

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MESTRADO EM CLÍNICA INTEGRADA

ANA LUÍSA DE ATAÍDE MARIZ

**AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE BUCAL E IMPACTO DO
TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM ADOLESCENTES VÍTIMAS
DE ABUSO SEXUAL**

Dissertação apresentada ao Colegiado da Pós-Graduação em Clínica Odontológica Integrada do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Clínica Odontológica Integrada.

Orientador: Prof. Dr. Claudio Heliomar Vicente da Silva

Co-orientador(a): Profa. Dra. Lúcia Carneiro de Souza
Beatrice

RECIFE-PE

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITOR DA PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

COORDENADOR DA PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Prof. Dr. Jair Carneiro Leão

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MESTRADO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRADA

COLEGIADO

Profa. Dra. Alessandra Albuquerque T. Carvalho

Prof. Dr. Anderson Stevens Leônidas Gomes

Prof. Dr. Carlos Menezes Aguiar

Prof. Dr. Claudio Heliomar Vicente da Silva

Prof. Dr. Geraldo Bosco Lindoso Couto

Prof. Dr. Jair Carneiro Leão

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

Profa. Dra. Lúcia Carneiro de Souza Beatrice

Profa. Dra. Renata Cimões Jovino Silveira

SECRETARIA

Oziclere de Araújo Sena

Mariz, Ana Luísa de Ataíde

Autopercepção da saúde bucal e impacto do tratamento odontológico em adolescentes vítimas de abuso sexual / Ana Luísa de Ataíde Mariz. – Recife: O Autor, 2010.

65 folhas: il., fig., tab. e quadros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Odontologia, 2010.

Inclui bibliografia, anexos e apêndice.

1. Odontologia. 2. Saúde bucal. 3. Violência sexual. 4. Autopercepção. I. Título.

616.314
617.6

CDU (2.ed.)
CDD (20.ed.)

UFPE
CCS2010-110

Ata da 95ª Defesa de Dissertação do Curso de Mestrado em Odontologia com área de Concentração em Clínica Integrada do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 01 de março de 2010.

Às 10:00(dez horas) do dia 01 (UM) do mês de março do ano de dois mil e dez, reuniram-se no auditório do Curso de Pós Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, os membros da Banca Examinadora, composta pelos professores: Profa. Dra. JUREMA FREIRE LISBOA DE CASTRO , atuando como presidente, Profa. Dra. SILVIA REGINA JAMELLI, atuando como primeiro examinador. Profa. Dra. ALESSANDRA DE ALBUQUERQUE TAVARES CARVALHO , atuando como segundo examinador, para julgar o trabalho intitulado **“AUTOPERCEPÇÃO DA SAUDE BUCAL E IMPACTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM ADOLESCENTES VITIMAS DE ABUSO SEXUAL”**, da mestrandia ANA LUÍSA DE ATAÍDE MARIZ, candidata ao Grau de Mestre em Odontologia, na Área de Concentração em CLÍNICA INTEGRADA, sob orientação do Prof.Dr. CLAUDIO HELIOMAR VICENTE DA SILVA e Co-orientação da Profa.Dra. LUCIA CARNEIRO DE SOUZA BEATRICE. Dando início aos trabalhos a Profa. Dra. ALESSANDRA DE ALBUQUERQUE TAVARES CARVALHO, membro do Programa de Pós Graduação em Odontologia abriu os trabalhos convidando os senhores membros para compor a Banca Examinadora, foram entregues aos presentes cópias do Regimento Interno do Curso de Mestrado em Odontologia, que trata dos critérios de avaliação para julgamento da Dissertação de Mestrado. A presidente da mesa após tomar posse conferiu os membros, seguindo convidou a CD. ANA LUISA DE ATAÍDE MARIZ., para expor sobre o aludido tema, tendo sido concedido trinta minutos. A candidata expôs o trabalho e em seguida colocou-se a disposição dos Examinadores para arguição. Após o término da arguição os Examinadores reuniram-se em secreto para deliberações formais. Ao término da discussão, atribuíram a candidata os seguintes conceitos: Profa. Dra. SILVIA REGINA JAMELLI (**APROVADA**), Profa.Dra.ALESSANDRA DE ALBUQUERQUE TAVARES CARVALHO,(**APROVADA**), Profa. Dra.JUREMA FREIRE LISBOA DE CASTRO , (**APROVADA**), a candidata recebeu três conceitos (**APROVADA**) é considerada (**APROVADA**), devendo a candidata acatar as sugestões da Banca Examinadora de acordo com o Regimento Interno do Curso, face a aprovação, fica a candidata, apta a receber o Grau de Mestre em Odontologia, cabendo a Universidade Federal de Pernambuco através de sua Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós Graduação, tomar as providências cabíveis. Nada mais

havendo a tratar, O Presidente da Banca Examinadora encerrou a sessão e para constar foi lavrada a presente ata que vai por mim assinada, Oziclere Sena de Araújo e pelos demais componentes da Banca Examinadora e pela recém formada mestre pela UFPE, ANA LUISA DE ATAÍDE MARIZ.

Recife, 01 de março de 2010.



Profa. Dra. JUREMA FREIRE LISBOA DE CASTRO
Presidente



Profa. Dra. SILVIA REGINA JAMELLI
1º Examinador



Profa. Dra. ALESSANDRA DE ALBUQUERQUE TAVARES CARVALHO
2º Examinador



Ana Luisa de Ataíde Mariz

DEDICATÓRIA

Ao meu filho Rafael Mariz de Mesquita, que me trouxe ainda mais alegria de viver e ao meu marido, Gilberto Mesquita, pelo amor e pela presença que me completa todos os dias.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Pernambuco na pessoa do Magnífico Reitor Professor Doutor Amaro Henrique Pessoa Lins por subsidiar toda a estrutura necessária à conclusão deste trabalho;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação;

À Pró-Reitoria para assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco;

Ao Centro Dom Hélder Câmara (CENDHEC) que abriu as suas portas possibilitando a realização deste trabalho, apoiando e incentivando desde o início a iniciativa deste estudo.

Ao Serviço de Odontologia do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros pela colaboração durante os atendimentos odontológicos;

Ao meu orientador Prof. Dr. Claudio Heliomar Vicente da Silva pelo incentivo constante;

A minha co-orientadora Prof^a Dr^a Lúcia Carneiro de Souza Beatrice;

A todos os professores da pós-graduação pelos conhecimentos compartilhados;

A Psicóloga Isabel Ribeiro da Silva, responsável pelo serviço de psicologia do CENDHEC, pela dedicação e colaboração no acompanhamento psicológico dos jovens participantes do estudo, essencial no desenvolvimento do presente trabalho.

A Psicóloga Clínica Heliani Ribeiro pela importante participação na análise dos resultados;

Aos graduandos em Odontologia Symmone Leandro Araújo e Luís Antônio Negrinho pela fundamental motivação e empenho dedicados a esta pesquisa;

Ao meu pai, Prof. Dr. Luiz Alberto da Costa Mariz do Curso de Administração da Universidade Federal de Pernambuco, pela valiosa contribuição na análise qualitativa dos dados;

A SDI pela doação de materiais que viabilizou a realização do tratamento odontológico dos jovens participantes do estudo;

Aos meus pais, Maria Suzana e Luiz Alberto Mariz, fiéis amigos, pelo amor incondicional e apoio diário, que sempre me fizeram acreditar;

Ao meu único e querido irmão, Henrique de Ataíde Mariz, pela amizade e cumplicidade indispensável em minha vida;

À minha sempre amiga, a cirurgiã-dentista doutouranda, Renata Pedrosa Guimarães pela importante colaboração neste estudo não só pela participação nos atendimentos odontológicos, mas principalmente pelo leal companheirismo e incentivo que não me deixaram desanimar nos momentos mais difíceis.

Aos colegas de turma do curso de Mestrado, Catarina Brasil, Natalia Carvalho, Talita Ribeiro, Camila Arcoverde, Raphaela Silva, Michellini Sedycias, Klécio Alves, Felipe Bravo, Thaís Malheiros, Cláudia Brayner, Arnaldo Pereira, Daniela Mendes e Bruna Farias pelos bons momentos compartilhados;

Aos funcionários da pós-graduação pela colaboração diária;

Aos pacientes da pesquisa;

E a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	09
LISTA DE TABELAS	10
APRESENTAÇÃO	11
ARTIGO 1: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO ODONTOLÓGICO DE ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL	13
RESUMO	14
ABSTRACT	14
INTRODUÇÃO	15
METODOLOGIA	16
RESULTADOS	18
DISCUSSÃO	21
CONCLUSÃO	24
AGRADECIMENTOS	24
REFERÊNCIAS	25
ARTIGO 2: AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL E IMPACTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL.	28
RESUMO	29
ABSTRACT	29
INTRODUÇÃO	30
METODOLOGIA	32
RESULTADOS	36
DISCUSSÃO	40
CONCLUSÃO	46
AGRADECIMENTOS	47
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICE	50
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	50
ANEXOS	52

Anexo A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	52
Anexo B – Normas para publicação da Revista de Saúde Pública	53
Anexo C – Normas para publicação da Revista Cadernos de Saúde Pública	62

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ARTIGO 1

Quadro 1: Questionário aplicado para avaliação do conhecimento sobre aspectos odontológicos	17
Quadro 2: Resultados obtidos no eixo temático “conhecimento sobre doenças bucais”	18
Quadro 3: Resultados obtidos no eixo temático “conhecimento sobre prevenção das doenças bucais”	20
Quadro 4: Resultados obtidos no eixo temático “acesso à consulta odontológica”	21

ARTIGO 2

Quadro 1: Questionário aplicado para avaliação da autopercepção e autoestima relacionadas à saúde bucal	33
Quadro 2: Resultados obtidos no eixo temático 1 – autopercepção de saúde bucal	38
Quadro 3: Resultados obtidos no eixo temático 2 – autoestima relacionada ao sorriso	39
Quadro 4: Evolução do acompanhamento psicológico dos adolescentes participantes do estudo	40
Figura 1: Aspecto clínico e radiográfico inicial dos adolescentes participantes do estudo	42
Figura 2: Evolução do tratamento clareador do adolescente A	45
Figura 3: Evolução do tratamento do adolescente B após clareamento dental e plástica do sorriso	45
Figura 4: Evolução do tratamento clareador do adolescente D	45

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1: Procedimentos odontológicos realizados nos adolescentes atendidos no estudo.

40

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação foi desenvolvida no formato de artigos que serão enviados a revistas especializadas na área de Saúde Pública. A pesquisa bibliográfica foi realizada através de bases de dados eletrônicos (Pubmed, MEDLINE, LILACS e BBO) bem como livros didáticos tendo como palavras-chave: saúde bucal, educação em saúde, violência sexual, autopercepção, auto-estima e Odontologia. Dois artigos foram desenvolvidos segundo a proposição do estudo: o primeiro, intitulado **CONHECIMENTO ODONTOLÓGICO DE ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL** a ser encaminhado a **Revista de Saúde Pública**, teve o objetivo de avaliar o grau de conhecimento odontológico de adolescentes vítimas de abuso sexual. Esta etapa foi essencial para o estudo, uma vez que auxiliou a avaliação da autopercepção de saúde bucal dos jovens participantes do estudo. O segundo artigo, intitulado **AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL E IMPACTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL** que será enviado à revista **Cadernos de Saúde Pública** teve o objetivo de analisar a autopercepção de saúde bucal de jovens vítimas de violência sexual, bem como verificar a relação do tratamento odontológico na autoestima destes jovens, observando a contribuição da Odontologia na assistência multidisciplinar aos adolescentes vítimas de violência sexual. Seis jovens vítimas de abuso sexual participaram deste estudo. Um questionário foi aplicado para análise da autopercepção de saúde bucal antes e após a realização do tratamento odontológico que propôs a solução de todos os problemas clínicos apresentados. Uma psicóloga acompanhou os jovens desde o início dos atendimentos odontológicos no intuito de auxiliar a avaliação das

mudanças observadas. Os resultados encontrados evidenciaram que a autopercepção de saúde bucal dos jovens participantes do estudo foi bastante consistente, pois se mostrou coerente com relação à realidade clínica apresentada e foi observado um aumento da autoestima destes jovens após a conclusão do tratamento odontológico que contribuiu na assistência multidisciplinar às vítimas de violência sexual, uma vez que proporcionou melhoria da socialização e da qualidade de vida.

ARTIGO 1: Revista de Saúde Pública

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO ODONTOLÓGICO DE
ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL**

Avaliação do Conhecimento Odontológico...

**DENTISTRY KNOWLEDGE EVALUATION OF ADOLESCENTS
VICTIMS OF SEXUAL ABUSE**

Dentistry Knowledge Evaluation...

Ana Luísa de Ataíde MARIZ

Mestranda em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco – Recife – PE – Brasil

Symonne Leandro ARAÚJO

Graduanda em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco – Recife – PE - Brasil

Luiz Antônio NEGRINHO

Graduando em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco – Recife – PE - Brasil

Lúcia Carneiro de Souza BEATRICE

Professora Adjunto Doutora da Universidade Federal de Pernambuco – Recife – PE – Brasil

Claudio Heliomar VICENTE DA SILVA

Professor Adjunto Doutor da Universidade Federal de Pernambuco – Recife – PE – Brasil

Autor para correspondência:

Claudio Heliomar VICENTE da SILVA

Rua Jorge Couceiro da Costa Eiras, 443, Apto 2403, Boa Viagem. Recife - PE - Brasil

CEP: 51021-300.

Email: claudioheliomar@uol.com.br Telefones: (81) 3463 - 0025 / 9900 - 9307

RESUMO

Objetivou-se avaliar o grau de conhecimento odontológico de adolescentes vítimas de abuso sexual. Foi utilizada neste estudo uma metodologia qualitativa que priorizou o aprofundamento e compreensão das respostas obtidas. Seis adolescentes, ambos os gêneros, vítimas de abuso sexual nos últimos dois anos, na faixa etária de 10 a 15 anos, participaram do estudo. Um questionário que abordou o conhecimento sobre saúde bucal foi aplicado individualmente e as respostas obtidas, analisadas através da modalidade de análise de conteúdo. Os dados coletados foram categorizados nos seguintes eixos temáticos: 1- conhecimento sobre doenças bucais; 2- conhecimento sobre prevenção das doenças bucais e 3- acesso à consulta odontológica. Os resultados demonstraram que os jovens participantes deste estudo possuíam pouco conhecimento sobre doenças bucais e seus meios de prevenção, bem como apresentavam acesso limitado aos serviços odontológicos. Concluiu-se, portanto que o conhecimento odontológico dos jovens vítimas de abuso sexual era bastante limitado, uma vez que apresentaram pouca informação sobre doenças bucais e sua prevenção, bem como não possuíam fácil acesso aos serviços de saúde bucal.

Palavras-Chave: Saúde Bucal; Educação em Saúde; Violência Sexual.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the degree of dentistry knowledge by adolescent victims of sexual abuse. It was adopted a qualitative methodology that emphasized the deepening and comprehension of the answers. Six adolescents, from both genders, victims of sexual abuse in the last two years, aged between 10 and 15, took part of the study. A questionnaire that focused the knowledge about oral health was applied individually. The answers were examined through the method of content analysis. Data were categorized into the following thematic axes: 1- knowledge about oral diseases; knowledge about oral disease prevention and 3- access to dental consulting. The results demonstrate that the young people participating in this study had little knowledge about oral diseases and their means of prevention, as well as limited

access to dental services. It is, therefore, concluded that oral health knowledge of adolescent victims of sexual violence was too limited because they present too little information about oral diseases and their prevention as well as did not present easy access to dental services.

Key Words: Oral Health; Education in Health; Sexual Violence.

INTRODUÇÃO

A violência caracteriza-se pelo uso intencional de força física ou poder, real ou por ameaças, contra a própria pessoa, terceiros, grupos ou comunidades, que pode resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação, em que são proeminentes os componentes de intenção e dano e uso do poder para praticar o ato violento.¹

Na atualidade observa-se um aumento na incidência da violência na população de adolescentes e adultos jovens das grandes cidades, que além de gerar um dos mais graves problemas de saúde pública, interfere significativamente no desenvolvimento individual do jovem.²

Assim, é importante que o cirurgião-dentista compreenda que o indivíduo, a partir do momento que está inserido num ecossistema, desenvolve uma relação com os seres vivos e o ambiente físico-social com características naturais e construídas pela ação humana que podem resultar em feitos saudáveis ou insalubres para a vida em geral.³ Certos efeitos de desequilíbrios e desigualdades presentes no ambiente em que se vive podem ser refletidos no campo da saúde. O aumento da violência, a fome, a infância desamparada, a poluição ambiental, entre outros fenômenos, fazem com que a qualidade de vida diminua e coloque em risco a própria sobrevivência do indivíduo.⁴

O abuso sexual ao adolescente, tido como um tipo de violência pode desencadear uma série de conseqüências biopsicossociais relevantes à saúde pública no Brasil. Os efeitos por ele desenvolvidos podem durar a vida inteira da vítima, diminuindo significativamente as suas chances de ter um desenvolvimento integral e saudável.⁵

Jovens vítimas de abuso sexual podem manifestar uma série de complicações psicológicas, como a agressividade, a dificuldade de

relacionamento e, sobretudo, a baixa da auto-estima.^{5,6} Nestas situações pode-se encontrar grande influência do seu estado emocional e das experiências anteriormente vividas na percepção e condição de saúde bucal. Este fato pode agravar-se quando a boca passa a ser entendida, de acordo com Souza⁷ (2003), como um lugar múltiplo de sentidos que carrega significados que se presentificam na cultura e no psiquismo humano; o que amplia as concepções sobre o adoecer bucal e, conseqüentemente das práticas de saúde bucal.

A representação atribuída à boca humana, ainda que não tenhamos consciência disto, passa pelo acumulado de nossas experiências ao longo da vida.⁸ Nesse sentido, é importante ampliar a noção de corpo biológico para além do arranjo funcional de órgãos, células e moléculas, no qual se manifestam doenças. O biológico deve adquirir a conotação do “vivo” e de sua interação sistêmica.⁹

A Odontologia é levada para a interdisciplinaridade, mas ao fazer este movimento se vê diante dos seus limites: há uma subestimação e uma grande dificuldade de compreensão em relação aos fatores externos à boca, principalmente aqueles determinados ou potencializados pela sociedade.¹⁰

Portanto, este estudo objetivou avaliar o grau de conhecimento odontológico de adolescentes vítimas de abuso sexual no intuito de analisar as possíveis influências relacionadas à percepção e condição de saúde bucal de jovens expostos a situações de violência sexual.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – Universidade de Pernambuco (CISAM-UPE) – Parecer nº 040/08.

Para a pesquisa qualitativa foi utilizada uma amostra de conveniência, formada por 06 (seis) adolescentes, ambos os gêneros, vítimas de abuso sexual nos últimos dois anos, na faixa etária entre 10 e 15 anos, atendidos no programa de assistência às vítimas de violência do CENDHEC (Centro Dom Hélder Câmara – Recife – PE). Após a realização de todo o protocolo de atendimento imediato, adotado pela equipe de saúde e da assistência social, a

abordagem dos adolescentes para o estudo foi realizada depois da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos responsáveis e a determinação da psicóloga responsável com relação ao momento apropriado para início das intervenções odontológicas.

Os adolescentes foram entrevistados individualmente, para obtenção de dados de identificação e do seu conhecimento sobre aspectos de interesse odontológico, de acordo com o questionário baseado nos estudos de Unfer e Saliba¹¹ (2000) adaptado e validado às necessidades deste estudo. As perguntas realizadas foram registradas por intermédio de um gravador (Panasonic/RQ -L31), auxiliando no desenvolvimento das discussões pretendidas:

1	Quais os problemas da boca que você conhece?
2	Você sabe o que é a cárie dentária?
3	E o que se deve fazer para não ter a cárie?
4	A alimentação tem alguma influência neste processo?
5	E a escovação? Como deve ser feita?
6	Você já recebeu alguma orientação com relação à higiene oral?
7	Já assistiu alguma palestra sobre cuidados com a saúde bucal?
8	Você costuma ir ao dentista?
9	Quando foi a sua última visita?
10	Você usa flúor?
11	Para que serve o flúor?
12	Onde existe o flúor?

QUADRO 1. Questionário aplicado para avaliação do conhecimento sobre aspectos odontológicos.

As informações referentes ao ato de violência praticada foram coletadas do seu prontuário único, não sendo comentadas, nem mesmo questionadas ao adolescente durante a pesquisa.

Os dados de identificação e sócio-demográficos foram tabulados e os demais, foram analisados qualitativamente, através da modalidade de análise de conteúdo. Esta metodologia de análise de dados qualitativos consiste em desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação.¹² Sendo assim, buscou-se compreender a fala dos entrevistados, contemplando os conteúdos manifestos e implícitos, presentes nas respostas, ordenando e categorizando os dados para análise final, na perspectiva de compreender o objeto de estudo e inferir conhecimentos relacionados ao mesmo.

RESULTADOS

Os resultados da análise descritiva deste estudo demonstraram que a amostra estudada, representada por 06 adolescentes, apresentou idade de 10 a 15 anos, sendo 03 jovens do sexo masculino e 03 do sexo feminino. Apenas um paciente da amostra não freqüentava a escola. Todos os demais estudavam em escolas públicas no Ensino Fundamental.

Embora um dos responsáveis pelos adolescentes apresentasse uma atividade remunerada, todos consideravam a renda mensal familiar insuficiente.

Os resultados foram categorizados em eixos temáticos conforme a análise dos conteúdos e assim foram caracterizados: 1- conhecimento sobre doenças bucais; 2- conhecimento sobre prevenção em doenças bucais; 3- acesso ao serviço odontológico.

As respostas obtidas no eixo temático 1- conhecimento sobre doenças bucais- evidenciaram pouco conhecimento a respeito dos problemas que podem afetar a saúde bucal, exceto os jovens B e C, todos os demais demonstraram conhecer apenas a cárie dentária dentre as afecções que podem afetar a cavidade bucal, porém, nenhum deles foi capaz de explicar a doença (Quadro 2).

		A	B	C	D	E	F	OBSERVAÇÕES
Conhecimento sobre doenças bucais	1. Quais os problemas da boca que você conhece?	Cárie, sensibilidade no dente... e o resto não lembro.	Erosão...canal pode ser um problema, quando precisa fazer; cárie; dente que se mexe do lugar; gengiva que pode sangrar, quando passa fio e escova.	Cárie... aquele bichinho? Qual é o nome?... martelinho? Um pequenininho branquinho....tártaro!! (depois que mencionei), aquele negócio amarelo que agente tem que está limpando? É....placa!!!(depois que ajudei) e só.	Na boca...só a cárie.	Só cárie.	Cáries, só sei isso.	O conhecimento é limitado com relação às doenças que podem afetar a cavidade bucal. Observou-se apenas nos pacientes B e C um conhecimento um pouco mais amplo, porém com esclarecimento insuficiente.
	2. Você sabe o que é cárie dentária?	Muito não. Algo que dói muito. Dói muito muito não...incomoda.	Só sei que é sujeira que faz buraco no dente.	Sei....um bocado de listrinhas no dente.	Não.	Não.	Quando o dente tá furado? São os bichinhos que mordem o dente e ele fica furado depois.	Apesar de todos conhecerem a cárie dentária, nenhum paciente soube explicar como e porquê ela ocorre.

Quadro 2. Resultados obtidos no eixo temático "conhecimento sobre doenças bucais".

Com relação ao eixo temático 2- conhecimento sobre prevenção das doenças bucais (Quadro 3), verificou-se que apesar da maioria dos jovens ter apontado a necessidade de higienização para o controle da doença cárie, muitos deles não sabiam explicar como deveria ser realizada a escovação, nem mesmo mencionaram a importância do uso do fio dental diariamente. Observou-se também desconhecimento por parte de alguns com relação à influência da alimentação e do flúor neste processo. O uso do flúor não foi associado aos cremes dentais, embora alguns reconhecessem a presença deste componente nos cremes dentais disponíveis no mercado. Com exceção de um adolescente os demais relataram jamais ter recebido orientação sobre cuidados com a saúde bucal, nem mesmo na escola que freqüentam. A necessidade de visitas ao dentista como medida de prevenção e rotina não foi mencionada, nem mesmo relatada com algum interesse pelos jovens, apenas um dentre todos relatou ir ao dentista para aplicação de flúor. No entanto, a genitora do mesmo em entrevista anterior mencionou que ele jamais teria ido ao dentista, o que se contradiz ao seu depoimento (Quadro 3).

Conhecimento sobre prevenção das doenças bucais							
E o que se deve fazer para não ter cárie?	A	B	C	D	E	F	OBS.
A alimentação tem alguma influência nesse processo?	Tem. Não se deve comer muita coisa ácida... e só.	Tem, né? Doce prejudica mais do que outras comidas.	Tem. Quando um dente tem buraco, fica dentro do dente...cheio de comida.	Eu acho que não.	Não.	Não. Fora o doce.	Evidenciou-se que a influência da alimentação é menos conhecida.
E a escovação? Como deve ser feita?	Tem que começar com a parte inferior e depois a superior.	Sei lá. Eu sei, mas não sei explicar não.	É...de manhã quando acordar, depois do almoço e antes de dormir.	Como assim? (Expliquei a pergunta). Normal de lado e aqui na frente.	Não...não sei.	De lado, do outro lado, para cima, para baixo, a língua e as bochechas.	Observou-se, quando presente, conhecimento limitado.
Já assistiu alguma palestra sobre cuidados com a saúde bucal?	Já. Faz um tempão...na escola	Não (gesto com a cabeça).	Não.	Não.	Não.	Não.	Evidencia-se, mais uma vez, falta de orientação profissional.
Você já recebeu alguma orientação com relação à higiene oral?	Minha tia.	Não (gesto com a cabeça).	Já (gesto com a cabeça). No colégio.	Não.	Não. Escovo em casa...fazendo bolinha.	Já. Na escola.	Nenhum paciente recebeu orientação profissional quanto à higiene bucal.
Você usa flúor?	Não.	Não (gesto com a cabeça).	Sim. No dentista, e na escola. (Se contradiz ao depoimento da genitora).	Não.	Não.	Não.	Embora, todos tenham relatado escovar os dentes, não fizeram associação com o flúor contido nas pastas de dentes.
Para que serve o flúor?	Para manter os dentes saudáveis.	Sei lá.	Para limpar a boca.	Não sei.	Não sei.	Para as bactérias não chegarem perto da boca...dos dentes.	O flúor foi relacionado à necessidade de saúde.
Onde existe flúor?	Em algumas pastas de dentes, né?...e só ele, puro.	Pasta de dente.	Não sei.	Não sei.	Não sei.	Na farmácia, no médico, no hospital.	A pasta de dente foi a mais citada.

Quadro 3. Resultados obtidos no eixo temático “conhecimento sobre prevenção das doenças bucais”.

As informações coletadas a respeito do eixo temático 3- acesso ao atendimento odontológico (Quadro 4) não foram muito diferentes em relação às demais temáticas analisadas. Foi possível observar que nenhum dentre todos

os jovens entrevistados freqüentava o dentista regularmente para consultas periódicas de prevenção e a maioria nem mesmo lembrava-se da última visita odontológica.

Acesso à Consulta Odontológica		A	B	C	D	E	F	OBSERVAÇÕES
	Você costuma ir ao dentista?	Não.	Só quando tenho algum problema.	Não. Só para colocar flúor.	De vez em quando.	Às vezes.	Muito não. Só vou se eu tô mal mesmo.	Hábito pouco presente com relação às ações preventivas de manutenção da saúde bucal.
Quando foi a sua última visita?	Faz tanto tempo, Drª... eu era pequenininha e estudava ainda na creche.	No ano passado.	Lembro não... (a genitora disse que ele nunca foi).	Faz um bom tempo, já. Não lembro quanto tempo.	Hum... no ano passado.	2008. Só não sei qual foi o mês.	Pouco interesse demonstrado com relação à necessidade de visitas periódicas ao dentista.	

Quadro 4. Resultados obtidos no eixo temático “acesso à consulta odontológica”.

DISCUSSÃO

O presente estudo, baseado numa metodologia qualitativa, não necessitou de uma amostra de representatividade numérica, uma vez que priorizou o aprofundamento e compreensão das respostas obtidas de acordo com Elias et al¹⁴ (2001).

As doenças que afetam os indivíduos não podem ser explicadas somente pelos fatores biológicos que as caracterizam, uma vez que a qualidade de vida, decorrente dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais de uma sociedade, é determinante essencial no processo saúde-doença de um indivíduo.¹⁵

O abuso sexual, sem dúvida, é um fator importante no desenvolvimento psico-social da vítima ^{16,17} difícil de ser enfrentado por parte de todos aqueles que estão envolvidos e, muitas vezes, até os profissionais de saúde, que muito podem contribuir, não sabem como agir diante do problema.¹⁸ De acordo com os resultados obtidos neste estudo, observou-se que todos os adolescentes afetados pela violência sexual pertenciam a classes sociais desfavorecidas e apresentavam pouco conhecimento e informação a respeito dos cuidados necessários à saúde bucal. Gomes et al¹⁹ (2006), afirmaram que os grupos pertencentes às camadas sociais menos favorecidas estão mais vulneráveis à violência, especialmente, aquela relacionada a abusos sexuais.

Os resultados evidenciaram que os adolescentes vítimas de abuso sexual que participaram deste estudo não possuíam conhecimento a respeito das possíveis doenças que podem afetar a cavidade bucal. Apenas a cárie

dentária foi citada, porém, demonstrou-se pouco conhecimento sobre a doença. Alguns fizeram a associação do açúcar com a cárie, entretanto, poucos sabiam como ocorria o processo concordando com Unfer e Saliba (2000). A dor e a cavitação do dente foram dois aspectos que possibilitaram o seu reconhecimento. No discurso do adolescente F, observou-se claramente essa situação, quando o mesmo respondeu sobre *o que é a cárie dentária: Quando o dente tá furado? São os bichinhos que mordem o dente e ele fica furado depois*. Assim como ele, o adolescente B respondeu: *só sei que é sujeira que faz buraco no dente*. Já o reconhecimento da doença pela dor foi bem observado no discurso do jovem A quando o mesmo respondeu: “Algo que dói muito. Dói muito, muito não...incomoda” (Quadro 2).

A concepção de que a cárie dentária é uma doença multifatorial, determinada por fatores associados a medidas simples de prevenção e autocuidado ainda parece ser muito pouco compreendida por essa população. Dentre as medidas necessárias à prevenção das doenças bucais somente foi comentado a questão da higiene oral, que muito embora relatassem a sua importância, não sabiam explicar exatamente como deveria ser realizada. Quando perguntados sobre *como deveria ser feita a escovação* (quadro 3), surgiram algumas respostas: *tem que começar com a parte inferior e depois a superior* (adolescente A); *sei lá. Eu sei, mas não sei explicar não* (adolescente B); *de lado, do outro lado, para cima, para baixo, a língua e as bochechas* (adolescente F). A frequência de escovação só foi citada por um adolescente – *é... de manhã quando acordar, depois do almoço e antes de dormir* (adolescente C) , o uso de creme dental e fio dental não foram mencionados.

Além disso, a influência da alimentação dentro deste processo foi na maioria dos casos citada com relação direta ao doce. Os aspectos relacionados à dieta foram relacionados apenas à ingestão, não mostrando ter relação com a frequência ou a consistência dos alimentos.¹¹ Em resposta à pergunta sobre a influência da alimentação no processo da instalação da cárie dentária (Quadro 3), ressalta-se as respostas: “*Tem. Não se deve comer muita coisa ácida... e só*” (adolescente A); “*Tem né? Doce prejudica mais do que outras comidas*” (adolescente B); “*eu acho que não*” (adolescente D). Embora seja o efeito do alimento um dos mais importantes na etiopatogenia da cárie dentária em virtude da dieta exercer influência no tipo e na quantidade da placa

dentária, produção de ácidos pelos microorganismos, qualidade e quantidade de secreção salivar²⁰, poucos jovens associaram com convicção os hábitos da dieta como determinantes no processo saúde-doença.

O flúor, reconhecido como o método preventivo mais recomendado e utilizado pelos dentistas, foi apontado por alguns jovens como uma necessidade para manutenção da saúde bucal e diferentemente dos resultados obtidos nos estudos de Unfer e Saliba¹¹ (2000) o creme dental foi o local mais citado onde encontrá-lo (quadro 3). Apenas um adolescente associou esta substância como medicamento que poderia ser encontrado em farmácias ou hospitais. Porém, quando perguntados se utilizavam flúor, a maioria dos jovens respondeu que não, mostrando que mesmo aqueles que identificaram a presença desta substância nos cremes dentais não associaram à sua utilização doméstica (Quadro 4).

Dentre todos os jovens entrevistados apenas um mencionou ter assistido a uma palestra sobre cuidados com a saúde bucal na escola e nenhum deles mencionou a importância de frequentar o dentista periodicamente como meio de prevenção e controle para as possíveis doenças da cavidade oral. Estes achados levaram a compreensão de que a falta de assistência profissional pode interferir na percepção de necessidade de tratamento destes jovens. De acordo com os estudos de Martins, Barreto e Pordeus²¹ (2008) a necessidade de tratamento foi menor entre aqueles indivíduos que não obtiveram informações sobre como evitar problemas bucais, sugerindo que o acesso à educação pode influenciar a autopercepção da condição de saúde bucal. Assim, é possível supor que a carência com relação à orientação profissional e talvez familiar dentro desta população possa estar relacionada ao seu contexto de vida, onde o processo de motivação e educação continuada são pouco incentivados.

Com relação ao acesso ao atendimento odontológico, foi possível observar que os jovens participantes deste estudo não procuravam frequentemente os serviços odontológicos, sendo este fato evidenciado quando em resposta a pergunta *você costuma ir ao dentista?* o adolescente B diz *“só quando tenho algum problema”* e o jovem F responde *“Muito não. Só vou se eu tô mal mesmo”* (Quadro 4). Não se pode afirmar a partir dos achados deste estudo, os reais motivos da falta de procura aos serviços de saúde bucal, se

por falta de oportunidade ou por falta de informação, mas os discursos deixaram claro que é baixa a frequência pelo acesso aos serviços odontológicos. Esse fato fica claro a partir das respostas obtidas a pergunta “Quando foi a sua última visita ao dentista?”: “*Faz tanto tempo Drª...eu era pequenininha e estudava ainda na creche*” (adolescente A); “*Lembro não...*” (adolescente C). Assim, muito embora não seja possível apontar as causas da falta de regularidade às consultas odontológicas, ficou claro que os jovens participantes deste estudo não foram incentivados, por alguma razão, à procura periódica do dentista como meio de prevenção e manutenção de uma boa saúde bucal.

Embora a violência sexual possa ter grandes repercussões na vida de adolescentes que vivenciam essa experiência, diferentemente do esperado, este estudo não encontrou associação entre o abuso sexual ocorrido e o conhecimento sobre saúde bucal uma vez que não foi possível observar nenhuma menção ao ato nas respostas obtidas. Assim, o desconhecimento sobre doenças bucais, sua prevenção e principalmente a falta de acesso aos serviços odontológicos parecem estar muito mais relacionados à situação sócio-econômica da vítima do que a violência sofrida por estes jovens.

CONCLUSÃO

Concluiu-se a partir deste estudo que jovens vítimas de violência sexual apresentaram pouco conhecimento sobre as doenças que mais frequentemente acometem a cavidade bucal, bem como seus meios de prevenção. O acesso aos serviços odontológicos também se mostrou bastante limitado, não sendo possível, contudo esclarecer as reais causas deste quadro.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro Dom Hélder Câmara (CENDHEC) Recife – PE – Brasil pela valiosa contribuição na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Concha-Eastman A, Malo M. Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 11(Sup): 1179-1187.
2. Reichenheim ME, Hasselman MH, Moraes CL. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: Contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência e Saúde Coletiva*. 1999; 4(1): 109-121.
3. Cezar-Vaz MR, Soares MCF, Martins SR, Sena J, Santos LR, Rubira LT et al. Saber Ambiental: Instrumento interdisciplinar para a produção de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14(3): 391-397.
4. Augusto LGS. Saúde e vigilância ambiental: um tema em construção. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2003; 12(4): 177-187.
5. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *R Psiquiatr*. 2003; 25(Sup): 9-21.
6. Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2005; 12(1): 42-49.
7. Souza ECF. Bocas, câncer e subjetividades – Patografias em análise [tese]. Campinas (São Paulo): Doutorado em Saúde Coletiva/Unicamp; 2003.
8. Werneck MAF. Bucalidade e existência. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; 11(1): 18-43.
9. Souza ECF. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; 11(1): 18-43.

10. Kowaleski DF, Freitas SFT, Botazzo C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; 11(1): 97-103.
11. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2): 190-195.
12. Laville C, Dionne J. Das Informações à conclusão. In: ____ A Construção do Saber. Porto Alegre: Editora UFMG, 1999; Cap. 8: 197-231.
13. O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The plaque control Record. *J.Periodontol*. 1972; 43(1): 38.
14. Elias MS, Cano MAT, Mestriner Junior W, Ferriani MGC. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. *Rev latino-am. Enfermagem*. 2001; 9(1): 88-95.
15. Silva SR, Rosell FL, Valseki Junior A. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2006; 6(4): 405-410.
16. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*. 2005; 81(5): S197-S204.
17. Habizang LF, Azevedo GA, Koller SH, Machado PX. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2006; 19(3): 379-386.
18. Araújo MF. Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*. 2002; 7(2): 3-11.
19. Gomes MLM, Falbo Neto GH, Viana CH, Silva MA. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de

violência atendidas e um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2006; 6(Supl 1): 527-534.

20. Moura LFAD, Moura MS, Toledo AO. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2007; 12(4): 1079-1086.

21. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. *Rev. Saúde Pública.* 2008; 42(3): 487-496.

ARTIGO 2: Cadernos de Saúde Pública

AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL E IMPACTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

(Autopercepção da saúde bucal e impacto do tratamento odontológico)

ORAL HEALTH SELF-PERCEPTION AND DENTISTRY TREATMENT INFLUENCE IN ADOLESCENTS VICTIMS OF SEXUAL ABUSE

(Oral Health self-perception and dentistry treatment influence)

Ana Luísa de Ataíde MARIZ

Mestranda em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco – Recife – PE – Brasil

Symonne Leandro ARAÚJO

Graduanda em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco – Recife – PE - Brasil

Luiz Antônio NEGRINHO

Graduando em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco – Recife – PE - Brasil

Lúcia Carneiro de Souza BEATRICE

Professora Adjunto Doutora da Universidade Federal de Pernambuco – Recife – PE – Brasil

Claudio Heliomar VICENTE DA SILVA

Professor Adjunto Doutor da Universidade Federal de Pernambuco – Recife – PE – Brasil

Autor para correspondência:

Claudio Heliomar VICENTE da SILVA

Rua Jorge Couceiro da Costa Eiras, 443, Apto 2403, Boa Viagem. Recife - PE - Brasil

CEP: 51021-300.

Email: claudioheliomar@uol.com.br Telefones: (81) 3463 - 0025 / 9900 - 9307

RESUMO

Objetivou-se avaliar a autopercepção de saúde bucal e a influência do tratamento odontológico na recuperação multidisciplinar de adolescentes vítimas de abuso sexual. Foi utilizada metodologia qualitativa que priorizou o aprofundamento e compreensão das respostas obtidas. Seis adolescentes, ambos os gêneros, vítimas de abuso sexual nos últimos dois anos, na faixa etária entre 10 e 15 anos, participaram do estudo. Um questionário foi aplicado antes e após a realização do tratamento odontológico no intuito de avaliar as mudanças observadas na autopercepção e autoestima destes jovens. As respostas obtidas foram categorizadas em dois eixos temáticos 1- autopercepção e 2- autoestima. O acompanhamento psicológico, realizado antes e após as intervenções odontológicas, auxiliaram a compreensão das mudanças ocorridas. Os resultados demonstraram que os jovens participantes deste estudo apresentaram uma autopercepção coerente em relação à realidade clínica presente e que houve um aumento da autoestima dos mesmos após as intervenções odontológicas. Concluiu-se, portanto, que a autopercepção de adolescentes vítimas de violência sexual demonstrou ser bastante consistente e que a Odontologia pode contribuir no processo de assistência multidisciplinar a jovens vítimas de abuso sexual, uma vez que as alterações das condições de saúde bucal proporcionaram melhoria de qualidade de vida destes jovens refletida pelo aumento da auto-estima e socialização dos mesmos.

Palavras-Chave: Autopercepção; Auto-Estima; Odontologia; Violência Sexual.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the oral health self-perception and the influence of dental treatment on the multidisciplinary recovery of adolescent victims of sexual abuse. It was adopted a qualitative methodology that emphasized the deepening and comprehension of the answers that were obtained. Six adolescents, from both genders, victims of sexual abuse in the

last two years, aged between 10 and 15, took part of the study. A questionnaire was applied before and after the dental treating with the aim of evaluating changes observed in the self-perception and self-esteem of the young people participating in the study. The answers were categorized into two thematic axes: 1- self-perception and 2- self-esteem. Psychological attendance that was done before and after dental interventions enabled to comprehend changes observed. The results demonstrated that the young people participating in the study presented a coherent self-perception in relation to the present clinical reality and an increase of their self-esteem after the dental interventions. It is concluded that the self-perception of the adolescent victims of sexual abuse was quite consistent and that Dentistry may contribute with the process of multidisciplinary assistance to young victims of sexual abuse, as the changes of the conditions of oral health provided the improvement of the life quality as reflected in their better self-esteem and socialization.

Key-Words: Self-Perception; Self-Esteem; Dentistry; Sexual Violence.

INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes tem sido tratada como um problema de saúde pública em vários países devido à alta prevalência na população e aos sérios danos relacionados ao desenvolvimento psicológico e social das vítimas e de seus familiares.¹ No Brasil, ressalta-se a subnotificação quando, de acordo com o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde (VIVA)² foram registrados em 2006 apenas 1.190 casos envolvendo crianças e adolescentes. As razões para isso são várias, dentre elas a falta de informação de parte da população sobre a necessidade de denúncia logo após o fato consumado, pois muitas vezes essas vítimas não chegam a ser atendidas em serviços de saúde capacitados a orientá-las devidamente.

Didaticamente, a violência pode ser classificada em diferentes tipos: abuso físico, abuso psicológico, negligência ou abandono e abuso sexual.^{3,4,5,6,7} No entanto, estas classificações têm apenas um objetivo didático que não exclui a possibilidade deste fenômeno ocorrer de forma dinâmica e simultânea. Qualquer forma de abuso na infância ou adolescência é entendida

como um ato praticado contrariamente à vontade da vítima, capaz de causar dano físico, psicológico ou sexual e é realizado, na maioria das situações, por pessoas diretamente ligadas às vítimas e sobre as quais exercem alguma forma de poder ou de dependência.^{4,8,7}

Os efeitos a ela relacionados são os mais variados possíveis que podem perdurar por muitos anos, influenciando seriamente no desenvolvimento pessoal da vítima. Diversos estudos mostram que crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual podem adquirir transtornos de ansiedade, sintomas depressivos e agressivos, problemas quanto ao seu papel e funcionamento sexual e graves dificuldades de relacionamentos interpessoais.⁹

Assim, entende-se que a complexidade do contexto vivido por estes jovens exige uma atitude multiprofissional que possibilite a compreensão das conseqüências deste fenômeno. Os profissionais envolvidos neste processo precisam entender que a sua prática deve estar voltada para o indivíduo, quanto ser humano, lembrando que as suas necessidades com relação à saúde podem influenciar no seu processo de recuperação social.

Neste sentido, a Odontologia é freqüentemente levada para a interdisciplinaridade, mas ao fazer este movimento se vê diante dos seus limites: há uma subestimação e uma grande dificuldade de compreensão em relação aos fatores externos à boca, principalmente aqueles determinados ou potencializados pela sociedade.¹⁰

A representação atribuída à boca humana, ainda que não tenhamos consciência disto, passa pelo acumulado de nossas experiências ao longo da vida.¹¹ Nesse sentido, é importante ampliar a noção de corpo biológico para além do arranjo funcional de órgãos, células e moléculas, no qual se manifestam doenças. O biológico deve adquirir a conotação do “vivo” e de sua interação sistêmica.¹² De acordo com Souza¹³ (2003), a boca deve ser entendida como um lugar múltiplo de sentidos que carrega significados que se presentificam na cultura e no psiquismo humano; o que amplia as concepções sobre o adoecer bucal e, conseqüentemente das práticas de saúde bucal. Assim, dentro deste contexto, os profissionais de saúde envolvidos com o cuidado de adolescentes, de uma forma geral, devem estar atentos para as situações de violência como um fator desencadeante e agravante de doenças

físicas e emocionais, buscando medidas efetivas de prevenção e intervenção sobre elas.⁹

Portanto, para que a adolescência seja uma experiência equilibrada de vida, é preciso que ocorra um crescimento solidário biológico, sócio-cultural e psicológico do indivíduo, uma vez que o adolescente passa por várias mudanças corporais e adaptações a novas estruturas psicológicas e ambientais.¹⁴ Observa-se especialmente neste grupo de indivíduos, que a auto-imagem prejudicada pode acarretar graves danos à sua auto-estima, interferindo de maneira significativa nos seus relacionamentos interpessoais. Uma boa aparência facial com um sorriso bonito e saudável muito podem contribuir para a auto-aceitação e conseqüente socialização do adolescente neste período de vida. Ressalta-se que a preocupação com a aparência tornou-se um fator relevante nas relações humanas, pois aqueles que não se apresentam dentro desses padrões, muitas vezes, sentem-se excluídos¹⁵ e jovens vítimas de abuso sexual podem manifestar uma série de complicações psicológicas, entre elas, a baixa da auto-estima^{6,7} que pode se agravar dependendo de uma série de fatores, inclusive do seu quadro de saúde bucal.

Portanto, este estudo objetivou analisar a autopercepção da saúde bucal de jovens vítimas de violência sexual, bem como a influência do tratamento odontológico na recuperação da sua auto-estima, o que contribuirá para a percepção da necessidade de integralidade no atendimento e restituição da saúde a esta população.

METODOLOGIA

Para esta pesquisa qualitativa foi utilizada uma amostra de conveniência, formada por 06 (seis) adolescentes, ambos os gêneros, vítimas de abuso sexual nos últimos dois anos, na faixa etária de 10 a 15 anos, atendidos no programa de assistência às vítimas de violência do CENDHEC (Centro Dom Hélder Câmara – Recife – PE). Depois da realização de todo o protocolo de atendimento imediato, adotado pela equipe de saúde e assistência social, a abordagem dos adolescentes para o estudo foi realizada com o consentimento da psicóloga responsável em relação ao momento apropriado para início das intervenções odontológicas.

Após assinatura do termo de consentimento livre-esclarecido pelos responsáveis, os jovens foram entrevistados individualmente, para obtenção de dados de identificação e do seu conhecimento sobre aspectos de interesse odontológico conforme questionário baseado nos estudos de Unfer e Saliba¹⁶ (2000) que visou conhecer o grau de instrução desses jovens com relação aos cuidados de saúde bucal. Assim, foram realizadas algumas perguntas sobre doenças bucais e sua prevenção, bem como sobre o acesso aos serviços odontológicos.

A avaliação psicológica foi realizada pela psicóloga responsável pelo atendimento aos jovens vítimas de violência do CENDHEC antes do início da intervenção odontológica, sendo o parecer anexado ao prontuário do paciente.

A autopercepção da saúde bucal e a relação do tratamento odontológico na reabilitação multidisciplinar dos adolescentes vítimas de violência sexual foram avaliados a partir da aplicação de um questionário que buscou analisar alguns aspectos relacionados ao bem-estar físico e emocional destes jovens antes e após as alterações de sua condição de saúde bucal. Assim, foram realizadas as perguntas que se seguem abaixo que foram registradas por intermédio de um gravador (Panasonic/RQ -L31), auxiliando no desenvolvimento das discussões pretendidas:

1	Como está a saúde de sua boca?
2	Você se sente satisfeito com as condições do seu sorriso? Em caso negativo, desde quando?
3	Limita seus contatos com outras pessoas devido às condições de seu sorriso?
4	Você tem cuidado da sua saúde bucal? Desde quando?
5	Que importância dá a seu sorriso?
6	Você cuida mais ou menos da sua saúde bucal hoje?
7	Sente dor/sensibilidade ao alimentar-se?
8	Você preocupa-se com o seu sorriso?

QUADRO 1. Questionário aplicado para avaliação da autopercepção e autoestima relacionados à saúde bucal.

É importante ressaltar que as informações referentes ao ato de violência praticada foram coletadas do seu prontuário único, não sendo comentadas, nem mesmo questionadas ao adolescente durante a pesquisa. O tratamento odontológico foi iniciado logo após a aplicação do questionário inicial, sendo realizado nos Serviços de Odontologia do CISAM/UPE e UFPE, dependendo da conveniência dos jovens e de seus responsáveis.

Na primeira sessão, após a anamnese do adolescente, foi realizado o exame completo da cavidade bucal para o estabelecimento do diagnóstico

inicial. Esta sessão foi iniciada, primeiramente, pela avaliação do índice de placa presente. Neste estudo foi adotado como referência o índice de placa proposto por O'Leary¹⁷ (1972), logo foi necessário promover a evidenciação de placa de todas as superfícies dentárias através da utilização de corantes à base de fucsina básica 0,5%. O índice de placa auxiliou a visualização das condições de higiene e saúde bucal, sendo um instrumento para orientação e motivação do adolescente quanto à higiene bucal. Neste momento, o paciente foi informado das suas condições e orientado com relação às medidas de prevenção necessárias, como uma adequada higiene oral e consumo racional de açúcares.

Após a profilaxia de toda a cavidade bucal, obteve-se o primeiro registro fotográfico da condição bucal do paciente para documentação de todo o tratamento. Para realização das fotografias intra-bucais desta pesquisa, foi utilizada uma câmera fotográfica digital Sony DSC-H1 5.1 megapixels. Em seguida, foram realizadas quatro tomadas radiográficas interproximais de pré-molares e molares (duas do lado direito e duas do lado esquerdo), e quando necessário, também foram realizadas radiografias periapicais para a complementação das etapas de diagnóstico e planejamento.

O plano de tratamento elaborado após a conclusão da primeira sessão clínica propôs a solução dos problemas por hemi-arco. Assim, dependendo da complexidade do tratamento, foram realizadas as sessões necessárias até a resolução de todos os problemas de cada hemi-arco.

Os adolescentes que não estavam comprometidos pela doença cárie ou periodontal demonstraram especial interesse em clarear os dentes, pois a cor dos mesmos foi uma queixa freqüente. Em algumas situações, também foram utilizados procedimentos de plástica do sorriso para fechamento de diastemas e restauração de bordas incisais para resolução de queixas de natureza estética.

Nos casos em que a doença cárie e periodontal estavam presentes, foi priorizado antes de tudo o controle e tratamento das mesmas, através da orientação à higiene bucal e dieta, bem como do tratamento periodontal básico. Foram também realizadas aplicações tópicas de flúor para controle da atividade cariogênica e restauração das lesões presentes.

Logo, o tratamento odontológico executado dependeu da necessidade e das características de cada adolescente, sendo realizado conforme as prioridades:

1. Adequação do meio bucal (remoção de focos de infecção – procedimentos básicos periodontais – tratamento endodôntico);
2. Tratamento clareador;
3. Tratamento restaurador estético;

É importante ressaltar que ao final de cada tratamento executado, foram obtidas fotografias para documentação dos casos realizados.

Após o tratamento odontológico, a psicóloga responsável realizou uma nova avaliação dos pacientes submetidos à pesquisa no intuito de possibilitar a comparação com as análises psicológicas anteriormente realizadas, auxiliando na interpretação das respostas.

Depois de um mês da realização do tratamento odontológico, foi novamente aplicado o questionário de autopercepção de saúde bucal (quadro 1). Dessa maneira, foi possível coletar os dados apresentados após as modificações das condições de saúde bucal de cada paciente e realizar as análises pretendidas com relação às mudanças observadas.

Os dados de identificação e sócio-demográficos foram tabulados e os demais, foram analisados qualitativamente, através da modalidade de análise de conteúdo. Esta metodologia de análise de dados qualitativos consiste em desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação.¹⁸ Sendo assim, buscou-se compreender a fala dos entrevistados, contemplando os conteúdos manifestos e implícitos, presentes nas respostas, ordenando e categorizando os dados para análise final, na perspectiva de compreender o objeto de estudo e inferir conhecimentos relacionados ao mesmo.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos do Hospital Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – Universidade de Pernambuco sob o parecer nº 040/08.

RESULTADOS

Os resultados da análise descritiva deste estudo demonstraram que a amostra estudada, representada por 06 adolescentes, apresentou idade de 10 a 15 anos, sendo 03 jovens do sexo masculino e 03 do sexo feminino. Apenas um jovem da amostra não freqüentava a escola. Todos os demais estudavam em escolas públicas no Ensino Fundamental. Embora os responsáveis pelos adolescentes apresentassem uma atividade remunerada, consideravam a renda mensal familiar insuficiente.

Os resultados obtidos com relação ao grau de conhecimento sobre aspectos de interesse odontológico evidenciaram pouco conhecimento a respeito dos problemas que podem afetar a saúde bucal, bem como sobre medidas de prevenção e controle que podem ser adotadas como meio de recuperação e manutenção das condições de saúde bucal.

O exame clínico demonstrou uma condição odontológica muito variável. Nenhum adolescente apresentou boas condições de higiene oral e o uso do fio dental era raramente adotado. O índice de placa evidenciou que em média os adolescentes apresentaram 65,5% das superfícies lisas de seus dentes coradas pela placa. No entanto, apesar das condições desfavoráveis de controle de placa, a necessidade de tratamento de cada jovem foi variada. Nem todos os casos necessitaram de intervenção restauradora.

Os dados coletados pelos questionários aplicados (antes e após a realização do tratamento odontológico) foram classificados em dois eixos temáticos: 1 -autopercepção e 2 - autoestima para melhor compreensão das respostas encontradas (Quadros 2 e 3).

A autopercepção de saúde bucal dos adolescentes estudados não demonstrou muitas distorções com relação à realidade apresentada ao exame clínico. Apesar de não saberem expressar, em todos os casos, exatamente os problemas que apresentavam, estavam conscientes da sua situação. Apenas o jovem A demonstrou conhecimento distorcido em relação à sua saúde bucal, acreditando estar em péssimas condições, quando na verdade não apresentava necessidade de tratamento, exceto pelo controle de placa (Quadro 2).

Com relação ao eixo temático 2, os discursos obtidos revelaram melhoria na autoestima após a realização do tratamento odontológico. Foi possível observar que no início do estudo nenhum adolescente sentia-se satisfeito com as condições de seu sorriso, sendo esse quadro revertido após a realização dos atendimentos odontológicos. Essa mudança também proporcionou, para alguns jovens, uma maior socialização e valorização da importância da manutenção de uma boa condição de saúde bucal e conseqüentemente do sorriso (Quadro 3).

		AUTOPERCEPÇÃO					
			A	B	C	D	E
Como está a saúde da sua boca?	Inicial	Péssima. Não muito péssima, mas está.	Acho que ela só está ruim por causa da cárie, do canal e do dente para restaurar que está com buraco.	Muito, muito limpa não.	Tá bom, só que está precisando de algumas coisas.	Tá ruim.	Mal.
	Final	Boa. Nunca mais teve nem uma afta. Mas tem algo que me incomoda na gengiva.	Bem.	Bem melhor.	Tá boa.	Melhor.	Está bem.
Você tem cuidado da sua saúde bucal?	Inicial	Não....muito, muito, muito não.... Risos.	Sim. Só de vez em quando eu esqueço de escovar.	Não. Não sei, mas eu escovo eles...	Não. Mais ou menos. Há mais ou menos 1 ano.	Sim. <i>Disse que esse ano passou a cuidar mais (não muito convicta).</i>	Sim. Quando tomar café, escovar, de tarde, na hora do lanche e de noite.
	Final	Tenho...antes era mais relaxada, agora não.	Sim (gesto com a cabeça).	Tenho. Como assim? Tenho. Mas, podia estar melhor porque às vezes eu não tenho fio dental.	Tenho.	Tô tendo. Agora mais.	Agora eu tenho. Parei até de comer doce. Ganhei uma caixa de bombom e ta lá...
Você cuida mais ou menos da saúde da sua boca hoje?	Inicial	Acho que mais.	Mais.	Menos (risos)...	Mais.	Mais.	Menos. Tem hora que dá preguiça em mim, mas eu escovo meus dentes.
	Final	Agora mais.	Mais ou menos. Cuidar eu cuido da minha boca, mas às vezes eu esqueço, não escovo os dentes, não ligo muito. Hoje cuido mais, mas poderia cuidar melhor.	Mais...e menos também. Mais, mais.	Mais.	Mais.	Mais agora.
Sente dor ou sensibilidade ao alimentar-se?	Inicial	Sensibilidade.	Só quando mordo alguma coisa. Essas erosões aqui doem.	Não. Só quando eu tomo aquela água bem gelada...Dóe uns...	Sensibilidade nos dois de baixo.	Sensibilidade.	Quente ou gelado.
	Final	Não.	Só com água gelada. Quando bebo fica um bom tempo doendo.	Só às vezes quando eu mordo picolé e aperto assim... ele doe.	Como sempre nesses dois de baixo com qualquer coisa gelada.	Não.	Só bebendo água.

Quadro 2. Resultados obtidos no eixo temático 1 – autopercepção da condição de saúde bucal; Inicial – antes do tratamento odontológico; Final – depois do tratamento odontológico.

AUTOESTIMA				A	B	C	D	E	F
		Inicial	Final	Não. Desde quando? Desde muito tempo, eu acho... faz muito tempo que eu não vou ao dentista.	Não. Desde uns seis meses.	Não.	Não. Faz um tempinho. Anos.	Não. Faz tempo. Não sei dizer quanto tempo.	Não. Desde o ano passado.
você se sente satisfeito com as condições de seu sorriso?	Final	Sim.	Sim.	Sim.	Me sinto.	Sim.	Ah hã... passei com os dentes lindos no Natal.		
	Inicial	Final	Não muito não. Mas às vezes tenho vergonha porque meus dentes são muito amarelados.	Mais ou menos. Depende das pessoas. Da intimidade.	Não.	Não.	Não. Não tenho vergonha de sorrir.	Não. Normal.	
Limita seus contatos com outras pessoas devido às condições de seu sorriso?	Final	Agora mais não.	Que tipo de contato? Não.	Tenho mais não. Eu tinha, porque antigamente quando eu era mais menorzinho, meus dentes eram todos pretos. Os dentes de leite. Mas depois do tratamento ficou mais melhor. Tenho mais vontade de sorrir e não sinto vergonha.	Agora mais não. Antes eu tinha vergonha porque eram amarelados.	Não. Não sinto vergonha.	Mudou por causa do escuro que estava na frente.		
	Inicial	Final	Sei lá... eu acho tão bonito uma pessoa sorrir.	Muita. Porque sei lá, né? Muita.	Vale. Um "bocado". De zero a dez? 10.	Muita. Valorizo muito.	... não sei.	De zero a dez? Dez. Todo mundo diz que meu sorriso é lindo.	
Que importância dá a seu sorriso?	Final	Toda a importância. Porque antes o povo me achava muito antipática porque não sorria para ninguém. Agora sou só sorrisos...risos.	É o que muda uma pessoa...(tímido)...el a fica mais bonita...a aparência muda muito...valoriza.	Um "bocado". Porque ele está bem melhor agora. Eu quero cuidar bem dele para não perder os meus dentes.	Dou muito valor. Estou sempre escovando. De 0 a 10? Dez. Porque está mais claro, tá melhor. É bonito um sorriso agradável.	De zero a dez? Nove.	Bonito, dentes brancos e pronto. Cuidar, escovar sempre os dentes, todos os dias, limpar com fio dental.		
	Inicial	Final	Sim.	Sim (gesto com a cabeça).	Não. Mas depois sentiu-se confuso e respondeu que sim.	Me preocupo.	Sim...se preocupa.	Não.	
Você preocupa-se com o seu sorriso?	Final	Agora só um pouquinho. Porque branco ele está e eu quero que dure a vida toda.	Bastante.	Me preocupo porque eu acho ele melhor assim.	Me preocupo... Não!!! O que me preocupava já resolveu. Só quero manter ele assim.	Me preocupo. Por quê? Sei lá... eu quero mantê-los saudáveis.	Não. Porque antes era feio e agora está mais bonito.		

Quadro 3. Resultados obtidos no eixo temático 2 – autoestima relacionada ao sorriso; Inicial – antes do tratamento odontológico; Final – depois do tratamento odontológico.

Tabela 1. Procedimentos odontológicos realizados nos adolescentes atendidos no estudo.

	A	B	C	D	E	F
Exodontias/Remoção de Resto Radicular			1		1	
Procedimentos Básicos Periodontais	1	1	1	1	1	1
Tratamento Endodôntico		1				
Tratamento Clareador	1	1		1		
Restaurações Estéticas Plástica do Sorriso		3	5		2	11

AVALIAÇÕES PSICOLÓGICAS		
A	Inicial	Estado inicial muito depressivo; fez várias tentativas de suicídio devido à violência sofrida, apresentava estado de saúde geral comprometido, pois não se alimentava bem e tinha dificuldade de procurar atendimento odontológico devido à história do abuso sexual. Sentimento de culpa associado.
	Final	Perdeu o medo do atendimento odontológico, apresentou mudanças de comportamento, começou a se maquiar mais, se vestir melhor; passou a sentir mais autoconfiante. Começou a procurar estágio e voltou a se alimentar bem.
B	Inicial	Chegou muito retraído. Apresentava visível falta de afetividade e revolta por isso. O jovem frequentemente queixa-se de dores no corpo para chamar atenção da genitora. Vítima de exploração sexual, apresentando dificuldades de trabalhar a sexualidade. Sentimento de culpa associado.
	Final	Houve uma melhora na comunicação, passou a fazer certas confidências e apresentava-se mais sorridente e social. Mencionou que depois do tratamento odontológico passou a ter vontade de se cuidar mais. Ao final, apresentou visível melhora na autoestima.
C	Inicial	Dificuldades de socialização e muita timidez. Não expressava o sorriso e falava sempre de cabeça baixa porque tinha vergonha do fato ocorrido. Sentimento de culpa associado.
	Final	Houve melhora na autoestima; passou a ter mais cuidado com o corpo e melhor percepção com a sua saúde geral.
D	Inicial	Inicialmente estava muito retraído e inibido devido ao fato ocorrido. Ficou muito traumatizado por causa das conseqüências orgânicas, porém, mostrou muita força de vontade para se recuperar. Apresentava sentimento de culpa e tinha vergonha de sorrir porque achava os dentes amarelados. Sentimento de culpa associado.
	Final	Melhorou muito com relação ao sentimento de culpa que apresentava e passou a ser mais comunicativo. O adolescente relatou estar mais social na escola. A psicóloga observou melhora na auto estima e na comunicação.
E	Inicial	Apresentava-se debilitada emocionalmente, retraída e com nojo do corpo. Déficit na escola e muita dificuldade de socialização. Vítima de vários episódios de abuso sexual durante 1 ano. Sentimento de culpa associado.
	Final	Elevação da auto-estima e evolução no rendimento escolar. Passou a sorrir mais porque está mais feliz. Relatou ter gostado do tratamento odontológico, evidenciando melhora na sua comunicação que permitiu visualizar maior inclusão social.
F	Inicial	Vítima de violência sexual desde os 9 anos de idade com grandes repercussões na sua sexualidade. Parou de estudar, fala sempre de cabeça baixa e tem vergonha de sorrir por causa dos seus dentes o que a faz ter dificuldade de aceitar a aparência; por isso usa sempre o cabelo na frente. Sentimento de culpa associado ao fato ocorrido.
	Final	Passou a apresentar uma postura mais positiva. Já fala de cabeça erguida e não tem mais vergonha de sorrir. Relatou estar muito contente com a assistência odontológica e mostrou grande evolução na socialização o que a ajudou, inclusive, nas audiências jurídicas.

Quadro 4. Evolução do acompanhamento psicológico dos adolescentes participantes do estudo.

DISCUSSÃO

O presente estudo, baseado numa metodologia qualitativa, não necessitou de uma amostra de representatividade numérica, uma vez que

priorizou o aprofundamento e compreensão das respostas obtidas de acordo com Elias et al¹⁴ (2001).

A autopercepção da necessidade de tratamento conforme Martins, Barreto e Pordeus¹⁹ (2008) reflete, em parte, o impacto que uma doença tem sobre os indivíduos, evidenciando o grau das deficiências e das disfunções decorrentes da condição de saúde, assim como das percepções e das atitudes dos indivíduos a esse respeito.

Avaliar a autopercepção de saúde bucal dentro de uma população é importante, pois hoje, saúde é definida como "um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade".²⁰ Neste sentido, foram utilizadas perguntas relacionadas à autopercepção e autoestima apresentando caráter objetivo e principalmente subjetivo, uma vez que se pretendeu observar as necessidades expressas dos jovens entrevistados no intuito de superar a avaliação estritamente objetiva da prática clínica que muitas vezes impossibilita resultados relacionados à melhoria da qualidade de vida conforme Silva e Sousa²¹ (2006).

A experiência do abuso sexual pode afetar de várias formas o desenvolvimento de crianças e adolescentes, sendo os quadros de depressão, ansiedade, baixa de autoestima e isolamento social bastante frequentes.^{6,9,7,1} Por isso, é importante conhecer o estado emocional destas vítimas, bem como entender as reais necessidades por elas apresentadas para o estabelecimento da melhor conduta terapêutica capaz de auxiliar na melhoria da sua qualidade de vida.

Os resultados encontrados no eixo temático 1 - autopercepção - evidenciaram que a maioria dos adolescentes participantes deste estudo demonstraram coerência com relação à percepção da sua condição de saúde bucal. Este fato fica claro a partir dos discursos obtidos a pergunta "**Como está a saúde da sua boca?**": *"Acho que ela só está ruim por causa da cárie, do canal e do dente para restaurar que está com buraco"* - adolescente B; *"Muito, muito limpa não"* -adolescente C; *"Tá bom, só que está precisando de algumas coisas"* - adolescente D; *"Tá ruim"* - adolescente E; *"Mal"* – Adolescente F (Quadro 2).

Embora a maioria dos jovens não tenha explicado exatamente o problema que os afetava, a condição clínica encontrada em cada situação evidenciou um quadro compatível ao apresentado nas respostas (Figura 1). Apenas o adolescente A demonstrou distorção da percepção da sua condição de saúde bucal no momento que respondeu que achava que estava péssimo o seu estado de saúde oral (Quadro 2) quando na verdade não apresentava nenhuma doença relacionada, necessitando apenas de controle de placa (Figura 1).

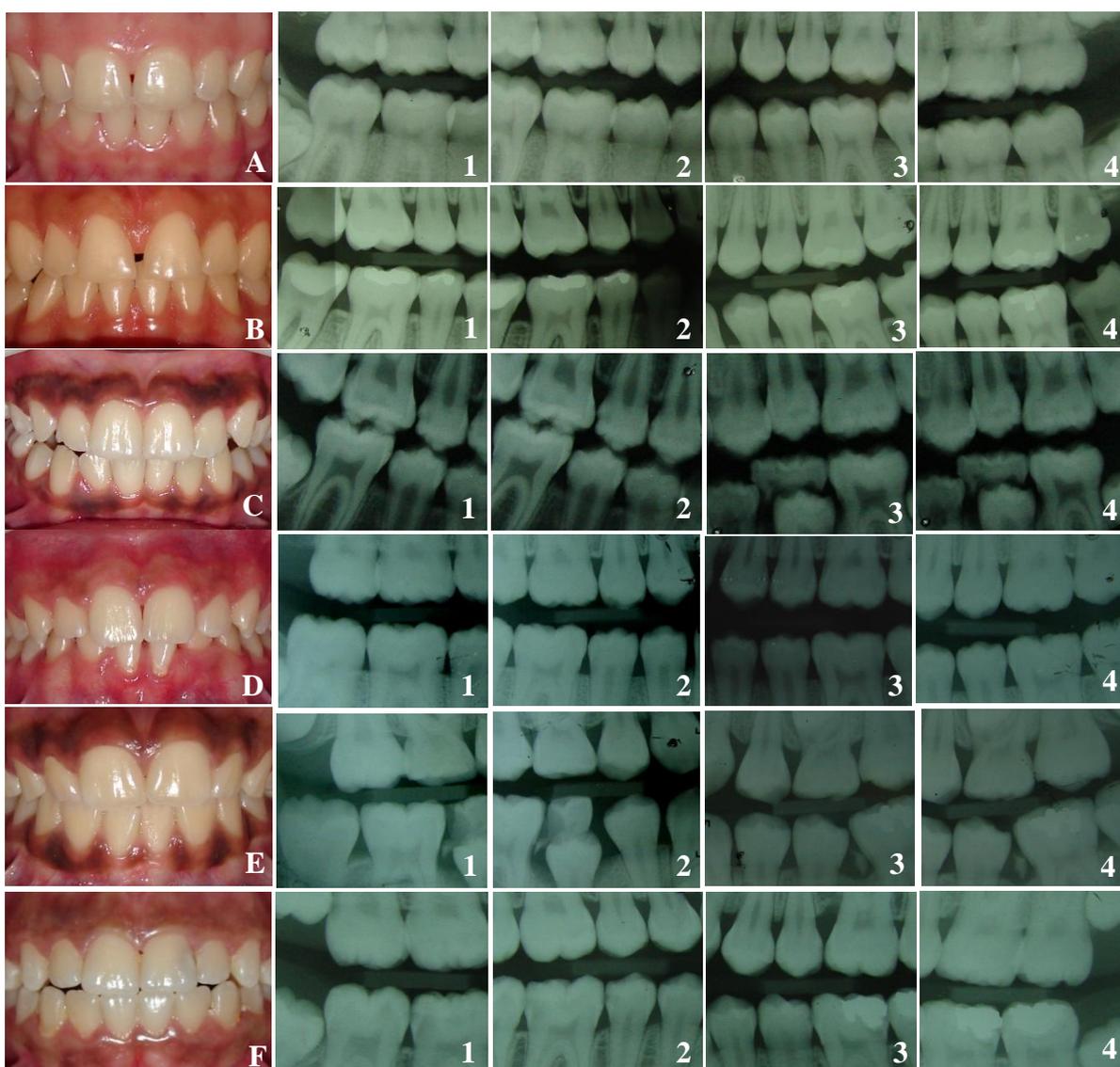


Figura 1. Aspecto clínico e radiográfico inicial dos adolescentes participantes do estudo; A-F – Denominação dos adolescentes atendidos no estudo; 1 – Radiografia interproximal de molares esquerda; 2 – Radiografia interproximal de pré-molares esquerda; 3 – Radiografia interproximal de molares direita; 4 – Radiografia interproximal de pré-molares direita.

Com relação à percepção do grau de cuidado relacionado à saúde bucal, os discursos ressaltaram observações distintas, uma vez que apenas metade dos jovens entrevistados relatou ter cuidado com a sua saúde bucal. Os demais afirmaram ter pouco cuidado e sentiram-se inseguros ao responder essa questão (Quadro 2).

Com o decorrer do tratamento, foi possível observar uma mudança significativa das respostas obtidas. A percepção às questões levantadas se mantiveram coerentes em relação à situação clínica presente, no entanto, depois das intervenções odontológicas os jovens passaram a apresentar uma postura mais ativa e confiante durante as entrevistas. Percebe-se bem esse fato no discurso do adolescente C quando novamente questionado sobre a sua condição de saúde bucal responde *“Bem melhor”* e nas respostas obtidas à pergunta **“Você tem cuidado da sua saúde bucal?”**: *“Tenho...antes era mais relaxada, agora não”* – adolescente A; *“Tenho”* – adolescente D; *“Tô tendo. Agora mais”* – adolescente E (Quadro 2).

Essa mudança observada pode ser explicada pelo fato dos adolescentes terem passado a ter mais confiança às suas convicções a partir do momento que receberam orientação profissional e, sobretudo, informação em relação aos cuidados necessários para o estabelecimento de um quadro odontológico favorável. De acordo com Souza et al²² (2007), mudanças efetivas quanto ao autocuidado podem ser observadas quando do emprego de métodos educacionais em saúde bucal.

Nenhuma menção foi feita durante as entrevistas ao ato de violência sexual ocorrido, o que dificultou a análise da influência deste trauma na percepção de saúde bucal. Nos discursos obtidos a pergunta **“Você cuida mais ou menos da saúde da sua boca hoje?”** observou-se que apenas os adolescentes C e F relataram cuidar menos da saúde bucal no momento que antecedeu o tratamento odontológico (Quadro 2). Contudo, apesar de existir a possibilidade do abuso sexual exercer influência em relação à falta de motivação com os cuidados pessoais é difícil afirmar conclusivamente essa correlação, visto inclusive que não houve uma análise da autopercepção antes do fato ocorrido.

Enfim, a interpretação de que a autopercepção dos jovens entrevistados é bastante coerente fica ainda mais clara nas respostas obtidas à última

pergunta que apresenta um caráter objetivo auxiliando esta análise de forma mais consistente. Assim, quando questionados sobre dor ou sensibilidade ao alimentar-se, a maioria dos jovens respondeu a esta questão de forma coerente à realidade presente (Quadro 2). Como exemplo disto observou-se no discurso do adolescente D, “*Sensibilidade nos dois de baixo*”, pois o mesmo apresentava áreas de retração gengival nos elementos 31 e 41 que justificavam a sensibilidade apresentada.

O estudo do eixo temático 2 revelou, por sua vez, um aumento da autoestima dos jovens entrevistados. Esta análise foi realizada a partir da observação das respostas obtidas às perguntas referentes ao sorriso, pois se entendeu que este representa a expressão resultante de sentimentos e emoções, sendo conseqüentemente associado à autoestima, conforme Bernardo e Matos²³ (2003) que afirmaram que a autoestima pode ser entendida como a avaliação ou o sentimento do indivíduo acerca da sua imagem, implicando num grau de satisfação ou insatisfação consigo próprio.

Neste estudo, foi possível observar a partir dos discursos obtidos que houve uma melhoria da satisfação das condições do sorriso de todos os adolescentes entrevistados. Quando questionados sobre esta situação antes do tratamento odontológico, todos os jovens responderam que não se sentiam satisfeitos em relação às condições de seu sorriso. No entanto, após a conclusão do tratamento todos mudaram de opinião conforme ilustra o quadro 2. O acompanhamento psicológico destes jovens ressalta essa mudança, uma vez que alguns adolescentes passaram a apresentar um comportamento distinto provavelmente resultante do aumento da autoestima que também auxiliou o desenvolvimento do tratamento psicoterápico (Quadro 4).

No decorrer do estudo também foram observadas mudanças positivas relacionadas ao aspecto da socialização. Este fato ficou claro no discurso dos jovens A, B e D quando afirmaram não mais limitar seus contatos com outras pessoas devido às condições de seu sorriso (Quadro 3). Ambos os jovens A e D afirmaram explicitamente que às vezes tinham vergonha de sorrir por causa dos seus dentes que eram amarelados (Figura 1).

Conforme evolução do tratamento clareador (Figuras 2 e 4), estes jovens passaram a se sentir mais confiantes em relação à sua aparência apresentando paralelamente maior motivação com relação a outros aspectos

de sua vida. De acordo com os relatos da psicóloga responsável, ambos os adolescentes apresentaram sinais de socialização uma vez que melhoraram a sua comunicação, bem como despertaram maior interesse em procurar estágios que auxiliassem na sua formação profissional (Quadro 4).



Figura 2. Evolução do tratamento clareador do adolescente A.



Figura 3. Evolução do tratamento do adolescente B após clareamento dental e plástica do sorriso.



Figura 4. Evolução do tratamento clareador do paciente D.

A importância do sorriso para estes jovens ficou ainda mais clara quando se observou que todos os jovens expressaram de diferentes maneiras o valor dado a seu sorriso. Como exemplo disso tem-se as seguintes respostas à pergunta **“Que importância dá a seu sorriso?”**: *“Toda a importância. Porque antes o povo me achava muito antipática porque não sorria para ninguém. Agora sou só sorrisos...”* – adolescente A; *“É o que muda uma pessoa...ela fica mais bonita...a aparência muda muito...valoriza.”* – adolescente B; *“Dou muito valor. Estou sempre escovando...”* – adolescente D (quadro 3).

No entanto, apesar dos relatos obtidos, não se pode afirmar que a única causa para essas transformações esteja relacionada ao tratamento odontológico realizado. Embora alguns estudos ressaltem que alterações na saúde bucal de crianças e adolescentes são capazes de repercutir na auto-

imagem e auto-estima interferindo diretamente no seu contexto psicossocial e conseqüentemente no seu desenvolvimento^{14,15}, outras causas podem estar relacionadas a estes casos.

A psicoterapia foi realizada simultaneamente ao tratamento odontológico e certamente contribuiu para essas mudanças, bem como o fato destes jovens passarem a não mais se sentirem excluídos por não ter acesso aos cuidados profissionais capazes de estabelecer saúde aos mesmos. Um ponto a ser mencionado refere-se à humanização do atendimento odontológico que em muitas situações torna-se mais importante do que o próprio procedimento realizado. O acolhimento dos adolescentes pelo cirurgião-dentista responsável pode auxiliar na evolução do tratamento, facilitando a obtenção de resultados favoráveis.

Sem dúvida é possível supor que como as alterações da saúde bucal podem se manifestar como um problema para o convívio social, principalmente para a adolescência, uma vez que saúde e estética bucal se tornam importantes para a auto-imagem e convívio social normal¹⁴, a Odontologia pode contribuir no tratamento multidisciplinar de jovens vítimas de violência sexual, uma vez que colaborando com medidas educacionais, preventivas e terapêuticas pode auxiliar na reinserção social do indivíduo, bem como na melhoria da sua qualidade de vida e auto estima freqüentemente abaladas nestas situações.

Entretanto, mais investigações devem ser realizadas devido à complexidade do assunto que envolve outros fatores, como a condição sócio-econômica dos jovens e o convívio familiar que podem influenciar na percepção de saúde bucal, bem como na melhoria da autoestima.

CONCLUSÃO

Este estudo concluiu que a autopercepção de saúde bucal de adolescentes vítimas de violência sexual foi bastante consistente, pois se mostrou bastante coerente com a situação clínica presente e que a Odontologia pode auxiliar de maneira significativa no processo de reabilitação multidisciplinar de adolescentes vítimas de abuso sexual, uma vez que as alterações das condições de saúde bucal proporcionaram a melhoria da

qualidade de vida destes jovens refletida pela melhor auto-estima e socialização dos mesmos.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro Dom Hélder Câmara (CENDHEC) que possibilitou a realização deste trabalho, a psicóloga do CENDHEC, Isabel Ribeiro da Silva pela valiosa contribuição nas avaliações psicológicas, a psicóloga clínica Heliani Ribeiro pelo auxílio na análise dos dados e a SDI pela parceria neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Habizang LF, Azevedo GA, Koller SH, Machado PX. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2006; 19(3): 379-386.
2. Portal da Saúde. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em: 02 jan. 2010, 09:30.
3. Deslandes SF. Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: Análise de um Serviço. *Cadernos de saúde Pública*. 1994; 10 (Supl. 1): 177-187.
4. De Lorenzi DRS, Pontalti L, Flech RM. Maus Tratos na infância e adolescência: análise de 100 casos. *Rev. Cient. AMECS*. 2001; 10 (1): 47-52.
5. Gomes R, Deslandes SF, Veiga MM, Bhering C, Santos JF. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18 (3): 707-714.
6. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *R Psiquiatr*. 2003; 25(Sup): 9-21.

7. Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2005; 12(1): 42-49.
8. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*. 2005; 81(5): S197-S204.
9. Polanczyk GV, Zavaschi ML, Bentti S, Zenker R, Gammerman PW. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2003; 37(1): 8-14.
10. Kovalski DF, Freitas SFT, Botazzo C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; 11(1): 97-103.
11. Werneck MAF. Bucalidade e existência. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; 11(1): 18-43.
12. Souza ECF. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; 11(1): 18-43.
13. Souza ECF. Bocas, câncer e subjetividades – Patografias em análise [tese]. Campinas (São Paulo): Doutorado em Saúde Coletiva/Unicamp; 2003.
14. Elias MS, Cano MAT, Mestriner Junior W, Ferriani MGC. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. *Rev latino-am. Enfermagem*. 2001; 9(1): 88-95.
15. Inoue LT, Lacerda TSP, Pricoli VMS, Zanetti AL. Psicanálise e Odontologia: uma trajetória em construção. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2006; 18 (1): 87-92.

16. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2): 190-195.
17. O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The plaque control Record. *J.Periodontol*. 1972; 43(1): 38.
18. Laville C, Dionne J. Das Informações à conclusão. In: ____ A Construção do Saber. Porto Alegre: Editora UFMG, 1999; Cap. 8: 197-231.
19. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42(3): 487-496.
20. Organização Mundial da Saúde. Constituição. OMS, Nova Iorque, 1946.
21. Silva EFA, Sousa MLR. Autopercepção da saúde bucal e satisfação com a vida em mulheres idosas usuárias de prótese total. *Revista de Odontologia da Universidade da Cidade de São Paulo*. 2006; 18(1): 61-65.
22. Souza GB, Sá PHRN, Junqueira SR, Frias AC. Avaliação dos procedimentos Coletivos em Saúde Bucal: percepção de adolescentes de Embu, SP. *Saúde Soc*. 2007; 16(3): 138-148.
23. Bernardo RPS, Matos MG. Desporto aventura e auto-estima nos adolescentes em meio escolar. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. 2003; 3 (1): 33-46.

APÊNDICE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Autopercepção da saúde bucal e impacto do tratamento odontológico em adolescentes vítimas de abuso sexual

Autoria: Ana Luísa de Ataíde Mariz – Rua Amélia, 430 Graças – Tel: (081) 9969-1004.

Orientação: Prof. Dr. Claudio Heliomar Vicente da Silva

- **Objetivo**

Avaliar o conhecimento e percepção da saúde bucal de adolescentes que sofreram abuso sexual e identificar a contribuição do tratamento odontológico na reabilitação multidisciplinar de adolescentes vítimas deste tipo de violência.

- **Procedimentos**

Os pacientes que concordarem em participar desta pesquisa se submeterão inicialmente à aplicação de questionários. Em seguida, receberão tratamento odontológico necessário à recuperação da sua saúde bucal. Dessa forma, poderão ser realizadas radiografias e restaurações dentárias, assim como clareamento dental e tratamento de doenças na gengiva.

- **Benefícios**

Compreendo que o paciente da pesquisa não terá nenhum benefício financeiro por participar deste programa, porém receberá orientações e tratamento odontológico de boa qualidade necessário à recuperação e manutenção da sua saúde bucal. Contudo, tenho consciência de que as informações colhidas serão bastante úteis para o desenvolvimento científico nesta área.

- **Riscos**

Relacionados ao tratamento odontológico, como:

- Reação alérgica aos produtos utilizados, como resinas compostas, agentes clareadores e soluções anestésicas injetáveis (nestes casos o paciente será tratado de acordo com o protocolo estabelecido pela literatura vigente, necessários à reversão do quadro instalado);
- Possibilidade de irritação leve na gengiva e sensibilidade no dente passageira, no caso de realização de clareamento dental (Nos casos de ocorrências de irritação ou sensibilidade, estas serão prontamente tratadas com a medicação adequada).

- **Perguntas**

Os pesquisadores envolvidos na pesquisa responderam às perguntas por mim formuladas, e eu compreendi as respostas dadas às minhas dúvidas.

- **Confidencial**

Fui orientado(a) que as informações colhidas através desse programa serão estritamente confidenciais, só sendo abertos com minha permissão. Porém, estou de acordo que os dados obtidos - documentação fotográfica e exames efetuados e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento - poderão ser usados em congressos e publicações para fins de ensino e de divulgação, desde que não sejam identificados. Dessa forma poderão ser compartilhados com outros centros de estudos.

- **Participação**

Também fui informado que a minha decisão em autorizar a participação ou não deste programa, em nada influenciará no tratamento e/ou relacionamento com os profissionais envolvidos. Estou ciente também que o menor poderá se retirar do estudo a qualquer momento.

- **Desistência**

Estou consciente de que, caso venha a participar deste projeto, estará livre para se afastar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo para a sua pessoa. Em hipótese alguma a sua desistência influenciará no seu tratamento ou relacionamento com os profissionais desta pesquisa.

- **Dúvidas**

Se houver outra dúvida ou explicação adicional, estarei livre a perguntar aos pesquisadores.

Assim,

Eu, _____ RG _____ autorizo genitor/responsável pelo menor _____ que o mesmo participe do projeto de pesquisa intitulado: **Autopercepção da saúde bucal e impacto do tratamento odontológico em adolescentes vítimas de abuso sexual**, bem como permito a execução de diagnóstico, planejamento, fotografias e tratamento em sua pessoa, por intermédio do Professor e profissionais envolvidos nesta pesquisa.

Afirmo ainda que recebi uma cópia deste documento aprovado pelo Comitê de ética do CISAM (CEP 040/08). Tel do Comitê de Ética CISAM: 3302-1716).

Nesses termos, assinamos.

Recife, ____ de _____ de 2008

Responsável (RG: _____)

Orientador

Pesquisador

Testemunha 1

Testemunha 2

ANEXOS**A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CISAM-UPE**

Parecer nº: CEP/CISAM 040/08

CAAE: 0040.0.250.000-008

Data da avaliação: 30.06.2008

Título do Projeto: Auto-Percepção da Saúde Bucal e Impacto do Tratamento Odontológico em Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual.

Pesquisador Responsável: Prof. Cláudio Heliomar Vicente da Silva

Estudo para ser apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco. O estudo tem por objetivo avaliar a auto-percepção da saúde bucal de adolescentes que sofreram abuso sexual, e identificar a importância da Odontologia dentro do contexto de reabilitação multidisciplinar de adolescentes vítimas deste tipo de violência.

Será composto por indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária entre 10 e 18 anos de idade, atendidos no programa de assistência às vítimas de violência dos serviços sociais do Hospital Correia Picanço e do CISAM – Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, da UPE.

Constam todos os documentos exigidos pela CONEP para apreciação de Projetos.

Do ponto de vista ético o Projeto apresentado a este CEP atende às normas da Resolução 196/96, da CONEP/CNS/MS.

Recife, 02 de julho de 2008

CEP / CISAM-UPE

Dr. Ronaldo M. de Albuquerque
Coordenador

Comitê de Ética em Pesquisa do CISAM – Fone/Fax: 33021716

CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS
R. na Visconde Momanganga, S/Nº - Fincruz/Itado-Recife- PE
CEP: 52.036-010- Fones (081) 3427.3700/3427.3911-4 FAX: (081) 3427.3659
C.N.P.J.: 11.022.597/0013-44

B – Revista de Saúde Pública



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0034-8910 *versão impressa*
ISSN 1518-8787 *versão on-line*

- [Categorias de artigos](#)
- [Autoria](#)
- [Processo de julgamento dos manuscritos](#)
- [Preparo dos manuscritos](#)
- [Suplementos](#)
- [Conflito de interesses](#)
- [Documentos](#)

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- [CONSORT](#) checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- [STARD](#) checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- [MOOSE](#) checklist e fluxograma para meta-análise
- [QUOROM](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- [STROBE](#) para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e

figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *4.000 palavras*.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *2.000 palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver [modelo](#)). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima*

deste número, os autores são listados no rodapé da página.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de *links* para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.

- b)** Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.
- c)** Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.
- d)** Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).
- e)** Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.
- f)** Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.
- g)** Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.
- h)** Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver [permissão expressa](#) dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org/>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois,

cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.fsp.usp.br/rsp), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção "submissão de artigo". Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção "submissão de artigos" e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção "consulta/ alteração dos artigos submetidos". Ao todo são oito situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- **Em avaliação com Editoria:** O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.
- **Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.
- **Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- **Aprovado**
- **Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de "consulta/ alteração dos artigos submetidos", o autor tem acesso às seguintes funções:

"Ver": Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

"Alterar": Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em "aguardando documentação".

"Avaliações/comentários": Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

"Reformulação": Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "[responsabilidade de autoria](#)"
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Suplementos

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capta da Revista.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Documentos

Cada autor deve ler, assinar e anexar os documentos: Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (enviar este somente após a aprovação). Apenas a Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada somente pelo primeiro autor (correspondente).

Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:

1. Declaração de responsabilidade
2. Agradecimentos

Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito para publicação:

3. Transferência de direitos autorais

1. Declaração de Responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados em rodapé na folha de rosto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

MODELO

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

"Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo."

"Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico."

"Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores."

Contribuição: _____

Local, data

Assinatura

Documentos

2. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos

Os autores devem obter permissão por escrito de todos os indivíduos mencionados nos Agradecimentos, uma vez que o leitor pode inferir seu endosso em dados e conclusões. O autor responsável pela correspondência deve assinar uma declaração conforme modelo abaixo.

MODELO

Eu, (nome por extenso), autor responsável pelo manuscrito intitulado (título):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito mas não preenchem os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos me forneceram permissão por escrito para tal.
- Certifico que, se não incluí uma sessão de Agradecimentos, nenhuma pessoa fez qualquer contribuição substancial a este manuscrito.

Local, Data

Assinatura

3. Transferência de Direitos Autorais

Enviar o documento assinado **por todos os autores** na ocasião da aprovação do manuscrito.

A RSP não autoriza republicação de seus artigos, exceto em casos especiais. Resumos podem ser republicados em outros veículos impressos, desde que os créditos sejam devidamente explicitados, constando a referência ao artigo original. Todas as solicitações acima, assim como pedidos de inclusão de links para artigos da RSP na SciELO em sites, devem ser encaminhados à Editoria Científica da Revista de Saúde Pública.

MODELO

"Declaro que em caso de aceitação do artigo por parte da Revista de Saúde Pública concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, vedado qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Faculdade de Saúde Pública e os créditos correspondentes."

Autores:

Título:

Local, data

Assinatura

Local, data

Assinatura

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2009 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Avenida Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo SP Brasil
Tel./Fax: +55 11 3068-0539



revsp@org.usp.br

C – Cadernos de Saúde Pública

Instruções para Autores

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 - Revisão – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 - Artigos – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 - Notas – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 5 ilustrações);

1.4 - Resenhas – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.5 - Cartas – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

1.6 - Debate – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.7 - Fórum – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

Instruções para Autores

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 - As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](http://www.anzctr.nz.gov.au)

- [ClinicalTrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)

- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](http://www.isrctn.com)

- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](http://www.trialregister.nl)

- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](http://www.umin.ac.jp)

- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](http://www.ictpr.org)

- Fontes de financiamento

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

- Conflito de interesses

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

- Colaboradores

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [International Committee of Medical Journal Editors](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuições substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

Instruções para Autores

- Agradecimentos

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

- Referências

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

- Nomenclatura

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

- Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da World Medical Association.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais

Instruções para Autores

sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

- Processo de submissão online

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

- Envio do artigo

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/> .

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 - *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e *abstract*; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br .

- Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

- Envio de novas versões do artigo

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

- Prova de prelo

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:

<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cademos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.