sobrevivência das restaurações. É preciso considerar que a inexperiência dos alunos com os materiais, procedimentos e principalmente com o manejo do paciente infantil podem ter contribuído para estes resultados.

Como mencionado anteriormente, procedimentos preventivos representaram a segunda maior demanda de serviços, destacando-se as aplicações de flúor (59%). Isso pode ser explicado pelo fato de que grande parte dos pacientes que frequentam a clínica odontológica do HUB possui alta atividade cárie, o que torna a aplicação de flúor praticamente obrigatória na maioria dos atendimentos, já que existe evidência inquestionável de que o uso de fluoretos tem papel importante no controle da cárie<sup>24</sup>. Quanto ao uso dos selantes, tanto resinoso quanto ionomérico, também se justifica pela alta atividade cariogênica dos pacientes. Sabe-se que a aplicação destes tem grande impacto na redução de lesões cáries futuras e na paralisação de lesões incipientes, por facilitar a limpeza de fôssulas e fissuras<sup>25</sup>. No que tange à preferência clara pelos selantes ionoméricos em relação aos resinosos, pode-se inferir que a simplicidade da técnica foi um fator preponderante na escolha do material, uma vez que o uso do isolamento absoluto é dispensável, aliado ao fato de que selantes ionoméricos e resinosos apresentam capacidade preventiva semelhante<sup>26</sup>. Há de se considerar também que, para casos de dentes recém-irrompidos já com indicação de uso de selantes, o material de escolha é o ionômero de vidro<sup>27</sup>.

A ortodontia se mostrou como a área com o terceiro maior número de procedimentos. Este número se deve em grande

parte às moldagens que representaram 74% dos procedimentos (n=28). No entanto, no mesmo período, só foram confeccionados 10 aparelhos ortodônticos interceptativos e preventivos, entre eles mantenedores de espaço, arcos linguais, expansores maxilares, planos inclinados e placas de hawley. Pode-se levantar algumas hipóteses a respeito desta discrepância entre moldagens e confecção/instalação de aparelhos: planejamento inadequado; os pacientes que foram moldados e não continuaram o tratamento na clínica do HUB; ou então, as moldagens contadas como procedimentos ortodônticos foram feitas com outras finalidades, como reabilitação protética e/ou estética de pacientes com anomalias dentárias. É sabido por meio de estudos e levantamentos epidemiológicos que parte dos pacientes pediátricos apresenta algum tipo de oclusopatia<sup>1,28</sup>. Segundo o último levantamento de saúde bucal realizado no Brasil<sup>1</sup>, nas faixas etárias de 12 anos e de 15 à 19 anos a ausência de qualquer oclusopatia, de acordo com os índices de Hamilton e Foster, foi de 62,4% e 64,4% respectivamente. Em um estudo realizado em Guarapuava-PR em 2005, Biázio encontrou dados semelhantes<sup>28</sup>. Na dentadura decidua, a população classe I de Angle (oclusão normal) representava 67%, enquanto que na dentadura mista esse número aumentava para aproximadamente 74%. Esses achados reafirmam a importância da ortodontia na clínica odontopediátrica, não com o objetivo de que o aluno seja capaz de tratar tais problemas, mas que ele tenha uma formação ampla e seja capaz de diagnosticar as másoclusões, e em casos mais simples, atuar preventivamente.

Procedimentos relacionados às áreas de cirurgia, endodontia e periodontia somaram pouco mais de 12%. As exodontias contabilizaram aproximadamente 10% da demanda. Pelo fato deste trabalho ter focado apenas na avaliação do número de procedimentos e não nos fatores causais, não se pode afirmar o que mais ocasionou essas exodontias, se foi como consequência da cárie dentária ou outras causas, como trauma, retenção prolongada no arco, entre outras.

Já na periodontia, a demanda foi tão baixa quanto a da endodontia, somando apenas 1,29% (4 raspagens). No entanto, este dado já era esperado uma vez que, embora crianças também possam desenvolver problemas periodontais, a prevalência destas doenças é muito menor na infância do que na fase adulta<sup>29</sup>. Dados do SB Brasil<sup>1</sup> corroboram com essa

afirmativa. Foi concluído que na população de 12 anos, os problemas periodontais se restringem à gengivite e acúmulo de cálculo. É a partir da faixa etária de 15 a 19 anos que começa a se observar comprometimento do periodonto, com o surgimento de bolsas que vão de rasas a profundas.

Por se tratar de um estudo baseado em levantamento de informações oriundas de prontuários, sua maior limitação refere-se à dificuldade de coleta de dados, uma vez que observou-se falha no correto preenchimento dos prontuários. Como exemplo, pode-se citar a falta de descrição do material utilizado como material selador, ou seja, havia a indicação de que o selante tinha sido realizado, mas não foi possível, por falta de informação, saber se o ionômero de vidro ou o selante resinoso tinha sido utilizado. Este achado reforça a necessidade de se estar bem atento ao correto preenchimento das informações.

## **CONCLUSÃO**

Com base nos resultados encontrados nesse trabalho, pode-se concluir que a maioria dos procedimentos executados na clínica odontopediátrica do Hospital Universitário de Brasília (HuB) no período de Maio de 2012 a Maio de 2014 foram de baixa complexidade, com predominância de procedimentos restauradores e medidas preventivas para controle da doença cárie.

O ionômero de vidro foi o material mais empregado para realização das restaurações e a aplicação de flúor foi a medida preventiva mais utilizada. Procedimentos de alta complexidade, como exodontias e tratamentos endodônticos tiveram uma parcela pouco expressiva no total de procedimentos.



## REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde [homepage]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. Available from: [bvms.saude.gov.br/bvs/publicações/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicações/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf)
- 2- Ministério da Saúde [homepage]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. Available from: [bvms.saude.gov.br/bvs/publicações/projeto\\_sb2004](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicações/projeto_sb2004)
- 3- Hallett KB, O'Rourke PK. Social and behavioural determinants of early childhood caries. *Australian Dental Journal* 2003 Jun; 48(1): 27-33.
- 4- Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, Murray CJ. Global Burden of oral conditions in 1990-2010: A systematic analysis. *J Dent Res* 2013 May; 92(7): 592-597.
- 5- Bulletin of the World Health Organization 2005 Set; 83(9) 661-669.
- 6- Pucca G. A tragédia da saúde bucal no Brasil. *Revista Espaço Acadêmico* 2001 Jun; ISSN 1519.6186
- 7- Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica* 2006 Jun; 19(6): 385-393.
- 8- Mouradian WE, Huebner CE, Ramos-Gomez F, Slavkin HC. Beyond the access: the role of Family and community in children's oral health. *Journal of dental education* 2007 May; 71(5): 619-623.
- 9- Cangussu MCT, Cabral MB, Liesenfeld MH, Pastor IM. Perfil da demanda ambulatorial infantil da faculdade de odontologia da UFBA nos anos de 1994 e 1999. *Rev. FOB* 2001 Dez; 9(3/4): 151-155.

- 10- Paschoal MA, Gurgel CV, Neto NL, Kobayashi TY, da Silva SM, Abdo RC, Machado MA. Perfil de tratamento de urgência de crianças de 0 a 12 anos de idade atendidas no serviço de urgência odontológica da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. *Odonto.clín.-Cient* 2010 Set, 9(3): 243-247.
- 11- Roberts JF, Curzon ME, Koch G, Martens LC. Review: Behaviour management techniques in paediatric dentistry. *European archives of paediatric dentistry* 2010, 11(4), p. 166-174.
- 12- Amorim NA, da Silva TR, Santos LM, Tenório MD, Reis JI. Urgência em odontopediatria: Perfil de atendimento da clínica integrada infantil da FOUFAL. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2007 Dez; 7(3): 223-227.
- 13- Maia GH, Santana MF, Valença PA, Vasconcelos MM. Prevalência de pulpotomias e pulpectomias na clínica de odontopediatria da UFPE. *Rev. ABO nac* 2011 Maio; 19(2): 81-84.
- 14- Leal SC. Minimal intervention dentistry in the management of the paediatric patient. *British Dental Journal* 2014 Jun; 216(11): 623-627.
- 15- Frencken JE, Peters MC, Manton DJ, Leal SC, Gordan VV, Eden E. Minimal intervention dentistry for managing dental caries – a review. *International dental journal* 2012; 62: 223-243.
- 16- Raggio DP, Hesse D, Lenzi TL, Guglielmi CA, Braga MM. Is atraumatic restorative treatment and option for restoring occlusoproximal caries lesions in primary teeth? A systematic review and meta- analysis. *International Journal of paediatric dentistry* 2013 Nov; 23(6): 435-443.
- 17- Croll TP, Nicholson JW. Glass ionomer cements in pediatric dentistry: review of the literature. *Pediatric Dent.* 2002; 24(5): 423-429.

- 18- Paula e Silva FWG, Queiroz AM, Freitas AC, Assed S. Utilização do ionômero de vidro em odontopediatria. *Odontol. Clín.-Cient* 2011 Mar; 10(1): 13-17.
- 19- Ribeiro LL, Sá FC, Franco EB, Navarro MF. Avaliação da interação entre resina composta e diferentes adesivos dentinários. *Rev. Odontol. Univ São Paulo* 1999 Mar; 13(1): 31-36.
- 20- Milgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein P. The prevalence and practice management consequences of dental fear in major US city. *JADA* 1988 May; 116: 641-647.
- 21- de Menezes Abreu DM, Leal SC, Mulder J, Frencken JE. Pain experience after conventional, atraumatic and ultraconservative restorative treatments in 6- to 7 yr-old children. *Eur J oral Sci* 2011 April; 119(2): 163-168.
- 22- Dental amalgam and the Minamata Convention on mercury. FDI policy statement, FDI 2014 Sep. [www.fdiworlddental.org/media/55201/6-fdi\\_ps-dental\\_amalgam\\_and\\_minamata\\_adopted\\_gab\\_2014.pdf](http://www.fdiworlddental.org/media/55201/6-fdi_ps-dental_amalgam_and_minamata_adopted_gab_2014.pdf)
- 23- Hilgert LA, Amorim RG, Leal SC, Mulder J, Creugers NH, Frencken JE. Is high-viscosity glass-ionomer-cement a successor to amalgam for treating primary molars? *Dental materials* 2014 Oct; 30(10): 1172-1178.
- 24- Liu BY, Lo ECM, Chu CH, Lin HC. Randomized trial on fluorides and sealants for fissure caries prevention. *J Dent Res* 2012 Aug; 91(8): 753-758.
- 25- Ahovuo-Saloranta A, Hiiri A, Nordblad A, Mäkelä M, Worthington HV. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in permanent teeth of children and adolescents. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2008 Oct 8
- 26- Ahovuo-Saloranta A, Forss H, Walsh T, Hiiri A, Nordblad A, Mäkelä M, Worthington HV. Sealants for preventing dental decay

in the permanent teeth. Cochrane Database Syst. Rev. 2013 mar 28.

27- Barja-Fidalgo F, Maroun S, de Oliveira BH. Effectiveness of a glass ionomer cement used as a pit and fissure sealant in recently erupted permanent first molars. J. Dent. Child. 2009 April; 76(1): 34-40.

28- Biázio RC, Costa GC, Filho JS. Prevalência de má oclusão na dentadura decídua e mista no distrito entre rios, Guarapuava-PR. Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde 2005 Mar; 11(1): 29-38.

29- American Academy of Periodontology – Research, Science and Therapy Committee. Periodontal Diseases of children and adolescents. J. Periodontol 2003; 74: 1696-1704.

## ANEXOS

### Normas da revista

#### APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

O texto do manuscrito deverá estar redigido em inglês e fornecido em arquivo digital compatível com o programa "Microsoft Word" (em formato DOC, DOCX ou RTF).

Cada uma das figuras (inclusive as que compõem esquemas/combos) deverá ser fornecida em arquivo individual e separado, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Fotografias, micrografias e radiografias deverão ser fornecidas em formato TIFF, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Gráficos, desenhos, esquemas e demais ilustrações vetoriais deverão ser fornecidos em formato PDF, em arquivo individual e separado, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Arquivos de vídeo poderão ser submetidos, respeitando as demais especificidades, inclusive o anonimato dos autores (para fins de avaliação) e respeito aos direitos dos pacientes.

Importante: o ScholarOne permite que o conjunto dos arquivos somem no máximo 10 MB. No caso de a inclusão do arquivo de vídeo acarretar em tamanho superior, é possível informar o link de acesso ao vídeo. 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. Um termo de consentimento esclarecido, assinado pelo paciente, quanto ao uso de sua imagem deverá ser fornecido pelo(s) autor(es) quando solicitado pela **BOR**. 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.

As seções do manuscrito devem ser apresentadas observando-se as características específicas de cada tipo de manuscrito: folha de rosto (*Title Page*), introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos e referências.

**Folha de rosto (*Title Page*; dados obrigatórios)**

- Indicação da especialidade\*, ou área de pesquisa, enfocada no manuscrito.

\*Anatomia; Biologia Craniofacial; Biologia Pulpar; Bioquímica; Cariologia; Ciências do Comportamento; Cirurgia Bucomaxilo; 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; Odontogeriatría; Odontologia Legal; Odontologia Social; Odontopediatria; Ortodontia; Ortopedia; Patologia Oral; Periodontia; Prótese; Saúde Coletiva; Terapia Endodôntica.

- Título informativo e conciso, limitado a um máximo de 110 caracteres incluindo espaços.
- Nomes completos e por extenso de todos os autores (os mesmos informados no Termo de Transferência de Direitos Autorais e nas Declarações de Responsabilidade), incluindo os respectivos números de telefone e endereços eletrônicos (email). Recomenda-se aos autores confrontar seus nomes anotados no Termo de Transferência com o perfil criado no ScholarOne™, de modo a evitar incompatibilidades.
- A participação de cada um dos autores deverá ser justificada por escrito em folha separada (e fornecida num arquivo PDF), observando-se os critérios de autoria e co-autoria adotados pelo *International Committee of Medical Journal Editors*, disponíveis

em <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

- Dados de afiliação institucional/profissional de todos os autores, incluindo universidade (ou outra instituição), faculdade/curso, departamento, cidade, estado e país, apresentados de acordo com as normas internas de citação estabelecidas pela instituição de cada um dos autores. Verificar se as afiliações foram inseridas corretamente no ScholarOne.

**Resumo:** deve ser apresentado na forma de um parágrafo único estruturado (mas sem sub-divisões em seções), contendo proposição do trabalho, metodologia, resultados e conclusões. No Sistema, utilizar a ferramenta *Special characters* para caracteres especiais, se aplicável.

**Descritores:** devem ser fornecidos de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais, escolhidos dentre os descritores cadastrados em <http://decs.bvs.br/> ou <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> (não serão aceitos sinônimos).

## Texto Principal

**Introdução:** deve apresentar o estado da arte do assunto pesquisado, a relevância do estudo e sua relação com outros trabalhos publicados na mesma linha de pesquisa ou área, identificando suas limitações e possíveis vieses. O objetivo do estudo deve ser apresentado concisamente ao final dessa seção.

**Metodologia:** devem ser fornecidas todas as características do material pertinente ao assunto da pesquisa (ex.: amostras de tecido, sujeitos da pesquisa). Os métodos experimentais, analíticos e estatísticos devem ser descritos de forma concisa, porém suficientemente detalhada para permitir que outros possam repetir o trabalho. Os dados de fabricantes ou fornecedores de produtos, equipamentos, ou softwares devem

ser explicitados na primeira menção feita nesta seção, como segue: nome do fabricante, cidade e país. Os programas de computador e métodos estatísticos também devem ser especificados. A menos que o objetivo do trabalho seja comparar produtos ou sistemas específicos, os nomes comerciais de técnicas, bem como de produtos ou equipamentos científicos ou clínicos só devem ser citados nas seções de "Metodologia" e "Agradecimentos", de acordo com o caso. No restante do manuscrito, inclusive no título, devem ser utilizados os nomes genéricos. Nos manuscritos que envolvam radiografias, microrradiografias ou imagens de MEV, devem ser incluídas as seguintes informações: fonte de radiação, filtros e níveis de kV utilizados. Os manuscritos que relatem estudos em humanos devem incluir comprovação de que a pesquisa foi conduzida eticamente de acordo com a Declaração de Helsinki (*World Medical Association*, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>). O número de protocolo de aprovação emitido por um Comitê Institucional de Ética deve ser citado. Estudos observacionais devem seguir as diretrizes STROBE (<http://strobe-statement.org/>) e o check list deve ser submetido. Ensaios clínicos devem ser relatados de acordo com o protocolo padronizado da *CONSORT Statement* (<http://www.consort-statement.org/>), revisões sistemáticas e meta-análises deveriam seguir o PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/> target="\_blank"><http://www.prisma-statement.org/>), ou Cochrane (<http://www.cochrane.org/>).

## **Ensaio Clínico**

Os ensaios clínicos segundo as diretrizes CONSORT disponíveis em [www.consort-statement.org](http://www.consort-statement.org). O número de registro do ensaio clínico e o nome do registro da pesquisa serão publicados com o artigo.

Manuscritos que relatem a realização de estudos em animais devem também incluir comprovação de que a pesquisa foi conduzida de maneira ética, e o número de protocolo de aprovação emitido por um Comitê Institucional de Ética deve



ser citado. Caso a pesquisa envolva um registro gênico, antes da submissão, as novas sequências genéticas devem ser incluídas num banco de dados público, e o número de acesso deve ser fornecido à BOR. Os autores poderão utilizar as seguintes bases de dados:

- GenBank: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Genbank/submit>
- EMBL: <http://www.ebi.ac.uk/embl/Submission/index.html>
- DDBJ: <http://www.ddbj.nig.ac.jp>

As submissões de manuscritos que incluam dados de *microarray* devem incluir a informação recomendada pelas diretrizes MIAME (*Minimum Information About a Microarray Experiment* - <http://www.mged.org/index.html>) e/ou descrever, na forma de itens, como os detalhes experimentais foram submetidos a uma das bases de dados publicamente disponíveis, tais como:

- ArrayExpress: <http://www.ebi.ac.uk/arrayexpress/>
- GEO: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/geo/>

**Tabelas:** devem ser numeradas e citadas consecutivamente no texto principal, em algarismos arábicos. As tabelas devem ser submetidas separadamente do texto em formato DOC, DOCX ou RTF.

**Discussão:** deve discutir os resultados do estudo em relação à hipótese de trabalho e à literatura pertinente. Deve descrever as semelhanças e as diferenças do estudo em relação aos outros estudos correlatos encontrados na literatura, e fornecer explicações para as possíveis diferenças encontradas. Deve também identificar as limitações do estudo e fazer sugestões para pesquisas futuras.

**Conclusões:** devem ser apresentadas concisamente e estar estritamente fundamentadas nos resultados obtidos na pesquisa. O detalhamento dos resultados, incluindo valores numéricos etc., não deve ser repetido.

**Agradecimentos:** as contribuições de colegas (por assistência técnica, comentários críticos etc.) devem ser informadas, e qualquer vinculação de autores com firmas comerciais deve ser revelada. Esta seção deve descrever a(s) fonte(s) de financiamento da pesquisa, incluindo os respectivos números de processo.

## Plágio

A **BOR** emprega um sistema de detecção de plágio. Ao enviar o seu manuscrito para a Revista, este manuscrito poderá ser rastreado. Isto não tem relação com a simples repetição de nomes / filiações, mas envolve frases ou textos utilizados.

**Referências:** só serão aceitas como referências as publicações em periódicos revisados por pares. Não serão aceitos como referências manuscritos em processo de redação, dissertações, teses, ou resumos apresentados em congressos. Devem ser evitadas referências a livros.

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.

**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>).

**Notas de rodapé no texto principal:** devem ser indicadas por meio de asteriscos e restritas ao mínimo indispensável.

**Figuras:** fotografias, micrografias e radiografias devem ter uma largura mínima de 10 cm, resolução mínima de 500 dpi, e devem ser fornecidas em formato TIFF. Gráficos, desenhos, esquemas e demais ilustrações vetoriais devem ser fornecidos em formato PDF. Todas as figuras devem ser submetidas, individualmente, em arquivos separados (não inseridas no arquivo de texto). As figuras devem ser numeradas e citadas consecutivamente no corpo do texto, em algarismos arábicos. As legendas das figuras devem ser inseridas todas juntas no final do texto, após as referências.

## **CARACTERÍSTICAS E FORMATAÇÃO DOS TIPOS DE MANUSCRITOS**

### **Pesquisa Original**

Devem ser limitados a 30.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). Será aceito um máximo de 8 (oito) figuras e 40 (quarenta) referências. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

### **Formatação - Arquivos de Texto**

- Folha de rosto (*Title Page*)
- Texto principal (30.000 caracteres incluindo espaços)
- Resumo - máximo de 250 palavras
- Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco)

descritores principais

- Introdução
- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Agradecimentos
- Tabelas
- Referências - máximo de 40 referências
- Legendas de figuras

### **Formatação - Arquivos de figuras**

- Figuras - máximo de 8 (oito) figuras, conforme descrito acima, naquelas submissões onde o número de figuras exceder o máximo permitido, os autores devem incluir a justificativa na *Cover Letter*.

### **Resumo de Pesquisa Original (*Short Communication*)**

Devem ser limitados a 10.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). É permitido um máximo de 2 (duas) figuras e 12 (doze) referências. O resumo deve conter, no máximo, 100 palavras.

### **Formatação - Arquivos de texto**

- Folha de rosto
- Texto principal (10.000 caracteres incluindo espaços)
- Resumo - máximo de 100 palavras
- Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais
- Introdução
- Metodologia

- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Agradecimentos
- Tabelas
- Referências - máximo de 12 referências
- Legendas de figuras

### **Formatação - Arquivos de figuras**

- Figuras - máximo de 2 (duas) figuras, conforme descrito acima, naquelas submissões onde o número de figuras exceder o máximo permitido, os autores devem incluir a justificativa na *Cover Letter*.

### **Revisão Crítica de Literatura**

A submissão desse tipo de manuscrito será realizada apenas a convite da Comissão de Publicação da BOR. Todos os manuscritos serão submetidos à revisão por pares. Esse tipo de manuscrito deve ter um conteúdo descritivo-discursivo, com foco numa apresentação e discussão abrangente de questões científicas importantes e inovadoras, e ser limitado a 30.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). Incluir uma apresentação clara do objeto científico de interesse, argumentação lógica, uma análise crítica metodológica e teórica dos estudos e uma conclusão resumida. É permitido um máximo de 6 (seis) figuras e 50 (cinquenta) referências. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

### **Formatação - Arquivos de texto**

- Folha de rosto

- Texto principal (30.000 caracteres incluindo espaços)
- Resumo - máximo de 250 palavras
- Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais
- Introdução
- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Agradecimentos
- Tabelas
- Referências - máximo de 50 referências
- Legendas de figuras

### **Formatação - Arquivos de figuras**

- Figuras - máximo de 6 (seis) figuras, conforme descrito acima, naquelas submissões onde o número de figuras exceder o máximo permitido, os autores devem incluir a justificativa na *Cover Letter*.

### **Revisão Sistemática e Meta-Análise**

Ao resumir os resultados de estudos originais, sejam eles quantitativos ou qualitativos, esse tipo de manuscrito deve responder a uma questão específica, ser limitado a 30.000 caracteres, incluindo espaços, e seguir o estilo e formato Cochrane ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)). O manuscrito deve informar detalhadamente como se deu o processo de busca e recuperação dos trabalhos originais, o critério de seleção dos estudos incluídos na revisão e fornecer um resumo dos resultados obtidos nos estudos revisados (com ou sem uma abordagem de meta-análise). Não há limite para a quantidade de referências e figuras. Tabelas e figuras, caso sejam incluídas, devem apresentar as características dos estudos revisados, as intervenções que foram comparadas e respectivos resultados, além dos

estudos excluídos da revisão. Demais tabelas e figuras pertinentes à revisão devem ser apresentadas como descrito anteriormente. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

### **Formatação - Arquivos de texto**

- Folha de rosto
- Texto principal (30.000 caracteres incluindo espaços)
- Resumo - máximo de 250 palavras
- Formulação da pergunta
- Localização dos estudos
- Avaliação crítica Coleta de dados
- Análise e apresentação dos dados
- Aprimoramento
- Atualização da revisão
- Referências - não há limite para a quantidade de referências
- Tabelas

### **Formatação - Arquivos de figuras**

- Figuras - não há limite para a quantidade de figuras

### **Carta ao Editor**

Cartas devem incluir evidências que sustentem a opinião do(s) autor(es) sobre o conteúdo científico ou editorial da BOR, e ser limitadas a 500 palavras. Figuras ou tabelas não são permitidas.

