

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Hêmily Duarte Silva

**Avaliação do conhecimento de estudantes de odontologia e cirurgiões-
dentistas sobre o diagnóstico precoce do câncer de boca**

Governador Valadares

2022

Hêmily Duarte Silva

**Avaliação do conhecimento de estudantes de odontologia e cirurgiões-
dentistas sobre o diagnóstico precoce do câncer de boca**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Mombrini Pigatti

Coorientadora: Profa. Dra. Francielle Silvestre Verner

Governador Valadares

2022

Silva, Hêmily Duarte.

Avaliação do conhecimento de estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico precoce do câncer de boca / Hêmily Duarte Silva. -- 2022.

41 f. : il.

Orientadora: Fernanda Mombrini Pigatti

Coorientadora: Francielle Silvestre Verner

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV, 2022.

1. Câncer de boca. 2. Diagnóstico precoce. 3. Estudantes de odontologia. 4. Cirurgiões-dentistas. I. Pigatti, Fernanda Mombrini, orient. II. Verner, Francielle Silvestre, coorient. III. Título.

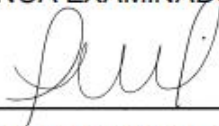
Hêmily Duarte Silva

**Avaliação do conhecimento de estudantes de odontologia e cirurgiões-
dentistas sobre o diagnóstico precoce do câncer de boca**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

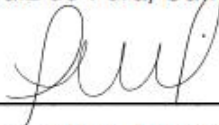
Aprovado em 14 de junho de 2022

BANCA EXAMINADORA



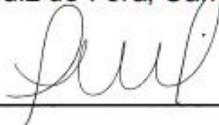
Prof. Dra. Fernanda Mombirini Pigatti – Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares



Fernanda Mombirini Pigatti por Prof. Dra. Sibeles Nascimento de Aquino

Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares



Fernanda Mombirini Pigatti por Prof. Dra. Rose Mara Ortega

Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

AGRADECIMENTOS

Agradeço às minhas professoras orientadoras por todo auxílio e incentivo para que essa etapa fosse concluída.

Aos meus familiares pelo apoio e conselhos em todos os momentos.

A Deus por me guiar em minhas escolhas e me iluminar.

Aos meus amigos por sempre torcerem por mim.

Agradeço a todos por estarem comigo nesse momento tão importante para minha formação profissional e pessoal

RESUMO

Introdução: O câncer bucal é o sexto tumor mais comum e está entre as dez principais causas de morte no mundo. O diagnóstico precoce é a forma de melhorar o prognóstico do paciente, aumentando sua qualidade de vida e diminuindo tratamentos complexos e invasivos. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento de estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico precoce do câncer de boca. **Materiais e métodos:** Estudo observacional, descritivo, transversal e de abordagem quali-quantitativo a partir da análise de 500 estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas. **Resultados:** 178 participantes fizeram parte da pesquisa, onde 142 (79,8%) são estudantes de odontologia e 36 (20,2%) são cirurgiões-dentistas. A respeito do exame clínico nas consultas subsequentes, apenas 20, 2% responderam que o fazem. Sobre os fatores de risco todos os participantes consideraram o tabagismo. Em relação a biópsia, apenas 24,2% se sentem capacitados a realizar. Por fim os participantes avaliaram o seu nível de conhecimento sobre o câncer bucal, 90 participantes (50,6%) o classificaram como bom, 57 (32%) como regular, 25 (14%) como excelente e 6 (3,4%) acreditam ser ruim. **Conclusão:** Conclui-se que os participantes da pesquisa em sua maioria possuem conhecimento do câncer bucal, porém mostra-se necessário que sejam adquiridas mais informações a respeito dessa neoplasia para que os profissionais estejam aptos a realizar o diagnóstico precoce do câncer bucal frente a lesões iniciais da doença.

Palavras-chave: Câncer de Boca. Diagnóstico Precoce. Estudantes de Odontologia. Cirurgiões-dentistas.

ABSTRACT

Introduction: Oral cancer is the sixth most common tumor and is among the ten leading causes of death in the world. Early diagnosis is the way to improve the patient's prognosis, increasing their quality of life and reducing complex and invasive treatments. **Objective:** To evaluate the knowledge of dental students and dentists about the early diagnosis of oral cancer. **Materials and methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study with a quali-quantitative approach based on the analysis of 500 dentistry students and dentists. **Results:** 178 participants were part of the study, where 142 (79.8%) are dental students and 36 (20.2%) are dentists. Regarding the clinical examination in subsequent consultations, only 20.2% answered that they did so. On the risk factors, all participants considered smoking. Regarding biopsy, only 24.2% feel able to perform. Finally, participants assessed their level of knowledge about oral cancer, 90 participants (50.6%) classified it as good, 57 (32%) as regular, 25 (14%) as excellent and 6 (3.4%) believe it to be bad. **Conclusion:** It is concluded that the majority of the research participants are aware of oral cancer, but it is necessary to acquire more information about this neoplasm so that professionals are able to carry out the early diagnosis of cancer in the face of initial lesions of the disease.

Keywords: Mouth cancer. Early Diagnosis. Dentistry Students. Dentists.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1 - Distribuição dos participantes de acordo com a idade..... 17
- Gráfico 2 - Fatores de risco para o aparecimento do câncer bucal, de acordo com os participantes..... 19
- Gráfico3 - Manifestação mais comum em pacientes com câncer bucal, de acordo com os participantes..... 20
- Gráfico 4 Lesões com maior risco de malignidade, de acordo com os participantes..... 20
- Gráfico 5 - Câncer bucal mais comum, de acordo com os participantes..... 21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	ARTIGO CIENTÍFICO.....	10
3	CONCLUSÃO.....	30
	REFERÊNCIAS.....	31
	APÊNDICE A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	34
	ANEXO A – Instruções aos autores preconizadas pelo periódico HU Revista.....	37

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, em 2020 no Brasil, foram diagnosticados 15.190, sendo 11.180 homens e 4.010 mulheres e o número de mortes foi de 6.192, sendo 4.767 homens e 1.425 mulheres. O câncer bucal acomete mais homens, sendo o 5º tipo mais comum. Já em relação a mortalidade, ele está localizado na 9º posição (INCA, 2020).

Entretanto, apesar de ser um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, o diagnóstico do câncer oral, na maioria dos casos, acontece tardiamente, o que aumenta a morbidade e mortalidade da doença (CASOTTI et al., 2016).

O câncer bucal é uma doença multifatorial que possui como fatores etiológicos o consumo de álcool, o tabagismo, a má higiene oral, deficiências alimentares, o HPV e a exposição excessiva a luz solar (HADZIC et al., 2017).

O carcinoma epidermoide é o tipo mais comum de câncer bucal, sendo cerca de 90% dos casos, ainda sim, outros tipos incluem tumores das glândulas salivares menores, sarcomas, tumores odontogênicos, melanoma e linfoma (CASOTTI et al., 2016). Esse tipo de câncer bucal, pode ser precedido por lesões que possuem um maior risco de transformação em um tumor maligno, as chamadas desordens potencialmente malignas. As mais comuns são a leucoplasia, a eritroplasia e a queilite actínica (HADZIC et al., 2017).

As lesões bucais relacionadas ao câncer podem se apresentar de diversas formas. Em seu estágio inicial são indolores e quando atingem tecidos mais profundos apresentam dor intensa. Além disso, podem se apresentar endurecidas a palpação e sangrar com facilidade. Quando acontece metástase regional, os linfonodos ficam aumentados, endurecidos e fixos (SUJIR et al., 2019).

O carcinoma epidermoide pode se apresentar na forma de um nódulo exófito ou como uma lesão endófitica, com o centro ulcerado e bordas elevadas e endurecidas, sendo essa a mais comum (NEVILLE et al., 2016). Em relação ao histopatológico, apresenta uma proliferação celular de células epiteliais malignas arranjadas em ilhas dispersas no estroma do tecido conjuntivo, em estruturas

musculares, glandulares, nervosas e vasculares, com graus de diferenciação e displasia celular (EL-NAGGAR et al., 2017).

O diagnóstico precoce é a forma de melhorar o prognóstico do paciente, aumentando sua qualidade de vida e diminuindo tratamentos complexos e invasivos (DA SILVA et al., 2018). Entretanto, muitas vezes não é possível devido à falta de sintomatologia do câncer bucal em sua fase inicial, a falta de conhecimento do profissional a respeito do câncer, questões culturais, questões individuais do próprio paciente e a dificuldade de acesso a serviços de saúde pública. Além disso, em relação a fatores socioeconômicos, pessoas em condições menos favoráveis possuem menos informação e menos acesso a serviços de saúde, o que gera piores condições de vida e aumenta hábitos deletérios (AMORIM; SOUZA; ALVES, 2019).

Para evitar o diagnóstico tardio é necessário que os profissionais conheçam as apresentações iniciais do câncer bucal. Desse modo, os estudantes de odontologia precisam adquirir informações sobre a doença e sobre o impacto na saúde pública mundial para que, depois de formados, possuam a consciência da importância do diagnóstico precoce para o paciente (VIRGÍNIO et al., 2020). Além disso, é imprescindível que eles sejam incentivados a realizar um exame clínico completo, sempre buscando possíveis alterações na mucosa para que isso se torne um hábito na rotina do profissional a fim de diagnosticar o câncer oral em seu estágio inicial (DE SOUSA et al., 2016).

Ademais, o cirurgião-dentista possui o dever de orientar os pacientes a respeito dos fatores de risco para o câncer bucal e informar sobre os cuidados com a saúde bucal e alertar sobre o câncer oral e suas manifestações. Essas são as principais formas de diminuir os índices de câncer, a fim de evitar piores prognósticos (DA SILVA et al., 2018).

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento de estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico precoce do câncer de boca.

2 ARTIGO CIENTÍFICO

Avaliação do conhecimento de estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico precoce do câncer de boca

Evaluation of the knowledge of dental students and dentists on the early diagnosis of oral cancer

Título curto: Avaliação do diagnóstico precoce do câncer de boca

Área de Conhecimento: Odontologia

Subárea: Clínica odontológica

Fernanda Mombrini Pigatti¹

Hemily Duarte Silva¹

Francielle Silvestre Verner¹

¹Diagnóstico Oral, Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares, Brasil.

Autor para correspondência: Fernanda Mombrini Pigatti

Endereço: avenida 28 de setembro, 525/305. Vila Isabel, Rio de Janeiro

E-mail: preenchimento obrigatório

Tel: (xx) xxxxx-xxxx

RESUMO

Introdução: O câncer bucal é o sexto tumor mais comum e está entre as dez principais causas de morte no mundo. O diagnóstico precoce é a forma de melhorar o prognóstico do paciente, aumentando sua qualidade de vida e diminuindo tratamentos complexos e invasivos. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento de estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico precoce do câncer de boca. **Materiais e métodos:** Estudo observacional, descritivo, transversal e de abordagem quali-quantitativo a partir da análise de 500 estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas. **Resultados:** 78 participantes fizeram parte da pesquisa, onde 142 (79,8%) são estudantes de odontologia e 36 (20,2%) são cirurgiões-dentistas. A respeito do exame clínico nas consultas subsequentes, apenas 20, 2% responderam que o fazem. Sobre os fatores de risco todos os participantes consideraram o tabagismo. Em relação a biópsia, apenas 24,2% se sentem capacitados a realizar. Por fim os participantes avaliaram o seu nível de conhecimento sobre o câncer bucal, 90 participantes (50,6%) o classificaram como bom, 57 (32%) como regular, 25 (14%) como excelente e 6 (3,4%) acreditam ser ruim. **Conclusão:** Conclui-se que os participantes da pesquisa em sua maioria possuem conhecimento do câncer bucal, porém mostra-se necessário que sejam adquiridas mais informações a respeito dessa neoplasia para que os profissionais estejam aptos a realizar o diagnóstico precoce do câncer bucal frente a lesões iniciais da doença.

ABSTRACT

Introduction: Oral cancer is the sixth most common tumor and is among the ten leading causes of death in the world. Early diagnosis is the way to improve the patient's prognosis, increasing their quality of life and reducing complex and invasive treatments. **Objective:** To evaluate the knowledge of dental students and dentists about the early diagnosis of oral cancer. **Materials and methods:** Observational, descriptive, cross-

sectional study with a quali-quantitative approach based on the analysis of 500 dentistry students and dentists. **Results:** 178 participants were part of the study, where 142 (79.8%) are dental students and 36 (20.2%) are dentists. Regarding the clinical examination in subsequent consultations, only 20.2% answered that they did so. On the risk factors, all participants considered smoking. Regarding biopsy, only 24.2% feel able to perform. Finally, participants assessed their level of knowledge about oral cancer, 90 participants (50.6%) classified it as good, 57 (32%) as regular, 25 (14%) as excellent and 6 (3.4%) believe it to be bad. **Conclusion:** It is concluded that the majority of the research participants are aware of oral cancer, but it is necessary to acquire more information about this neoplasm so that professionals are able to carry out the early diagnosis of cancer in the face of initial lesions of the disease.

Palavras-chave: Câncer de Boca; Diagnóstico Precoce; Estudantes de Odontologia; Cirurgiões-dentistas

Keywords: Mouth cancer; Early Diagnosis; Dentistry Students; Dentists

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, em 2020 no Brasil, foram diagnosticados 15.190, sendo 11.180 homens e 4.010 mulheres e o número de mortes foi de 6.192, sendo 4.767 homens e 1.425 mulheres. O câncer bucal acomete mais homens, sendo o 5º tipo mais comum. Já em relação a mortalidade, ele está localizado na 9º posição¹.

Entretanto, apesar de ser um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, o diagnóstico do câncer oral, na maioria dos casos, acontece tardiamente, o que aumenta a morbidade e mortalidade da doença².

O câncer bucal é uma doença multifatorial que possui como fatores etiológicos o consumo de álcool, o tabagismo, a má higiene oral, deficiências alimentares, o HPV e a exposição excessiva a luz solar³.

O carcinoma epidermoide é o tipo mais comum de câncer bucal, sendo cerca de 90% dos casos, ainda sim, outros tipos incluem tumores das glândulas salivares menores, sarcomas, tumores odontogênicos, melanoma e linfoma². Esse tipo de câncer bucal, pode ser precedido por lesões que possuem um maior risco de transformação em um tumor maligno, as chamadas desordens potencialmente malignas. As mais comuns são a leucoplasia, a eritroplasia e a queilite actínica³.

As lesões bucais relacionadas ao câncer podem se apresentar de diversas formas. Em seu estágio inicial são indolores e quando atingem tecidos mais profundos apresentam dor intensa. Além disso, podem se apresentar endurecidas a palpação e sangrar com facilidade. Quando acontece metástase regional, os linfonodos ficam aumentados, endurecidos e fixos⁴.

O carcinoma epidermoide pode se apresentar na forma de um nódulo exofítico ou como uma lesão endofítica, com o centro ulcerado e bordas elevadas e endurecidas, sendo essa a mais comum⁵. Em relação ao histopatológico, apresenta uma proliferação celular de células epiteliais malignas arranjadas em ilhas dispersas no estroma do tecido conjuntivo, em estruturas musculares, glandulares, nervosas e vasculares, com graus de diferenciação e displasia celular⁶.

O diagnóstico precoce é a forma de melhorar o prognóstico do paciente, aumentando sua qualidade de vida e diminuindo tratamentos complexos e invasivos⁷. Entretanto, muitas vezes não é possível devido à

falta de sintomatologia do câncer bucal em sua fase inicial, a falta de conhecimento do profissional a respeito do câncer, questões culturais, questões individuais do próprio paciente e a dificuldade de acesso a serviços de saúde pública. Além disso, em relação a fatores socioeconômicos, pessoas em condições menos favoráveis possuem menos informação e menos acesso a serviços de saúde, o que gera piores condições de vida e aumenta hábitos deletérios⁸.

Para evitar o diagnóstico tardio é necessário que os profissionais conheçam as apresentações iniciais do câncer bucal. Desse modo, os estudantes de odontologia precisam adquirir informações sobre a doença e sobre o impacto na saúde pública mundial para que, depois de formados, possam a consciência da importância do diagnóstico precoce para o paciente⁹. Além disso, é imprescindível que eles sejam incentivados a realizar um exame clínico completo, sempre buscando possíveis alterações na mucosa para que isso se torne um hábito na rotina do profissional a fim de diagnosticar o câncer oral em seu estágio inicial¹⁰.

Ademais, o cirurgião-dentista possui o dever de orientar os pacientes a respeito dos fatores de risco para o câncer bucal e informar sobre os cuidados com a saúde bucal e alertar sobre o câncer oral e suas manifestações. Essas são as principais formas de diminuir os índices de câncer, a fim de evitar piores prognósticos⁷.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento de estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico precoce do câncer de boca.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo

Estudo observacional, descritivo, transversal e de abordagem qualitativa a partir da análise de 500 estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas.

Amostra

A população foi constituída por cerca de 500 estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas de todo Brasil e os critérios para inclusão na amostra foram estudantes de Odontologia, que estejam cursando ou já tenham cursado disciplinas clínicas com atendimento a pacientes, independente de sexo e cor da pele e cirurgiões-dentistas de todo Brasil. Foram excluídos estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas que se recusarem a participar do estudo e que não realizam exames clínicos em sua rotina.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento de coleta de dados, confeccionado através do Google Formulários. Esse documento foi disponibilizado através do perfil criado no Instagram para a pesquisa com o nome de @pesquisacancerdeboca e através de publicidade em outros perfis parceiros. Dessa forma, os participantes da pesquisa foram selecionados e o instrumento aplicado de forma on-line.

Instrumento para coleta de dados

Os participantes da pesquisa ao entrarem no link disponibilizado tiveram acesso ao TCLE detalhado e a instrução de fechar a página caso não queiram participar da pesquisa. Os participantes que aceitaram, passaram a responder o instrumento de coleta de dados 1 elaborado pela autora, composto por 7 questões sobre ser estudante de odontologia ou cirurgião-dentista, sexo, idade, cor da pele, estado civil, cidade e estado, a fim de selecionar a amostra da pesquisa.

A avaliação do conhecimento de estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico precoce do câncer de boca foi obtida por meio de um segundo instrumento de coleta de dados que continha 13 questões fechadas a fim de obter informações sobre variáveis do diagnóstico e prevenção do câncer oral, como o entendimento dos

fatores etiológicos do carcinoma epidermoide, se é realizado o exame clínico completo na rotina dos estudantes de odontologia e dos cirurgiões-dentistas, a conduta de cada participante frente a uma lesão e se tem segurança para realização da biópsia, a capacidade de realizar o diagnóstico precoce a partir de características clínicas das lesões e sobre o encaminhamento dos pacientes.

Análise estatística

Os dados obtidos na pesquisa foram avaliados por meio de estatística descritiva a fim de avaliar o conhecimento de estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico precoce do câncer de boca.

Considerações éticas

O estudo foi realizado mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) através do parecer número 4.617.491.

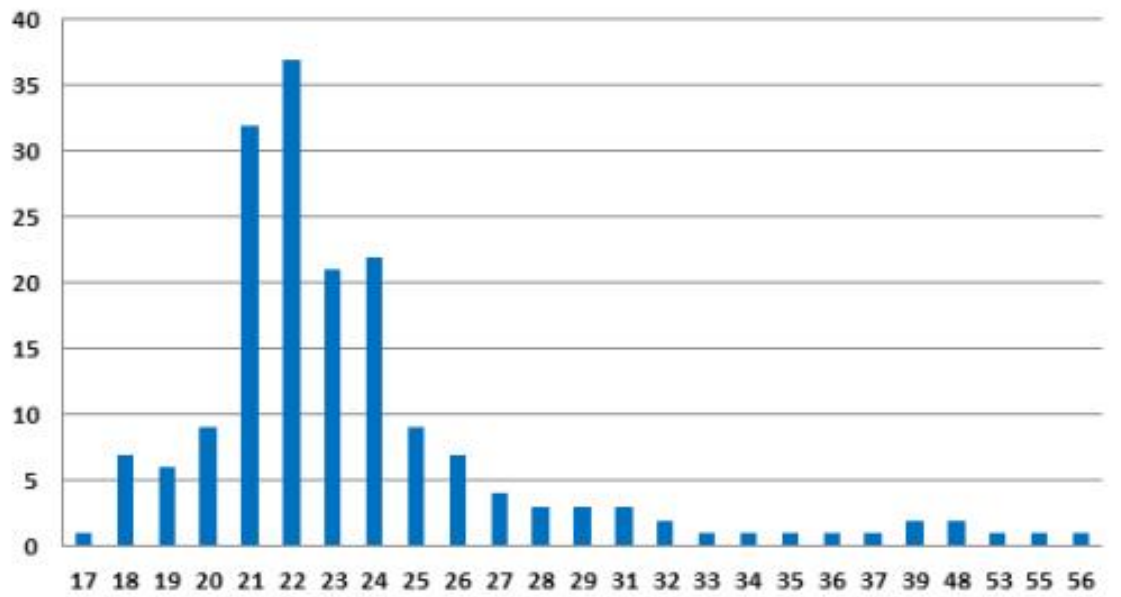
RESULTADOS

A amostra foi constituída de 500 participantes, no entanto foram obtidas 178 respostas aos instrumentos de coleta de dados em que todos os participantes concordaram em participar da pesquisa após a leitura do TCLE.

De acordo com o instrumento de coleta de dados 1, dos 178 participantes da pesquisa, 142 (79,8%) são estudantes de odontologia e 36 (20,2%) são cirurgiões-dentistas. Em relação ao sexo, 149 (83,7%) são do sexo feminino e 29 (16,3%) do sexo masculino.

Os participantes se encontram entre a faixa etária de 17 e 56 anos.

Gráfico 1: Distribuição dos participantes de acordo com a idade.



Em relação à cor da pele, os participantes são predominantemente brancos, 115 pessoas (64,6%), 49 (27,5%) se consideraram pardos, 13 (7,3%) são negros e um participante (0,6%) é amarelo.

Dentre os participantes, 160 (89,9%) são solteiros, 15 (8,4%) são casados, 2 (1,1%) são divorciados/separados e um (0,6%) participante é viúvo.

A maior parte dos participantes é residente do estado de Minas Gerais, totalizando 74 (41,5%), o segundo estado com maior participação foi o de São Paulo com 28 pessoas (15,7%). Além desses, houve 7 (3,9%) participantes da Paraíba, 6 (3,3%) do Rio de Janeiro, 5 (2,8%) do Espírito Santo, 10 (5,6%) do Rio Grande do Sul, 8 (4,4%) da Bahia, 2 (1,1%) do Mato Grosso, 1 (0,6%) de Goiás, 3 (1,6%) do Rio Grande do Norte, 5 (2,8%) do Ceará, 3 (1,6%) de Santa Catarina, 1 (0,6%) de Sergipe, 5 (2,8%) do Paraná, 4 (2,2%) do Maranhão, 4 (2,2%) do Amazonas, 1 (0,6%) do Piauí, 2 (1,1%) do Distrito Federal, 6 (3,3%) de Pernambuco, 1 (0,6%) do Alagoas, 1 (0,6%) do Tocantins, 1 (0,6%) do Pará e um (0,6%) participante da Angola.

Em relação ao instrumento de coleta de dados 2, quando questionados se na graduação foram obtidas informações de como realizar um exame físico completo para identificar lesões orais ou para o câncer bucal, 164 (92,1%) participantes responderam que sim e 14 (7,9%) responderam que não.

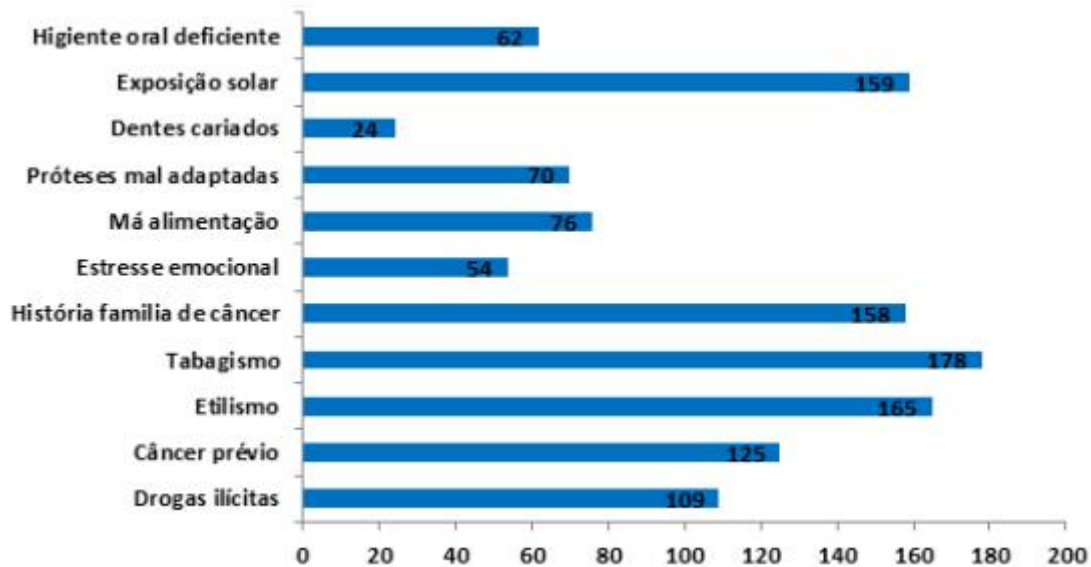
Com relação a se na primeira consulta é realizado o exame físico completo, intraoral e extraoral, 133 (74,7%) responderam que sim, 27 (15,2%) responderam que frequentemente, 12 (6,7%) responderam que raramente, e 6 (3,4%) participantes responderam que não.

O próximo questionamento foi se nas consultas seguintes era realizado o mesmo exame físico, 59 (33,1%) participantes relataram que raramente, 53 (29,8%) responderam que frequentemente, 35 (20,2%) responderam que sim e 30 (16,9%) que não.

Sobre a conduta do participante ao perceber que o paciente é tabagista ou etilista, 157 (88,2%) responderam que orientam o paciente a respeito dos riscos do tabagismo e do etilismo, 20 (11,2%) relataram que não possuem nenhuma conduta e um (0,6%) participante não pergunta sobre o uso de fumo e álcool.

Dentre os fatores que o participante julga ser de risco para o aparecimento do câncer bucal, os mais apontados foram o etilismo com 92,7% e o tabagismo com 100%.

Gráfico 2: Fatores de risco para o aparecimento do câncer bucal, de acordo com os participantes.

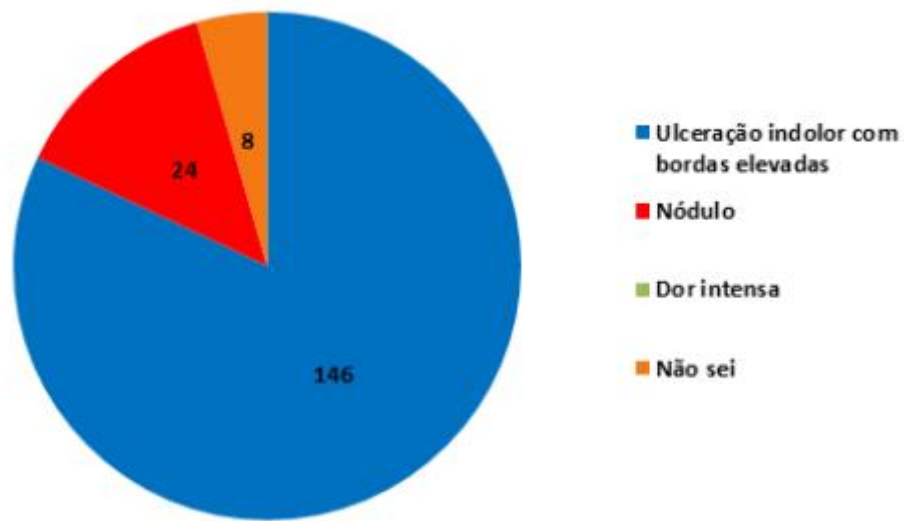


A respeito de sua conduta ao perceber lesões bucais, 96 (54%) responderam que realiza os procedimentos diagnósticos, 81 (45,5%) que encaminham imediatamente para um dentista especialista em estomatologia e um (0,6%) participante respondeu que se não for à queixa principal do paciente, não realiza nenhuma intervenção.

Em relação a se o participante se sente capacitado a realizar a biópsia, 76 (42,7%) disseram que não, 59 (33,1%) que razoavelmente e 43 (24,2%) que sim.

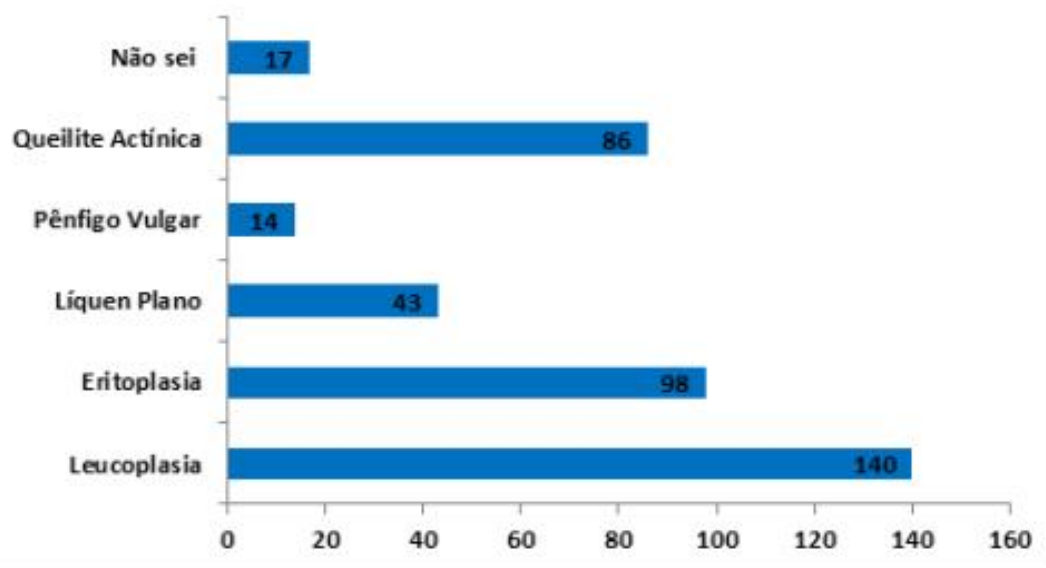
Sobre a manifestação mais comum em pacientes com câncer bucal inicial, a maioria dos participantes considerou a ulceração indolor com bordas elevadas (82%).

Gráfico 3: Manifestação mais comum em pacientes com câncer bucal, de acordo com os participantes.



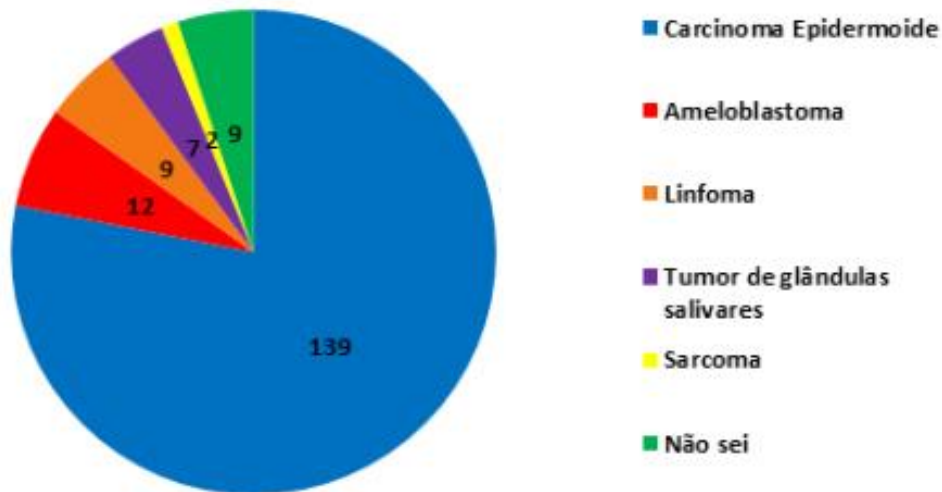
Quando questionados sobre quais lesões possuem maior risco de malignidade, 140 participantes (78,7%) indicaram a leucoplasia.

Gráfico 4: Lesões com maior risco de malignidade, de acordo com os participantes.



A respeito de qual tipo de câncer eles consideravam mais comum, foi observado que 139 (78,1%) acreditam ser o carcinoma epidermoide e 9 (5,1%) não souberam responder.

Gráfico 5: Câncer bucal mais comum, de acordo com os participantes.



Sobre o ensino que obtiveram durante a graduação em relação ao câncer bucal, 72 (40,4%) responderam excelente, 60 (33,7%) acreditam que foi bom, 37 (20,8%) regular, 7 (3,9%) ruim e 2 (1,1%) classificaram como muito ruim.

Na opinião dos participantes em relação ao papel do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, 175 (98,3%) acreditam ser grande, 2 (1,1%) médio e um (0,6%) participante respondeu baixo.

Por fim, os participantes avaliaram o seu nível de conhecimento sobre o diagnóstico e prevenção do câncer bucal. Dos 178, 90 (50,6%) classificaram como bom, 57 (32%) como regular, 25 (14%) como excelente e 6 (3,4%) acreditam ser ruim.

DISCUSSÃO

A cavidade oral é um local de fácil visualização quando se realiza um exame clínico criterioso, entretanto o prognóstico do câncer bucal está, muitas vezes, atribuído ao diagnóstico tardio e, conseqüentemente, a demora no início do tratamento. Sendo assim, se faz necessário o incentivo do diagnóstico precoce para que ocorra um tratamento eficiente.¹¹ No presente estudo, avaliou-se o conhecimento sobre o diagnóstico precoce do câncer de boca em uma amostra constituída por estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas.

O exame físico é de suma importância no atendimento odontológico, por meio dele pode-se reunir informações acerca da saúde bucal do paciente a fim de obter um diagnóstico, planejar, prevenir e tratar possíveis doenças.¹² Os participantes da pesquisa, em sua maioria, relataram ter obtido durante a graduação informações sobre o exame físico completo e que o realizam na primeira consulta do paciente. Entretanto, quando questionados se o faziam nas próximas consultas, cerca de metade respondeu que não ou raramente. Desse modo, vê-se uma falha na obtenção de informações já que entre consultas o paciente pode apresentar tanto alterações orais como sistêmicas importantes no diagnóstico do câncer de boca observadas no exame clínico, que segundo Rados e Rösing¹³ é a principal medida para prevenção dessa doença.

Quando os participantes foram questionados sobre a conduta ao perceber que o paciente era etilista ou tabagista, obteve-se uma resposta positiva onde a maioria orienta sobre os riscos desses hábitos. O tabaco e as substâncias tóxicas agregadas a ele, associados ao calor gerado pelo hábito de fumar agredem a mucosa oral aumentando o risco de sete a dez vezes do desenvolvimento do câncer de boca, variando de acordo com a quantidade diária e o tempo.¹⁴ Já o álcool, além de ser irritante para a mucosa, seu produto pode induzir alterações celulares, facilitando a

passagem de agente carcinógenos pela mucosa oral.¹⁵ Além disso, segundo Mello et al¹⁶, a associação entre os dois eleva o risco de 4,21 a 24,28 vezes de desenvolvimento desse câncer. Sendo assim, é de extrema relevância orientar os pacientes sobre os riscos relacionados ao tabaco e ao álcool em todos os casos.

Muitos fatores estão associados ao câncer bucal. Todos os participantes apontaram o tabagismo como fator de risco. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, esse fator é que mais causa mortes por câncer no Brasil, sendo que, em boca o risco é trinta vezes maior entre os fumantes.¹⁷

O etilismo foi considerado por aproximadamente 93% dos participantes como um fator de risco. Esse hábito é considerado como segundo fator ambiental, mesmo não associado ao tabagismo.¹⁴ Apesar de não se saber ao certo o mecanismo, tem-se conhecimento do risco existente pelo consumo exacerbado de bebidas alcoólicas e sua ação na mucosa oral e no organismo.¹⁸

O terceiro fator mais indicado pelos participantes foi a exposição solar. Essa radiação está mais relacionada ao câncer no lábio inferior na população de pele clara que atua em áreas rurais.¹⁸ A má alimentação apontada por apenas 70 participantes, entretanto o baixo consumo de vitaminas e ferro, diminui potencialmente a imunidade do indivíduo podendo ocasionar na ativação de oncogêneses, devido ao aumento da produção de ceratina.¹⁹

Segundo Neville⁵, um fator de forma isolada não pode ser causador do desenvolvimento do câncer de boca, porém podem existir fatores extrínsecos e intrínsecos. Uma parcela dos participantes da pesquisa

classificou a má higiene oral, os dentes cariados, as próteses mal adaptadas, a história familiar de câncer, o estresse emocional e as drogas ilícitas como fatores de risco para o câncer bucal, porém esses não são considerados de forma isolada fatores etiológicos para o desenvolvimento desse tipo de neoplasia.

A remoção total ou parcial de tecidos modificados para análise histopatológica com o propósito de diagnóstico é denominada biópsia. Ao se deparar com uma lesão é dever do cirurgião-dentista identificá-la e realizar o procedimento adequado ou encaminhar para um profissional especializado.²⁰ De acordo com os participantes, aproximadamente metade realiza o procedimento e cerca de 45% fazem o encaminhamento para outro profissional. Apenas um participante não realiza nenhuma intervenção se não for à queixa do paciente. Quando analisada a capacitação em realizar a biópsia, apenas 43 pessoas se sentem preparadas e 76 afirmaram que não estão capacitadas a realizá-la. Isso mostra a dificuldade dos profissionais a realizarem o exame já apenas 24% está preparada, o que pode atrasar o diagnóstico precoce da doença.

A lesão mais comum no câncer bucal inicial apontada por 146 participantes foi a ulceração indolor com bordas elevadas. Segundo Soames e Southam²¹, o câncer bucal tem diversas apresentações, porém a mais comum inicialmente são ulcerações exofíticas e endofíticas assintomáticas que evoluem para uma massa consistente e nodular sintomática.

As desordens potencialmente malignas são aquelas em que ocorre uma alteração tecidual com maior probabilidade de se desenvolver o câncer oral quando comparada ao tecido normal.²² As mais comumente encontradas na literatura são a leucoplasia, o líquen plano oral, a eritroplasia, a eritroleucoplasia e a queilite actínica.²³ A leucoplasia foi

apontada por quase 80% dos participantes. Essa lesão é a mais frequente dentre as potencialmente malignas, sendo caracterizada por uma placa branca, não raspável, podendo ser homogênea, não homogênea ou verrucosa. A eritoplasia, indicada por 98 participantes é uma placa ou mácula vermelha. A queilite actínica é encontrada em 95% dos casos de câncer do lábio inferior e se caracteriza por ulcerações e perda do limite entre o vermelhão do lábio e a pele.²⁴

Cerca de 24% apontaram o líquen plano como uma lesão potencialmente maligna. De etiologia desconhecida, essa lesão se apresenta como estrias brancas na mucosa oral, porém ainda existem controvérsias sobre o seu potencial de malignização. O pênfigo vulgar apontado por 14 participantes não é considerado uma lesão potencialmente maligna.²³

O carcinoma epidermoide (CEC), indicado por 139 participantes, é o tipo mais comum dos cânceres bucais, com estimativa de 90 a 95%.¹⁷ Esse carcinoma é mais encontrado em leucodermas, homes com mais de 35 anos e os locais mais acometidos são língua, gengiva e assoalho bucal. Histologicamente, o CEC se caracteriza por uma proliferação do epitélio displásico invadindo o tecido conjuntivo com formação de ilhas e cordões de células epiteliais malignas.⁵

O ensino sobre o câncer bucal durante a formação dos estudantes de Odontologia é imprescindível já que o reconhecimento de lesões é essencial para o diagnóstico precoce do câncer bucal. Se o acadêmico ao se deparar com uma lesão bucal não tiver conhecimento para identificá-la e estabelecer medidas corretivas, o atraso no diagnóstico dificultará o plano de tratamento.²⁵ Apenas 60 participantes classificaram como excelente o ensino que obtiveram durante a graduação, o que mostra limitações no ensino sobre o câncer bucal.

O cirurgião dentista possui um papel importante no diagnóstico precoce do câncer bucal. Ao realizar um exame clínico minucioso ele deve verificar a presença de lesões, que muitas vezes não são identificadas pelo paciente devido à localização e a falta de sintomatologia.²⁶ Além disso, o profissional deve identificar na anamnese possíveis fatores de risco para o câncer de boca. Para isso, é necessário que ele possua conhecimento sobre os fatores de risco do câncer bucal e sobre as lesões potencialmente malignas, para que ocorra o diagnóstico precoce, melhorando o prognóstico da doença.²⁷ Quase todos os participantes (98,3%) indicaram como grande o papel do cirurgião-dentista na prevenção e diagnóstico do câncer bucal.

Sendo assim, o nível de conhecimento sobre o câncer de boca deve ser alto, porém apenas 25 participantes classificaram como excelente e 90 como bom, mostrando uma possível falha no diagnóstico precoce.

CONCLUSÃO

O diagnóstico precoce do câncer bucal é a principal forma de melhorar o prognóstico da doença. Conclui-se que os participantes da pesquisa, em sua maioria, possuem conhecimento do câncer bucal, porém mostra-se necessário que sejam adquiridas mais informações a respeito dessa neoplasia, como suas principais características e fatores etiológicos, para que os profissionais estejam aptos a realizar o diagnóstico precoce do câncer bucal nas suas fases iniciais.

Além disso, mostra-se necessário o conhecimento da importância do exame clínico completo nas consultas e a capacitação para realizar a biópsia a fim de buscar um diagnóstico para tratamentos menos complexos e invasivos.

FINANCIAMENTO

Não houve financiamento para este estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Estatísticas de Câncer. 2020.
2. Casotti E, Monteiro ABF, Castro Filho EL de, Santos MP dos. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 1;21:1573-82.
3. Hadzic S, Gojkov-Vukelic M, Pasic E, Dervisevic A. Importance of Early Detection of Potentially Malignant Lesions in the Prevention of Oral Cancer. *Mater Sociomed*. 2017 ;29(2):129-133.
4. Sujir N, Ahmed J, Pai K, Denny C, Shenoy N. Challenges in Early Diagnosis of Oral Cancer: Cases Series. *Acta Stomatol Croat*. 2019;53(2):174–80.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Patologia oral e maxilofacial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
6. El-Naggar, AK. What Is New in the World Health Organization 2017 Hiotopathology Classification?. *Current Treatment Options in Oncology*. 2017;43.
7. Silva B, Corrêa G, Oliveira K, Simões A, Pereira L. Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas da rede pública sobre câncer bucal: Revisão de literatura. *Rev Mult psic*. 2018;12(42): 1018-1026.
8. Amorim NGC, Souza A da S, Alves SM. Prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal: uma revisão de literatura. *Uningá J*. 2019;56(2):70–84.
9. Virgínio J de F, Santos FLP dos, Oliveira JJM de, Farias MF, Tôrres BO, Félix SS da S. Percepção dos acadêmicos de Odontologia sobre câncer bucal. *Arch Health Invest*. 2020;9(1).

10. Sousa BL de, Lobato BA, Pessin MS, Perez EG, Schmitd LB. Conhecimento dos alunos de Odontologia na identificação do câncer oral. *Rev Bras Odontol.* 2016;73(3):186–92.
11. Felippu AWD, Freire EC, de Arruda Silva R, Guimarães AV, Dedivitis RA. Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2016;82:140-3.
12. Brandão BA, Fernandes DC, Cortez DL, Loureiro AS, Moraes GR, Brêda MA. Importância de um exame clínico adequado para o atendimento odontológico. *CBioS* 2018;5(1):77.
13. Rados PV, Rösing CK. Exame das mucosas: uma responsabilidade profissional que pode salvar vidas. *Clín int j braz dente.* 2014;10(2):226-229.
14. Freitas RM, Rodrigues AMX, Júnior AFM, Oliveira GAL. Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura. *Revista RBAC,* 2016;48(1):13-8.
15. Leite ACE, Guerra ENS, Melo NS. Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal. *Rev Clín Pesq Odontol.* 2005;1(3):31-6.
16. Mello FW, Melo G, Pasetto JJ, Silva CAB, Warnakulasuriya S, Rivero ERC. The synergistic effect of tobacco and alcohol consumption on oral squamous cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2019;23(7):2849–59.
17. Instituto Nacional do Câncer. Falando sobre câncer da boca. [Informativo na internet]. 2003.
18. Torres SVS, Sbegue A, Cecília S, Costa B, Vidal S, Torres S. A importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idosos The importance of early diagnosis of oral cancer in the elderly. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2016;14(1):57-62.
19. Souza GT, Fonseca LG, Araújo AMB, Freitas DA, Sousa Árlen AD de. Conhecimento de estudantes de Odontologia sobre os fatores de risco para o câncer bucal. *Arq Odontol* 2017;53(12):1-9.

20. Brazão-Silva MT, Carvalho BO, Pinto RA. A biópsia na prática odontológica: Revisão de Literatura. 2018;7(3):197-203.
21. Soames IV, Southam JC. Patologia oral. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2008.
22. World Health Organization (WHO). International Agency for Research on Cancer (IARC). A digital manual for the early diagnosis of oral neoplasia [Internet]. France: IARC [cited 2013 Nov 21]. Available from: <http://screening.iarc.fr/atlasoral.php?lang=1>.
23. Castro AJP, Lima JC. Lesões orais potencialmente cancerizáveis: revisão de literatura [Dissertação]. Taubaté:Universidade de Taubaté;2020.
24. Maia HC, Pinto NA, Pereira Jdos S, de Medeiros AM, da Silveira ÉJ, Miguel MC. Potentially malignant oral lesions: clinicopathological correlations. Einstein. 2016 ;14(1):35-40.
25. Oliveira JMB de, Pinto LO, Lima NGM, Almeida GCM de. Câncer de Boca: Avaliação do Conhecimento de Acadêmicos de Odontologia e Enfermagem quanto aos Fatores de Risco e Procedimentos de Diagnóstico. Rev. Bras. Cancerol. 2013;59(2):211-8.
26. Lemos Junior CA, Torres-Pereira CC, Biazevic GMH, Pinto Júnior DS, Nunes FD. Câncer de boca baseado em evidências científicas. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2013;67(3):178-86.
27. Santos IV, Daltro T, Alves B, Miranda M, Falcão L, Freitas VS. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. Odontol Clin-Cient. 2011;10(3):207-10.

3 CONCLUSÃO

O diagnóstico precoce do câncer bucal é a principal forma de melhorar o prognóstico da doença. Conclui-se que os participantes da pesquisa, em sua maioria, possuem conhecimento do câncer bucal, porém mostra-se necessário que sejam adquiridas mais informações a respeito dessa neoplasia, como suas principais características e fatores etiológicos, para que os profissionais estejam aptos a realizar o diagnóstico precoce do câncer bucal nas suas fases iniciais.

Além disso, mostra-se necessário o conhecimento da importância do exame clínico completo nas consultas e a capacitação para realizar a biópsia a fim de buscar um diagnóstico para tratamentos menos complexos e invasivos.

REFERÊNCIAS

Amorim NGC, Souza A da S, Alves SM. Prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal: uma revisão de literatura. *Uningá J.* 2019;56(2):70–84.

Brandão BA, Fernandes DC, Cortez DL, Loureiro AS, Moraes GR, Brêda MA. Importância de um exame clínico adequado para o atendimento odontológico. *CBioS* 2018;5(1):77.

Brazão-Silva MT, Carvalho BO, Pinto RA. A biópsia na prática odontológica: Revisão de Literatura. 2018;7(3):197-203.

Casotti E, Monteiro ABF, Castro Filho EL de, Santos MP dos. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016; 1;21:1573-82.

Castro AJP, Lima JC. Lesões orais potencialmente cancerizáveis: revisão de literatura [Dissertação]. Taubaté:Universidade de Taubaté;2020.

El-Naggar, AK. What Is New in the World Health Organization 2017 Histopathology Classification?. *Current Treatment Options in Oncology.* 2017;43.

Felippu AWD, Freire EC, de Arruda Silva R, Guimarães AV, Dedivitis RA. Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2016;82:140-3.

Freitas RM, Rodrigues AMX, Júnior AFM, Oliveira GAL. Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura. *Revista RBAC,* 2016;48(1):13-8.

Hadzic S, Gojkov-Vukelic M, Pasic E, Dervisevic A. Importance of Early Detection of Potentially Malignant Lesions in the Prevention of Oral Cancer. *Mater Sociomed.* 2017 ;29(2):129-133.

Instituto Nacional de Câncer. Estatísticas de Câncer. 2020.

Instituto Nacional do Câncer. Falando sobre câncer da boca. [Informativo na internet]. 2003.

Leite ACE, Guerra ENS, Melo NS. Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal. *Rev Clín Pesq Odontol.* 2005;1(3):31-6.

Lemos Junior CA, Torres-Pereira CC, Biazevic GMH, Pinto Júnior DS, Nunes FD. Câncer de boca baseado em evidências científicas. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2013;67(3):178-86.

Maia HC, Pinto NA, Pereira Jdos S, de Medeiros AM, da Silveira ÉJ, Miguel MC. Potentially malignant oral lesions: clinicopathological correlations. *Einstein.* 2016 ;14(1):35-40.

Mello FW, Melo G, Pasetto JJ, Silva CAB, Warnakulasuriya S, Rivero ERC. The synergistic effect of tobacco and alcohol consumption on oral squamous cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2019;23(7):2849–59.

Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Patologia oral e maxilofacial.* 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

Oliveira JMB de, Pinto LO, Lima NGM, Almeida GCM de. Câncer de Boca: Avaliação do Conhecimento de Acadêmicos de Odontologia e Enfermagem quanto aos Fatores de Risco e Procedimentos de Diagnóstico. *Rev. Bras. Cancerol.* 2013;59(2):211-8.

Rados PV, Rösing CK. Exame das mucosas: uma responsabilidade profissional que pode salvar vidas. *Clín int j braz dente.* 2014;10(2):226-229.

Santos IV, Daltro T, Alves B, Miranda M, Falcão L, Freitas VS. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. *Odontol Clin-Cient.* 2011;10(3):207-10.

Silva B, Corrêa G, Oliveira K, Simões A, Pereira L. Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas da rede pública sobre câncer bucal: Revisão de literatura. *Rev Mult psic.* 2018;12(42): 1018-1026.

Soames IV, Southam JC. Patologia oral. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2008.

Sousa BL de, Lobato BA, Pessin MS, Perez EG, Schmitd LB. Conhecimento dos alunos de Odontologia na identificação do câncer oral. Rev Bras Odontol. 2016;73(3):186–92.

Souza GT, Fonseca LG, Araújo AMB, Freitas DA, Sousa Árlen AD de. Conhecimento de estudantes de Odontologia sobre os fatores de risco para o câncer bucal. Arq Odontol 2017;53(12):1-9.

Sujir N, Ahmed J, Pai K, Denny C, Shenoy N. Challenges in Early Diagnosis of Oral Cancer: Cases Series. Acta Stomatol Croat. 2019;53(2):174–80.

Torres SVS, Sbegue A, Cecília S, Costa B, Vidal S, Torres S. A importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idosos The importance of early diagnosis of oral cancer in the elderly. Rev Soc Bras Clin Med. 2016;14(1):57-62.

Virgínio J de F, Santos FLP dos, Oliveira JJM de, Farias MF, Tôrres BO, Félix SS da S. Percepção dos acadêmicos de Odontologia sobre câncer bucal. Arch Health Invest. 2020;9(1).

World Health Organization (WHO). International Agency for Research on Cancer (IARC). A digital manual for the early diagnosis of oral neoplasia [Internet]. France: IARC [cited 2013 Nov 21]. Available from: <http://screening.iarc.fr/atlasoral.php?lang=1>.

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do conhecimento de estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico precoce do câncer de boca

Pesquisador: Fernanda Mombriini Pigatti

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41906920.6.0000.5147

Instituição Proponente: Campus Avançado Governador Valadares -UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.617.491

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendidos, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa, além de mostrar que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo CEP. O

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.617.491

orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; com a Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; com o Manual Operacional para CEPS Item: VI - c.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 20/08/2021.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.617.491

projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1682706.pdf	18/02/2021 17:26:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_v2_18fev_2021.pdf	18/02/2021 17:25:41	Fernanda Mombri Pigatti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_v2_18fev_2021.docx	18/02/2021 17:25:20	Fernanda Mombri Pigatti	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados_Hemily.pdf	18/12/2020 16:29:38	Fernanda Mombri Pigatti	Aceito
Outros	Termo_de_sigilo_Hemily.pdf	18/12/2020 16:29:23	Fernanda Mombri Pigatti	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura_Hemily.pdf	18/12/2020 16:27:41	Fernanda Mombri Pigatti	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Hemily.pdf	18/12/2020 16:27:28	Fernanda Mombri Pigatti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 29 de Março de 2021

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO B - Instruções aos autores preconizadas pelo periódico HU Revista



Instruções aos autores (2022)

ESCOPO E POLÍTICA

A HU Revista é um jornal científico que tem como missão a divulgação do conhecimento científico nas Ciências da Saúde, em forma científica por meio de publicação contínua e on-line, respeitando as indicações de qualidade, junto à comunidade de pesquisadores de área, em nível regional, nacional e internacional. Assim, contempla publicações nas grandes áreas de saúde: Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia e Biociências, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Nutrição, Psicologia e Saúde Social. A HU Revista é indexada nos bases de dados: National Library of Medicine (NLM), Index Medicus, Latin American Literature (LILACS), Index of Scientific Literature in Education and Health (INSPIRE), Periodicals (COP) e Directory of Open Access Journals (DOAJ).

Esta periódico adota a licença Creative Commons CC-BY Attribution 4.0 International. Toda licença permite que autores distribuam, recriem, adaptem e criem a partir de seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

CUSTO DE PUBLICAÇÃO

Não há cobrança aos autores para submissão de manuscritos e nem mesmo para processamento dos artigos.

DAS NORMAS GERAIS

Inicialmente, a equipe editorial avalia se o artigo cumpre os requisitos normativos da HU Revista. Para avaliação e aceitação, os artigos devem ser escritos em língua portuguesa ou inglesa. Ao submeter um manuscrito para a HU Revista, entendemos que o artigo não está sendo considerado para publicação em outra periódico.

São recomendações gerais a inclusão dos documentos necessários em formato digital (Microsoft Office, Microsoft Word):

1. Folha de rosto;
2. Manuscrito sem identificação dos autores, incluindo:
 - a. Título em português;
 - b. Resumo e abstract estruturados;
 - c. Palavras-chave e Key-words provenientes dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS/MeSH);
 - d. Referências em formato Vancouver (norma disponível na National Library of Medicine);
 - e. Títulos (ajustados aos padrões da HU Revista); e
 - f. Figuras (ajustadas aos padrões da HU Revista);
3. O tamanho dos documentos não deve ultrapassar 20 MB.

A HU Revista tem o direito de submeter todos os manuscritos ao Corpo Editorial, que está autorizado a determinar a conformidade de sua aceitação, ou devolvê-los aos autores com sugestões e modificações no texto e/ou para adaptação às regras editoriais de Revista.

Assim, se o artigo não atender às exigências, retornará aos autores para adequação de formatação e conteúdo (peer review). Se os manuscritos cumprirem as normas, o artigo será enviado aos editores de seção para submeterem revisões por pares aos avaliadores gerando relatório sobre o trabalho (opinião de editores de seção). Os revisores podem considerar o artigo como aceito, rejeitado ou solicitar correções obrigatórias.

CORREÇÃO DAS PROVAS TIPOGRÁFICAS

- A folha de prova será enviada ao autor responsável por meio de correio eletrônico em formato PDF para aprovação final.
- O autor terá um prazo de 5 dias para correção.
- Apenas pequenas modificações (ortografia, verificação de citações), se forem mais extensas, provavelmente implicará em reavaliação pelos editores do Corpo Editorial e atraso na publicação do artigo.
- A inclusão de novos autores não é permitida nesta fase do processo de publicação, salientando que o número de autores é definido no arquivo de Folha de Rosto.
- É de inteira responsabilidade do autor receber e usar de seus nomes científicos, instituições filiadas e endereço de correspondência de um autor.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Pré-análise: os trabalhos serão submetidos aos editores associados e cheis para aprovação quanto à adequação ao escopo da Revista. Caso não esteja dentro dos parâmetros esperados serão rejeitados e devolvidos aos autores.

Revisão técnica: os trabalhos serão avaliados quanto ao cumprimento das normas de publicação e da conformidade exigidas nos submissões dos manuscritos. Em caso de descumprimento com as instruções, serão devolvidos aos autores para as devidas adequações antes de serem submetidos à avaliação pelos editores de seção e revisores. Caso parte desta etapa, todos os manuscritos serão submetidos à verificação de originalidade e combate ao plágio por meio de programa especializado.

Revisão de conteúdo: realizada por editores de seção, no mínimo dois revisores por artigo, além do Editor-chefe.

- O Editor-chefe decidirá sobre a aceitação do manuscrito. Quando necessário, período do original, o manuscrito será devolvido ao autor correspondente para modificação. Uma revisão realizada com as alterações efetuadas deverá ser enviada pelos autores e reaprovada pelo Editor-chefe, editores de seção, associados e revisores (conforme necessidade).
- Toda avaliação quanto ao artigo não são realizadas durante todo o processo de avaliação dos artigos.
- Os revisores emitirão nos artigos publicados sobre de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo obrigatoriamente o espírito do Corpo Editorial.
- Após aprovação quanto à publicação, os artigos serão submetidos a edição layout. Em caso de adequação, serão encaminhados aos autores para correção.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Folha de rosto

Deverá ser enviada arquivo em formato digital (Microsoft Office, Microsoft Word), sempre em português.

- Título em português;
- Título em inglês;
- Título curto (até 50 caracteres);
- Designar área de submissão e subárea, conforme tabela de áreas do conhecimento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq);
- Inserir nomes completos dos autores (sem abreviação) com respectivos números de identificação, como supervisor (PIPI), para identificação de instituições e que posteriormente, incluindo verificação quanto ao número de autores de acordo com número estipulado em seção dos artigos (sem siglas de artigos);
- Inserir apenas as filiações institucionais, incluindo a cidade e estado de instituição (não incluir filiação). Caso alguns autor tenha participado de programas de fomento à pesquisa, não pode ser indicado logo após o filiação institucional do destinatário. Exemplo: *Programa de Pós-graduação em Física - Universidade Federal do Rio de Janeiro*;
- Incluir endereço de correspondência, e-mail(s) e telefone de contato de um dos autores (informações pessoais fornecidas não serão divulgadas);
- Incluir texto relacionado a atividades de interesse (Número de palavras no resumo, ex-

Título

TÍTULO

Objeto curto: até 70 caracteres

Área de Conhecimento:

Subárea:

Autores:
 Coautor:
 Coautor:
 Coautor:
 Coautor:
 Coautor:

¹ Departamento de Clínica Odontológica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.
² Departamento de Cirurgia Oral e Maxilofacial, Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Brasil.
³ Pós-Graduação em Implantodontia, Pós-Graduaçã, Iuperema, Faculdade de Ciências Médicas e Saúde de Juiz de Fora, Brasil.

Autor para correspondência: Identificar autor ou coautor
 Endereço: avenida 26 de setembro, 525/505, Vila Isabel, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 21010-200.
 E-mail: preenchimento obrigatório
 Tel: (XX) XXXXXXXX

Formato do manuscrito:
 Número de palavras do resumo: ____
 Número de palavras-chave: ____
 Número de palavras do corpo de texto: ____
 Número de figuras: ____
 Número de tabelas: ____

Figura 1. Exemplo da folha de rosto.

Palavras-chave, palavras chave do texto, figuras e tabelas:

- A formatação deste documento deve ser semelhante à formatação de folha de rosto (modelo de folha de rosto);
- Esta folha de rosto deve ser submetida como documento suplementar (Transferência de documentos suplementares - passo 4 da submissão eletrônica);
- As informações pessoais fornecidas (endereço e telefone) não para uso interno da Revista e não serão publicadas.

Na figura 1, os autores devem verificar a formatação de modo para folha de rosto.

Seções dos artigos

A equipe editorial da Revista avaliará como contribuição para publicação, os artigos pertencentes a seguintes seções:

Editorial: exclusivamente, o corpo editorial da HU Revista irá convidar um autor para conferência, desde tipo de texto científico. Os autores deverão limitar o texto a 1000 palavras, 10 palavras-chave e respectivas Key-words, incluindo título, inclusive em inglês. Não haverá possibilidade de apresentar resumo. A autoria desses artigos deve constar um autor principal e, no máximo, 2 coautores.

Artigo original

- **Artigo original:** estudos originais e não publicados que contribuam para agregar novos conhecimentos e melhorar conhecimentos sobre o objeto pesquisado relacionado ao escopo da grande área de saúde. É obrigatório que as pesquisas desenvolvidas nesse formato ou artigos (desde análise de banco de dados retrospectivos, aplicação e desenvolvimento de intervenções terapêuticas) tenham parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição filada. Nessa categoria, os documentos devem cumprir os seguintes itens: INTRODUÇÃO, MATERIAIS E MÉTODOS, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS. Especificamente, os estudos com abordagens qualitativas deverão conter INTRODUÇÃO, MÉTODOS, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS. Esses artigos também podem apresentar os RESULTADOS e DISCUSSÃO juntos. Os artigos são limitados a 4000 palavras (incluindo autores que completam os agradecimentos, folha de rosto, resumo, abstract, referências, tabelas, legendas de figuras e notas de rodapé) e mínimo de 20, máximo de 40 referências. A autoria desses artigos deve constar um autor principal e, no máximo, 7 coautores.
- **Revisão sistemática e/ou meta-análise:** cada artigo desta categoria deve ser capaz de fornecer uma revisão de literatura sistemática baseada em evidências, utilizando métodos científicos para avaliação de evidências científicas (PRISMA e MOOSE Statement). Deve ser especificado no título que consiste de uma revisão sistemática ou meta-análise. Nessa categoria, os documentos deverão conter INTRODUÇÃO, MATERIAIS E MÉTODOS, RESULTADOS, DISCUSSÃO e REFERÊNCIAS. Os artigos são limitados a 3000 palavras (incluindo autores que completam os agradecimentos, folha de rosto, resumo, abstract, referências, tabelas, legendas de figuras) e não há limitação para referências. A autoria desses artigos deve constar um autor principal e, no máximo, 7 coautores.

Revisão de conteúdo

- **Revisão de conteúdo:** realizada por editores de seção, no mínimo dois revisores por artigo, além do Editor-chefe.
- **Revisão técnica:** os trabalhos serão avaliados quanto ao cumprimento das normas de publicação e da conformidade exigidas nos submissões dos manuscritos. Em caso de descumprimento com as instruções, serão devolvidos aos autores para as devidas adequações antes de serem submetidos à avaliação pelos editores de seção e revisores. Caso parte desta etapa, todos os manuscritos serão submetidos à verificação de originalidade e combate ao plágio por meio de programa especializado.
- **Revisão de conteúdo:** realizada por editores de seção, no mínimo dois revisores por artigo, além do Editor-chefe.
- **Revisão de conteúdo:** realizada por editores de seção, no mínimo dois revisores por artigo, além do Editor-chefe.

Revisão de conteúdo

- **Revisão de conteúdo:** realizada por editores de seção, no mínimo dois revisores por artigo, além do Editor-chefe.
- **Revisão de conteúdo:** realizada por editores de seção, no mínimo dois revisores por artigo, além do Editor-chefe.
- **Revisão de conteúdo:** realizada por editores de seção, no mínimo dois revisores por artigo, além do Editor-chefe.
- **Revisão de conteúdo:** realizada por editores de seção, no mínimo dois revisores por artigo, além do Editor-chefe.

SÃO, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS. Os manuscritos devem ser limitados a 2000 palavras e 15 referências. Os resumos devem ser estruturados como os da seção de Artigo Original. A autoria desses artigos deve contemplar um autor principal e, no máximo, 4 coautores.

- **Carta ao editor:** categoria que permite aos autores discutir pontos críticos de publicações prévias. Para esta categoria, não é necessário resumo (abstract) e nem estruturação em tópicos de introdução, métodos etc. As cartas devem ter ênfase ao que se deseja questionar e discutir de forma clara e clara os artigos, exclusivamente publicados na HU Revista. As cartas ao editor serão limitadas a 1000 palavras, 5 referências, quando necessário, apenas 2 figuras. A autoria desses artigos deve contemplar um autor e dois coautores.
- **Resposta dos autores:** categoria que permite aos autores responderem ao item anteriormente descrito. As respostas devem ser objetivamente aos itens discutidos. As respostas devem ser limitadas a 600 palavras e podendo ser incluído até 3 referências. A autoria da resposta é exclusivamente para o autor principal.

Relembramos que os artigos submetidos só seguirão no processo editorial caso o documento esteja adequado ao padrão de formatação. Quando forem identificadas inadequações, haverá o retorno do arquivo para os autores e a avaliação só prosseguirá após o ajuste. Na tabela 1, é descrito o resumo das diretrizes para publicação na HU Revista.

PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS

Título

O artigo deve apresentar título em português e inglês, com no máximo 220 caracteres, sendo apenas a primeira letra maiúscula, utilizando negrito no título em português, evitando abreviações de termos e identificações de cidades/instituições.

Referencialmente, os termos "relato de caso/experiência" e "revisão sistemática e/ou meta-análise" devem ser inseridos no título dos manuscritos.

Estruturação de resumos

- **Objetivo:** a proposta do estudo (hipótese sendo testada).
- **Material e métodos/Métodos/Relato de caso ou de experiência:** apresentar desenho do estudo, definição de grupo amostral, tratamentos ou intervenções, tipos de análises estatística.
- **Resultados:** indicar dados representativos dos resultados, se apropriado, a os de significância estatística. Não incluir esta tópico em Relato de Caso ou de Experiência.
- **Conclusão:** o que foi mais significativo dos resultados, respondendo a proposta do estudo.

As categorias **Comunicação Breve, Carta ao Editor e Resposta dos Autores** não deverão apresentar resumos e/ou abstracts.

Palavras-chave

Citar entre 3 a 5 palavras-chave. Deverão ser baseadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicados pela BIREME, disponível no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br>. As palavras e/ou expressões devem ser separadas entre si por ponto e vírgula, obrigatoriamente, iniciando com letra maiúscula em cada palavra. Para os *key-words*, deverão ser citados por meio de termos correspondentes às palavras-chave.

Formatação textual

O corpo do texto deverá apresentar fonte Verdana, tamanho 12. O espaçamento entre linhas do corpo textual (INTRODUÇÃO até CONCLUSÃO) deverá ser 1,5 linhas. Exceto para títulos de tabelas e legendas de figuras, que deverá ser espaçamento simples. As margens superiores deverão ter 2,5 cm e as margens laterais, 3 cm.

Ao longo do corpo textual, não deverá ser utilizado negrito, exceto para os títulos do artigo (descrito abaixo). Os destaques em itálico nos trechos do corpo textual só serão permitidos para denominações em língua inglesa, terminologias científicas de espécies (como, por exemplo, microrganismos, animais, vegetais etc.).

Os títulos do artigo devem vir com caixa alta, em negrito e sem pontuação. Os subtítulos deverão ser escritos com apenas a primeira letra de inicial deve ser maiúscula e utilizar negrito.

Tabela 1: Resumo das diretrizes para publicação na HU Revista.

TIPOS	TIPO DE SUBMISSÃO	NÚMERO MÁXIMO DE AUTORES	RESUMO (Nº PALAVRAS)	NÚMERO DE PALAVRAS-CHAVE	CONTAGEM DE PALAVRAS DO TEXTO PRINCIPAL	NÚMERO DE REFERÊNCIAS	NÚMERO DE TABELA / FIGURAS
Editorial	Por convite	1 autor e 2 coautores	Não é necessário	3 a 5	1.000	Máximo 10	2
Artigo original	Submissão voluntária	1 autor principal e no máximo 7 coautores	300	3 a 5	4.000	Mínimo 20 Máximo 40	5
Revisão sistemática e/ou meta-análise	Submissão voluntária	1 autor principal e no máximo 7 coautores	300	3 a 5	5.000	Não há limitação para referências	5
Revisões de literatura	Por convite	1 autor principal e no máximo 7 coautores	300	3 a 5	3.500	Não há limitação para referências	5
Relato de caso ou de experiência	Submissão voluntária	1 autor principal e no máximo 4 coautores	300	3 a 5	3.000	Mínimo 15 Máximo 40	3
Comunicação breve	Submissão voluntária	1 autor e 4 coautores	Não	3 a 5	2.000	Máximo 15	3
Carta ao editor	Submissão voluntária	1 autor e 2 coautores	Não	3 a 5	1.000	Máximo 6	2
Resposta dos autores	Submissão voluntária	Autor principal	Não	3 a 5	600	Máximo 3	2

seção do artigo, conforme a quadro 1:

A HU Revista sugere fortemente aos autores a leitura do respectivo guia que encontra no tipo de estudo

Quadro 1: Guia internacional de redação científica para cada tipo de estudo.

Tipo de estudo	Guia Internacional
Estudo clínico randomizado	CONSORT
Estudos observacionais em epidemiologia	STROBE
Revisões sistemáticas e metanálises	PRISMA
Estudos de caso	CARE
Estudos qualitativos	CORDQ
Estudos de Métrica de Qualidade	SQUIRE 2.0

de pesquisa para a elaboração da redação científica.

A seguir, são apresentadas as orientações gerais para a redação de artigos científicos que será submetido à HU Revista.

INTRODUÇÃO

Deverá ser sucinta, apenas para introduzir o tema e explicar a questão pesquisada, sem revisão extensa de literatura. Ao final, apresentar o(s) objetivo(s) do estudo de forma clara e CONCISA. Não deverão existir parágrafos em negrito.

MATERIAL E MÉTODOS

Descrição clara, sucinta e completa dos materiais e métodos utilizados na pesquisa. Especificar o delineamento do estudo/tipo do estudo (para as pesquisas qualitativas, recomenda-se a indicação do referencial metodológico), descrever a população estudada os critérios de seleção dos participantes, definir os procedimentos empregados, detalhar o método para análise de dados qualitativos e estatísticos (indicar qual software, se aplicável, foi utilizado para tratamento e análise dos dados). Quando se aplicar, deve constar as informações sobre a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição. Usado (especificadamente, nome do comitê, número de parecer ou Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - CAAE). Não deverão existir parágrafos em negrito, com exceção quando apresentar autógrafos.

permissão utilizar tabelas ou figuras (gráficas, imagens, fotografias). O autor não deverá repetir as informações contidas na(s) tabela(s) ou figura(s) no corpo do texto, se necessário, poderá descrever e enfatizar os dados mais importantes, sem repetição dos mesmos. Não deverão existir parágrafos em negrito.

Para as pesquisas qualitativas, recomenda-se apresentar depoimentos dos participantes do estudo. As citações devem estar em itálico, no corpo do texto, se necessário, poderá descrever e enfatizar os dados mais importantes, sem repetição dos mesmos. Não deverão existir parágrafos em negrito.

Tabelas: deverão respeitar o número máximo descrito no quadro 01 e ser citadas no texto e numeradas em algarismos arábicos na ordem textual dos resultados, com título (posicionado superiormente das mesmas) e legenda explicativa (se necessário). Deverão ser embutidas no texto após sua primeira citação. Deverão ser abertas nas laterais direita e esquerda, utilizando apenas linhas horizontais no cabeçalho e pé do tabela. Não deve se utilizar linhas verticais.

Ilustrações: deverão resaltar o número máximo descrito no quadro 01 e ser citadas no texto e numeradas em algarismos arábicos na ordem em que se encontram no texto, sempre com legenda explicativa quanto ao tipo de ilustração e título. Considere-se como tipo de ilustração: gráficos, esquemas, fotografias, fluxogramas. Deverão estar adequadamente inseridas no corpo do artigo e suas originais serão anexadas como documentos suplementares, com qualidade satisfatória de resolução de imagem.

As legendas de tabelas e figuras serão indicadas por símbolos (alfanuméricas) e resúlas no mínimo indispensável.

DISCUSSÃO

A discussão deverá resaltar as informações novas e originais obtidas na investigação, possibilitando a interpretação dos resultados e comparações com dados da literatura. Na discussão, haverá possibilidade de os autores explicarem as diferenças ou similaridades dos resultados em artigos originais e revisões sistemáticas, das características e particularidades nos relatos de caso ou experiência, em relação aos estudos anteriormente publicados. Não deverão existir parágrafos em negrito.

CONCLUSÃO

Financiamento

Se houver algum tipo de financiamento, é obrigatório citar a fonte de suporte financeiro para a pesquisa (agências de fomento/financiamento à pesquisa).

Agradecimentos

Os agradecimentos poderão ser registrados referenciando todos aqueles que contribuíram para o desenvolvimento do estudo, mas não se encontram listados como coautores.

Conflito de interesses

Todos os autores deverão declarar quaisquer relações financeiras ou pessoais com outras pessoas ou organizações/empresas que poderiam influenciar no estudo, e consequentemente, nos resultados (risco de viés).

Citações das referências no texto

As citações das referências no corpo textual do manuscrito poderão ser feitas de duas maneiras:

1. Numérica por meio de superíndice, sendo citadas em ordem crescente nos parágrafos; e
- II. Alfanumérica sem indicar o ano (quando o autor é citado no texto).

Os autores devem prestar atenção para as citações de acordo com o número de autores das referências. Observe as seguintes especificações:

- Um autor: *Meiri¹*
 - Dois autores: *Ferreira e Santos^{1,2}*
 - Três ou mais autores: *Silva et al¹*
- Em caso de três ou mais autores, o primeiro autor pode ser citado seguido de "et al" e superíndice da referência (sem itálico e sem ponto). Não se aceita "e outros" e nem "colaboradores".

REFERÊNCIAS

As referências deverão obedecer aos requisitos uniformes requerimentos for manuscrito submetido to HU medical Journals - Vancouver. Os autores devem estruturar as referências de acordo com seguintes critérios:

- Toda referência deverá ser citada no texto. Elas devem ser ordenadas de acordo com sua apresentação no texto e numeradas sequencialmente em ordem crescente. As abreviações dos

de referências:

- Cada seção do artigo tem número específico de referências, os autores devem conferir essas informações já descritas;
- Listar os nomes dos 5 primeiros autores dos artigos referenciados. Quando o número de autores exceder este número, os 5 primeiros autores devem ser citados, seguidos pela expressão "et al", que deve ser seguida por ponto e sem itálico. Ex: Souza PJ, Loures L, Teixeira RB, Duarte MB, Alves DA, Santiago RC et al.

Exemplos de referências

Livro: Murray PR, Rosenthal KE, Katayashi GS, Walter MA. *Medical microbiology*. 4th. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulo de livro: Kuster AT, van Beckhoven K, Ernst NH. Chemical of trace metals in herbaceous vegetation. In: Fanta A. *Forest dynamics research in Western in Central Europe*. Washington: Potz; 1988. p. 149-170.

Artigo de periódico científico: Lopes PR, Ribeiro GD, Rocha AC, Carvalho PA, Alves FA. Surgical therapy for bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: 4-year experience of a single institution. *J Oral Maxillofac Surg*. 2015; 73(7):1288-95.

Artigo com mais de 6 autores: Lima PB, Brasil VLT, Castro JF, de Moraes Ramos-Pereira, Alves FA, Ariza Pantoja PG, et al. Knowledge and attitudes of Brazilian dental students and dentists regarding bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. *Support Care Cancer*. 2015; 23(12):3421-26.

Artigo de periódico com DOI: Wojcik F, Simco R, Daxler H, Schicho K, Seemann R. Evaluation of an experimental oblique plate for osteosynthesis of mandibular condyle fractures. *Oral Surg Oral Med Oral Radiol Endod*. 2017; 124(6):537-41. doi: 10.1056/s0881-2017-09-004

Artigo de periódico *ahead of print*/in press/ *forthcoming*: Hsu R, Chiu SE, Chou YK, Dillner BC, Li J, Yeh RT. Should short-term use of alcohol containing mouthrinses be avoided for fear of worsening periodontitis? *J Oral Rehabil*. *Forthcoming* 2017. doi: 10.1111/jor.12587

Mama [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2001.

Consulta a sites eletrônicos: World Health Organization. Geneva: Health, history and hard choices: Funding dilemmas in a fast in a fast-changing world; c2006 [cited 2008 Dec 02]. Available from: http://www.who.int/global_health_histories/seminars/presentation07.pdf.

ADEQUAÇÃO DE FORMATAÇÃO (DESK REVIEW)

Os autores receberam um e-mail solicitando adequações de formatações quando os arquivos submetidos não estiverem nos parâmetros exigidos pela HU Revista, sendo essencial que os autores façam as correções para que os artigos sigam o fluxo editorial.

Importante:

- Manuscrito de acordo com as normas anteriormente descritas;
- Em investigações com seres humanos ou animais, enviar o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa;
- As tabelas apresentadas em formato editável;
- As figuras com nitidez adequada, evitando qualquer identificação dos indivíduos envolvidos;

APÓS REVISORES DESIGNAREM CORREÇÕES OBRIGATÓRIAS, COMO OS AUTORES DEVEM PROCEDER COM SUAS CORREÇÕES

Os autores deverão responder aos questionamentos feitos pelos avaliadores no início do corpo do artigo, antes do Título, com letra em cor vermelha, identificando para qual avaliador são designadas as respostas. Em seguida, realizar as correções que considerarem pertinentes, no corpo do manuscrito, em letra com cor em fonte vermelha. É importante manter o sigilo do arquivo original.