



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



HOLÍVIA PANIAGO VIANA SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS
COM DEFICIÊNCIA ATENDIDAS EM CENTRO
DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

UBERLÂNDIA

2018

HOLÍVIA PANIAGO VIANA SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS
COM DEFICIÊNCIA ATENDIDAS EM CENTRO
DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabiana Sodré de Oliveira

Co-orientadora: Ms. Késia Lara dos Santos Marques

UBERLÂNDIA

2018

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------|----|
| Resumo | 05 |
| Introdução | 06 |
| Material e Métodos | 06 |
| Resultados | 07 |
| Discussão | 07 |
| Conclusão | 08 |
| Referências bibliográficas | 09 |
| Figura | 11 |
| Tabelas | 12 |
| Anexos | 16 |

Página de Título

Perfil epidemiológico das crianças com deficiência atendidas em centro de assistência odontológica

Holívia Paniago Viana Santos¹
Telefone: (34) 99190-4708
E-mail: holiviapaniago@gmail.com

Késia Lara dos Santos Marques²
Telefone: (34) 3225-8147
E-mail: marqueskls@yahoo.com.br

Kamilla França³
Telefone: (34) 3225-8147
E-mail: kamillafranca@gmail.com

Rafael Correa Faria³
Telefone: (34) 3225-8147
E-mail: rafaelcorreafaria@ufu.br

Danielly Cunha Araújo Ferreira⁴
Telefone: (34) 3225-8146
E-mail: danielly@ufu.br

Alessandra Maia de Castro⁴
Telefone: (34) 3225-8146
E-mail: alessandramaiacp@ufu.br

Fabiana Sodré de Oliveira⁴
Telefone: (34) 3225-8146
e-mail: fabianasodre@ufu.br

Autor para correspondência:

Fabiana Sodré de Oliveira
E-mail: fabianasodre@ufu.br

¹Graduanda do curso de Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

²Mestre em Clínica Odontológica Integrada pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

³Residentes do Programa de Residência em  rea Profissional da Saúde(Multiprofissional)da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia –  rea de Concentra o: Aten o Integral ao Paciente com Necessidades Especiais, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

⁴Professora da área de Odontologia Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

Resumo

Objetivo: Caracterizar o perfil epidemiológico de crianças com deficiência atendidas em centro de assistência odontológica especializado. **Métodos:** Delineamento do estudo observacional do tipo transversal. A amostra foi constituída pelos prontuários odontológicos das crianças de zero a cinco anos de idade atendidas no período de janeiro de 2013 a abril de 2018. Os dados das crianças (classificação da deficiência, idade, sexo, necessidade de procedimentos não invasivos e invasivos e atendimento ambulatorial ou em centrocirúrgico) e dos pais (nível de escolaridade) foram coletados por dois pesquisadores, tabulados e submetidos à análise estatística. **Resultados:** 43,38%, 42,17% e 2,40% crianças foram classificadas com deficiência física, múltipla e intelectual, respectivamente; 12,05% não tinha diagnóstico definitivo; a média de idade foi de 3 anos e 8 meses, sendo 54,22% do sexo masculino e 45,78% feminino; 78,31% das crianças necessitaram de procedimentos não invasivos (preventivos) e 21,69% de procedimentos invasivos (restaurações, terapias pulpares e exodontias). Foram realizadas 104 restaurações, 12 terapias pulpares (incluindo pulpotomia e pulpectomia) e 12 exodontias de dentes decíduos. Apenas 6,67% crianças necessitaram de tratamento odontológico em centro-cirúrgico. Com relação ao nível de escolaridade, 16,87%, 40,96% e 20,48% dos pais tinham, respectivamente, educação infantil, ensino médio e educação superior. Não constavam os dados da escolaridade de 21,69% pais. Foi aplicado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman ($p < 0,05$) e foi observada correlações positivas entre a quantidade de dentes restaurados e o nível de escolaridade materno ($p = 0,001$). **Conclusão:** De acordo com os resultados obtidos foi possível concluir que: a maioria das crianças atendidas foram classificadas com deficiências física e múltipla; foram realizados mais procedimentos não invasivos e houve correlação entre o nível de escolaridade da mãe e número de dentes decíduos restaurados.

Palavras-chave: Crianças com Deficiência, Perfil Epidemiológico, Saúde Bucal.

Introdução

No Brasil, os conceitos utilizados para definir uma pessoa com deficiência foram fixados pelo Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999 e adotados pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. A política considera deficiência toda perda ou anormalidade de uma estrutura e/ou função, seja ela psicológica, fisiológica ou anatômica, onde gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano [1].

Mais recentemente, o Artigo 1 do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 define as pessoas com deficiência como sendo “aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas” [2].

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de um bilhão de pessoas no mundo convivam com alguma forma de deficiência, correspondendo cerca de 15,0% da população mundial [3]. No Brasil, os dados do IBGE, de 2010 [4], apontam que 45,6 milhões de pessoas têm algum tipo de deficiência, o que corresponde a 23,91% da população brasileira. Neste levantamento foi identificado que 2,79% das crianças brasileiras apresentavam pelo menos uma das deficiências investigadas, na faixa etária de zero a quatro anos [4].

A assistência odontológica às pessoas com deficiência apresenta características próprias para cada tipo de paciente. Para tanto, é importante compreender que diferentes tipos de deficiência proporcionam limitações específicas de sua natureza, pois a pessoa que a tem representa o somatório de suas experiências, dificuldades, oportunidades e formação intelectual. Alguns requerem medidas especiais de adaptação profissional para o atendimento, enquanto outros podem ser tratados de modo convencional; em ambos os casos, sua autonomia e aspectos familiares devem ser respeitados.

Desde 1988, o Setor de Pacientes Especiais (SEPAE) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) realiza atenção de média e alta complexidade na área odontológica atuando em conjunto com outras áreas profissionais da saúde – como enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e também residentes do programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral ao Paciente com Necessidades Especiais, além de contar com o suporte médico geral e especializado afim de contemplar o atendimento integral às pessoas com deficiência.

É de extrema importância quantificar e classificar os pacientes com deficiência para oferecer um serviço de atendimento de qualidade. Uma das alternativas para a produção de dados epidemiológicos é a coleta de informações secundárias produzidas pelos serviços de saúde [5]. Sendo assim, o objetivo deste estudo retrospectivo foi caracterizar o perfil epidemiológico de crianças com deficiência, de zero a cinco anos de idade, assistidas em centro de atendimento odontológico especializado.

Material e Métodos

O delineamento deste estudo foi observacional do tipo transversal. A amostra foi constituída pelos prontuários odontológicos das crianças de zero a cinco anos de idade atendidas no SEPAE-UFU, no período de janeiro de 2013 a abril de 2018.

A coleta dos dados foi realizada por dois pesquisadores. Todos os prontuários odontológicos foram avaliados.

Foram coletados os seguintes dados da criança:

1. Classificação da deficiência;
2. Idade;
3. Sexo;

4. Necessidade de procedimentos não invasivos incluindo todos os procedimentos preventivos e invasivos: restaurações, terapias pulpares (pulpotomia e pulpectomia) e exodontias realizados em dentes decíduos;
5. Atendimento ambulatorial ou em centro-cirúrgico.

A deficiência foi classificada de acordo com o Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004 [6], em deficiência física, auditiva, visual, intelectual e múltipla. Foram consideradas também as crianças que não tinham diagnóstico médico definitivo.

Com relação aos pais, foi coletado apenas o nível de escolaridade (educação infantil, ensino médio e educação superior).

Os dados coletados foram tabulados em planilha do Microsoft de Excel e submetidos à análise estatística descritiva e teste de Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman. O nível de significância foi estabelecido em $p < 0,05$ em um teste bilateral.

O projeto de Pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE: 82876417.3.0000.5152 e Número do Parecer: 2.570.027).

Resultados

Foram analisados 83 prontuários odontológicos de crianças atendidas no período estudado.

Com relação à deficiência, 36 (43,38%), 35 (42,17%) e 2 (2,40%) crianças foram classificadas com deficiência física, múltipla e intelectual, respectivamente. Do total, 10 (12,05%) crianças ainda não tinham diagnóstico médico definitivo (Figura 1).

A média de idade foi de 3 anos e 8 meses (idade mínima = 8 meses e DP = 15 meses). Na tabela 1, estão demonstrados os valores mínimos, valores máximos, médias e desvios padrão, relativos às idades das crianças, de acordo com o sexo e resultados totais. Do total, 45 (54,22%) eram do sexo masculino e 38 (45,78%) do feminino.

Do total de crianças, 65 (78,31%) e 18 (27,69%) necessitaram de procedimentos não invasivos e invasivos, respectivamente. A tabela 2 apresenta a distribuição numérica e percentual dos procedimentos clínicos não invasivos e invasivos realizados. Foram realizados 24 (14,55%) selamentos de fossas e fissuras, 104 (63,03%) restaurações, 12 (7,27%) terapias pulpares (incluindo pulpotomia e pulpectomia) e 12 (7,27%) exodontias de dentes decíduos.

Apenas 11 (6,67%) crianças necessitaram de tratamento odontológico em centro-cirúrgico.

Foram encontradas correlações positivas, estatisticamente significantes, entre o nível escolar da mãe e quantidade de dentes decíduos restaurados, tanto para o grupo de meninos ($p = 0,042$), quanto para o grupo de meninas (0,017) e quanto para o total de crianças ($p = 0,001$) (Tabela 4).

Discussão

A identificação do perfil epidemiológico e da demanda de tratamento odontológico de crianças com deficiência são fundamentais para o planejamento de ações voltadas para atenção integral e multiprofissional eficaz, resolutiva e que possa contribuir para a manutenção da saúde geral e bucal desta população específica. Sendo assim, este estudo foi realizado com o intuito de avaliar o perfil epidemiológico de crianças com deficiência no SEPAAE-UFU.

Embora os resultados de estudos clínicos representem dados mais fidedignos, a coleta de dados de prontuários odontológicos é uma alternativa para a produção de dados

epidemiológicos em serviços de saúde [5]. Outros estudos também utilizaram dados secundários para avaliar o perfil epidemiológico de pessoas com deficiência. [7]

Foram encontrados poucos estudos [7,8,9] sobre a avaliação do perfil epidemiológico de pacientes com deficiência sendo que a maioria não limita a faixa etária dos pacientes atendidos. Com relação à classificação da deficiência, torna-se difícil a comparação direta dos resultados, uma vez que neste estudo [7] utiliza-se a classificação da Associação Internacional de odontologia para deficiência e saúde bucal e em outros.

Com relação às deficiências mais frequentes encontradas nos pacientes deste estudo, destacaram-se a deficiência física, deficiência múltipla e intelectual. Dados estes, que correspondem com o trabalho realizado por Domingues et al. [10] que observaram que 20,7% e 9,9% apresentavam paralisia cerebral (20,7%) e Síndrome de Down (9,9%). Porém, no trabalho de Silva et al. [8], em 2005, foram encontrados os seguintes resultados em relação ao tipo de deficiência: 3,37% dos pacientes apresentavam distúrbios comportamentais, 3,93% eram deficientes físicos e 7,30% demonstravam alterações sindrômicas ou genéticas.

Foi observado que a maioria dos procedimentos realizados, é preventivo. Portanto, a maioria das crianças não apresentam experiência de cárie. Demonstrando resultados contrários aos encontrados por Menezes et al. (2011) [9], no qual 61,3% das crianças com deficiência apresentaram cárie.

Como foram avaliados prontuários de crianças de zero a cinco anos, deve-se ressaltar que a conduta de prevenção odontológica nessa faixa etária é extremamente relevante, influenciando na informação e integração de familiares e profissionais envolvidos nos cuidados da criança [11,12]. Segundo Figueiredo et al. [11], a demora no primeiro contato do paciente com o cirurgião-dentista representa um risco maior de desenvolver problemas mais severos, visto que nessa fase a criança e os pais estão mais predispostos a aceitar e realizar os procedimentos de prevenção, incorporando essa prática no dia a dia. O presente estudo mostrou que em relação ao nível de escolaridade, a maioria das mães (36,14%) e dos pais (31,33%) apresentaram no mínimo 11 anos de estudo, o que difere de outras pesquisas que demonstram o nível de escolaridade mais baixo entre pais de crianças com deficiência no Brasil [5,10,13].

É importante enfatizar que os pais desempenham um papel fundamental na transmissão de conhecimentos para seus filhos, na formação de hábitos e comportamentos relacionados à saúde. Isso é acentuado no caso de crianças com deficiência, em que os pais tomam a maioria das decisões por eles, incluindo higiene bucal e rotinas alimentares [14]. Em suma, a criança com deficiência e os pais são mais predispostos a aceitar e realizar os procedimentos de prevenção o mais cedo possível, incorporando essa prática no dia a dia [13].

As pessoas com deficiência estão vivendo mais tempo em decorrência do avanço científico e tecnológico [7]. Sendo assim, é importante que as crianças com deficiência tenham acesso a programas públicos de promoção de saúde bucal integrado a ações multidisciplinares, a fim de reduzir os índices de cárie dentária e gengivite, além de estimular pacientes e seus familiares [13].

Conclusão

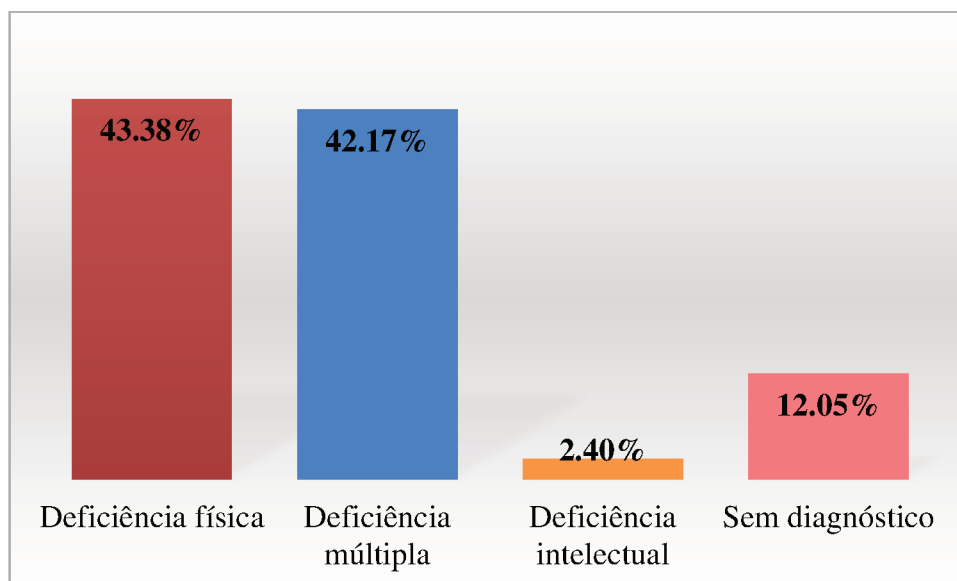
De acordo com os resultados obtidos foi possível concluir que: a maioria das crianças atendidas e classificadas com deficiência física e múltipla; foram realizados mais procedimentos não invasivos e houve correlação entre o nível de escolaridade dos pais e número de dentes decíduos restaurados.

Referências bibliográficas

1. Brasil, Ministério da Saúde. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Diário Oficial da União. Brasília, 1999.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Diário Oficial da União. Brasília, 2009.
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: São Paulo; 2012.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Características gerais da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
5. Roncalli AG, Côrtes MIS, Peres KG. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. Cad. Saúde Pública 2012; 28 Sup: S58-S68.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004. Diário Oficial da União. Brasília, 2004.
7. Pereira LM, Mardero E, Ferreira SH, Kramer PF, Cogo RB. Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS. Stomatos 2010; 16(31): 92-9.
8. Silva ZCM, Pagnoncelli SD, Weber JBB, Fritscher AMG. Avaliação do perfil dos pacientes com Necessidades Especiais da clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da PUC-RS. Revista Odonto Ciência, 2005, 20 (50).
9. Menezes TOA, Smith CA, Passos LT, Pinheiro HHC, Menezes SAF. Perfil dos pacientes com necessidades especiais de uma clínica de odontopediatria. RevBrasPromoç Saúde: Fortaleza, 2011, 24(2). doi: 10.5020/18061230.2011. p136.
10. Domingues NB, Ayres KM, Mariusso MR, Zuanon ACC, Giro EMA. Caracterização dos pacientes e procedimentos executados no serviço de atendimento a pacientes com necessidades especiais da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP. RevOdontol UNESP 2015;44(6):345-50.doi: 10.1590/1807-2577.0015
11. Cançado Figueiredo M, Carvalho e Silva SR, Preto Guimarães F, Araújo VP. Perfil de pacientes com necessidades especiais. Bol Asoc Argent Odontol Ninos 2003; 32(1): 8-11.
12. Cardoso AMR, Brito DBA, Alves VF, Padilha WWN. O acesso ao cuidado em saúde bucal para crianças com deficiência motora: perspectivas dos cuidadores. PesqBrasOdontopedClin Integr. ISSN - 1519-0501/10.4034/PBOCI. 2011.114.21
13. Moretto MJ, Aguiar SMHCA, Rezende MCRA. Reflexões sobre a importância da assistência odontológica preventiva e do adequado treinamento dos Cirurgiões-Dentistas para o atendimento de pessoas com deficiência. Arch Health Invest 2014 3(3): 58-64 / ISSN 2317-3009

14. Wyne AH, Al-Hammad NS, Splieth CH. Oral health comprehension in parents of Saudi cerebral palsy children. *The Saudi Dental Journal* 2017. doi: 10.1016/j.sdentj.2017.07.004.

Figura 1 – Distribuição percentual da classificação das crianças de acordo com a deficiência.



Tabelas

Tabela 1 – Valores mínimos, valores máximos, médias e desvios padrão, relativos às idades das crianças, de acordo com o sexo e resultados totais.

| Sexo | Valores Mínimos | Valores Máximos | Médias | Desvios Padrão |
|-----------|-----------------|-----------------|-------------------|------------------|
| Masculino | 1 ano | 5 anos | 3 anos e 4 meses | 1 ano e 3 meses |
| Feminino | 8 meses | 5 anos | 2 anos 11 e meses | 1 anos e 4 meses |
| Total | 8 meses | 5 anos | 3 anos e 8 meses | 1 ano e 3 meses |

Tabela 2 – Distribuição de frequências e porcentagens dos diferentes procedimentos clínicos não invasivos e invasivos realizados.

| Procedimentos clínicos | | N (%) |
|------------------------|--------------------------------|-------------|
| Não invasivo | Selamento de fossas e fissuras | 24 (14,55) |
| Invasivo | Restaurações | 104 (63,03) |
| | Tratamento endodôntico | 12 (7,27) |
| | Exodontias | 12 (7,27) |

Tabela 3 – Distribuição de frequências e porcentagens relativas ao nível de escolaridade dos pais, de acordo com o sexo das crianças e resultados totais.

| Nível de Escolaridade | Pais | Mães | Total |
|------------------------|------------|------------|------------|
| | N (%) | N (%) | N (%) |
| Fundamental Incompleto | 3 (6,67) | 5 (13,16) | 8 (9,64) |
| Fundamental Completo | 2 (4,44) | 4 (10,53) | 6 (7,23) |
| Médio Incompleto | 3 (6,67) | 5 (13,16) | 8 (9,64) |
| Médio Completo | 16 (35,56) | 10 (26,32) | 26 (31,33) |
| Superior Incompleto | 5 (11,11) | 1 (2,63) | 6 (7,23) |
| Superior Completo | 6 (13,33) | 3 (7,89) | 9 (10,84) |
| Pós-graduação | 01 (2,22) | 01 (2,63) | 2 (2,41) |
| Sem respostas | 09 (20,00) | 09 (23,68) | 18 (21,69) |

Tabela 4 – Valores de r_s e das probabilidades associadas com a aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman aos níveis de escolaridade das mães e dos pais e à quantidade de dentes restaurados, considerando-se o sexo das crianças e resultados totais.

| Variáveis Analisadas | Valores de r_s | Probabilidades |
|--|------------------|----------------|
| Nível escolar da mãe – restauração x meninos | 0,8281 | 0,042* |
| Nível escolar da mãe – restauração x meninas | 0,8924 | 0,017* |
| Nível escolar da mãe – resultados totais | 0,8325 | 0,001* |
| Nível escolar do pai – restauração x meninos | 0,6708 | 0,215 |
| Nível escolar do pai – restauração x meninas | -0,2236 | 0,718 |
| Nível escolar do pai – resultados totais | 0,0483 | 0,895 |

(*) $p < 0,05$

Anexos

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia



Continuação do Parecer: 2.570.027

Prontuários incompletos Ausência da autorização para utilização da documentação odonto legal (anexados à ficha clínica odontológica), devidamente assinados pelo paciente ou responsável.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o projeto:

Objetivo Primário:

Traçar o perfil epidemiológico de pessoas com deficiência atendidas no setor de tratamento odontológico especializado (SEPAE/UFU- Setor de Pacientes Especiais da Universidade Federal de Uberlândia).

Objetivo Secundário:

Avaliar a relação entre o tipo de deficiência e a condição de saúde bucal, para averiguar a hipótese da existência de alta prevalência de problemas bucais neste grupo populacional (pessoas com deficiência).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos: Há o risco de identificação do participante, entretanto o pesquisador se compromete em resguardar os dados pessoais dos indivíduos participantes, não sendo eles em hipótese alguma identificados nas diversas fases da pesquisa.

Benefícios:

Esse estudo corrobora com a construção de conhecimento científico acerca diretrizes de atendimento as pessoas com deficiência, a determinação do melhor protocolo de tratamento e o acolhimento ao paciente com deficiência e seus familiares. Almeja mostrar o impacto da saúde bucal na saúde geral das pessoas com deficiência, ajudando a desenvolver medidas socioeducativas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante com Financiamento Próprio.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.570.027

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão presentes.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: março/abril de 2019.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

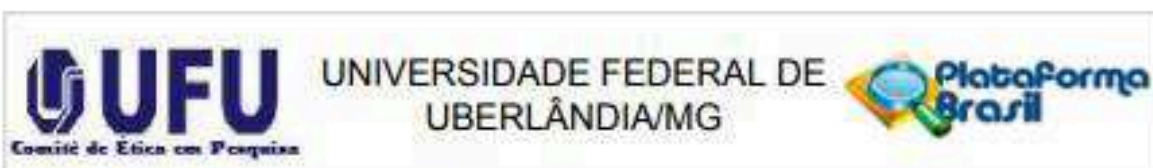
O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo Participante da pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O Participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.570.027

previsto ao participante da pesquisa ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, Item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--|---|------------------------|----------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1014592.pdf | 05/02/2018 17:10:12 | | Aceito |
| Brochura Pesquisa | Instrumento_de_coleta.docx | 05/02/2018 17:08:46 | Kamilla França | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Kamilla.docx | 05/02/2018 16:56:31 | Kamilla França | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 16/10/2017 22:46:20 | Kamilla França | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | termo_equipe_executora.pdf | 16/10/2017 22:45:36 | Kamilla França | Aceito |
| Outros | Curriculo_pesquisadores.docx | 16/10/2017 22:43:45 | Kamilla França | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Declaracao_instituicao.pdf | 16/10/2017 22:43:18 | Kamilla França | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 2.570.027

UBERLÂNDIA, 28 de Março de 2018

Assinado por:
Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Anexo 2 – Author Guidelines - Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica

Instructions

The manuscript should be written in ENGLISH(USA) language, in a clear, concise and objective form. However, when the article is accepted (in Portuguese) the authors should provide the English language text file and also send the statement of the technical reviewer. Contact PBOCI by apesb@terra.com.br to get information about the recommended translation companies. Linguistic revisions performed by companies that do not provide the mentioned certificate will not be accepted.

The text should be provided as a Word for Windows file (doc), using a size 12 Times New Roman font, A4 page size, single-spacing and margins of 2.5 cm. The length of the manuscript is limited to 15 pages, including references, tables, and figures.

1) Title page: Title, Author(s) [Names of all authors written out in full, including respective telephone numbers and email addresses for correspondence] and Author for correspondence. Data of institutional/professional affiliation of all authors, including university (or other institution), college/program, department, city, state, and country.

2) Abstract: A maximum of 280 words. The abstract should be structured with the following divisions: Objective, Methods, Results, and Conclusion.

3) Keywords: Ranging from 3 (three) to 5 (five) five keywords, chosen from the keywords registered at Medical Subject Headings of the U.S. National Library of Medicine.

4) Introduction: State the purpose and summarize the rationale for the study or observation. The objective(s) and/or hypothesis of the study should be stated in the last paragraph. Avoid presentation of an extensive review of the field.

5) Material and Methods: Describe your selection of the observational or experimental participants (patients or laboratory animals, including controls) clearly, including eligibility and exclusion criteria and a description of the source population. Identify the methods, apparatus (give the manufacturer's name and address in parentheses), and procedures in sufficient detail to allow other workers to reproduce the results. Authors should have considered the ethical aspects of their research and should ensure that the project was approved by an appropriate ethical committee, which should be stated. Type of statistical analysis must be described clearly and carefully.

6) Results: Present your results in a logical sequence in the text, tables, and illustrations, giving the main or most important findings first.

7) Discussion: This is the only proper section for subjective comments and reference to previous literature. Inferences, deductions, and conclusions should be limited to the findings of the study (conservative generalization).

8) Conclusion: This should clearly explain the main conclusions of the work highlighting its importance and relevance.

9) References: Authors are responsible for ensuring that the information in each reference is complete and accurate. A maximum of 40 references should be numbered consecutively in the order in which they appear in the text (Vancouver System). All references must be numbered consecutively and citations of references in text should be identified using numbers in square brackets (e.g., “as discussed by some authors [2]”; “as discussed elsewhere [1,5,12]”).

Please include the DOI number.

All references should be cited within the text; otherwise, these references will be automatically removed.

NON-REFEREED MATERIAL AND, IF POSSIBLE, NON-ENGLISH PUBLICATIONS SHOULD BE AVOIDED. CONGRESS ABSTRACTS, UNACCEPTED PAPERS, UNPUBLISHED OBSERVATIONS, AND PERSONAL COMMUNICATIONS MAY NOT BE PLACED IN THE REFERENCE LIST.

If seven or more authors, list up to six followed by “et al”.

Journal and book references should be set out as in the following examples:

1. Ramalli Jr. EL, Ho W, Alves M, Rocha EM. Progress in animal experimentation ethics: a case study from a Brazilian medical school and from the international medical literature. *Acta CirBras* 2012; 27(9):659-63. doi:10.1590/S0102-86502012000900012.
2. Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Medicas; 1988.
3. 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.
4. Ministry of Health, Department of Planning. *Annual Statistical Report*. Abu Dhabi: Ministry of Health, 2001.

Tables: should be numbered consecutively with Arabic numerals and should have an explanatory title. Each table should be typed on a separate page with regard to the proportion of the printed column/page and contain only horizontal lines.

Figures and illustrations: Each figure should have a legend.