



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

VILDIANE CATIQUE DUARTE

**PREVALÊNCIA DA MÁ OCLUSÃO EM CRIANÇAS DA EDUCAÇÃO INFANTIL
NO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ**

BELÉM

2018

VILDIANE CATIQUE DUARTE

**PREVALÊNCIA DA MÁ OCLUSÃO EM CRIANÇAS DA EDUCAÇÃO INFANTIL
NO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de Cirurgião Dentista, pela Faculdade de Odontologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará.

Orientador: Prof. Dr. Helder Henrique Costa Pinheiro

BELÉM

2018

VILDIANE CATIQUE DUARTE

**PREVALÊNCIA DA MÁ OCLUSÃO EM CRIANÇAS DA EDUCAÇÃO INFANTIL
NO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de Cirurgião Dentista, pela Faculdade de Odontologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará.

Data de aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Helder Henrique Costa Pinheiro
Orientador - UFPA

Prof. Dr. Gustavo Antônio Martins Brandão
Membro examinador

Prof. Dra. Marizeli Viana de Aragão Araújo
Membro examinadora

Dedico a Deus

Aos meus pais, Jerias e Vilda

Aos meus irmãos, Jerílson, Isaías e Mayra

E aos meus pets, Milla, Agatha, Lily, Tinha, Okja, Padwan e Oliver.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu **Deus**, por ter planejado esse lindo sonho comigo. Por me sustentar nos momentos de angústia, ser meu alicerce nos momentos de fraqueza e minha fonte de alegria e amor, quando me sentia só. Sou grata por tudo. Nada é meu tudo é Teu.

A minha mãe **Vilda Rodrigues**, por sempre me incentivar a ser melhor, como filha, pessoa e profissional. Por sempre ter fé de que tudo daria certo, e deu mãezinha. Amo-te.

Ao meu pai **Jerias Duarte**, por estar ao meu lado e não medir esforços para pagar as infinitas listas de materiais. Amo-te.

Ao meu irmão **Jerilson Duarte**, que mesmo distante fisicamente, sempre esteve presente me apoiando e acreditando no meu potencial.

A meu irmão **Isaías Duarte**, por entender os meus surtos de estresse e agonia e mesmo assim me amar (risos).

A minha irmã **Mayra Duarte**, por sempre expressar o seu grande amor e compreender os momentos de ausência.

Aos meus amores, **Milla, Agatha, Lily, Tinha, Okja, Padwan, Oliver e Charlie** (in memoriam) por me ensinarem que o amor e a felicidade estão nos momentos mais simples da vida e que não se precisa de muito para ser feliz. Obrigada por me tornarem uma pessoa melhor.

A minha dupla **Deiseane Angelica**, por ser essa pessoa incrível que Deus me presenteou, a melhor dupla que eu poderia ter. Pela paciência e companheirismo durante esses cinco anos. Pela divisão dos materiais, almoços, água e lanches. Por sempre embarcar nas minhas loucuras e não me deixar só. Aos seus pais, **Dona Eliete, Seu Ricardo, Dany** e o **Jimmy**, por me acolherem em sua casa, em um momento muito difícil da minha vida. Obrigada pelo amor, carinho, preocupação e por me receberem como família. Amo vocês!

Ana Carolina e Letícia Silva, pela amizade sincera e companheirismo durante essa jornada. Vivemos momentos únicos que levarei com muita alegria. Esses cinco anos foram mais leves com vocês. Amo vocês!

Aos queridos irmãos da minha congregação **Oásis**, agradeço por torcerem por mim, e sempre me ajudarem comprando os meus tickets e churrascos para pagar a formatura.

Irmã **Tânia e Dário**, por me receberem intermitentemente em seu lar. Obrigada!

Professora **Andrea Joaquina**, por ser esse profissional brilhante. Suas palavras ditas nas aulas no 5º semestre, ao meio dia, foram combustíveis para que eu pudesse chegar até aqui.

A **Dona Paula**, nunca esquecerei sua paciência e carinho mesmo quando atrasávamos seu trabalho em plena clínica às 13:45.

A meu orientador professor **Helder Pinheiro**, por nos permitir realizar essa pesquisa e a oportunidade de amadurecermos diante de seus ensinamentos.

“Ó profundidade da riqueza da sabedoria e do conhecimento de Deus! Quão insondáveis são os seu juízos e inescrutáveis os seus caminhos”.
(Romanos 11:33)

**PREVALÊNCIA DA MÁ OCLUSÃO EM CRIANÇAS DA EDUCAÇÃO INFANTIL
NO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ. Artigo elaborado de acordo com as norma da
Revista Brasileira de Epidemiologia.**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. METODOLÓGIA	12
3. RESULTADOS	13
4. DISCUSSÕES	14
5. CONCLUSÃO	16
6. REFERÊNCIAS	17
APÊNDICE A	19
ANEXO 1- Ficha de exame	20
ANEXO 2- Termo de consentimento Livre e Esclarecido	21
ANEXO 3- Parecer consubstanciado do CEP	22
ANEXO 4- Normas da Revista Brasileira de Epidemiologia	25

**PREVALÊNCIA DA MÁ OCLUSÃO EM CRIANÇAS DA EDUCAÇÃO
INFANTIL NO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ.**

THE PREVALENCE OF MALOCCLUSIONS IN THE DECIDUOUS DENTITION
IN CHILDREN OF EARLY CHILDHOOD EDUCATION IN BELÉM DO PARÁ.

Vildiane Catique Duarte¹, Helder Henrique Costa Pinheiro¹

¹ Faculdade de Odontologia, Universidade de Federal do Pará, Belém-PA.

Trabalho de conclusão de curso.

Autor da correspondência: Helder Henrique Costa Pinheiro. Endereço: Av. Gov. Hélio
Gueiros, 135, Qd. 01 Lote 16, Coqueiro. Ananindeua, Pará. CEP: 67120-370. Telefone:
(91) 98146-8846. E-mail: helder@ufpa.br

Conflito de interesse: nada a declarar

Número do CAAE: 67814617.0.0000.5374

RESUMO

Introdução: A má-oclusão ocupa a terceira posição dos problemas mais prevalentes de saúde bucal, precedida por cárie e doença periodontal. O presente estudo teve o objetivo de estimar a prevalência das má-oclusões na dentição decídua em crianças da educação infantil em Belém do Pará. **Metodologia:** Foram examinadas 294 crianças de escolas públicas, de ambos os sexos. Utilizado um formulário para coleta de dados. A análise foi realizada por 3 examinadores previamente calibrados para avaliar sobremordida, sobressaliência, chave de canino, apinhamento, relação terminal do segundo molar decíduo, arco de Baume e vedamento labial. **Resultados:** Constatou-se a presença de 71% de algum tipo de má-oclusão nas crianças observadas. As condições mais frequentes foram chave de canino classes I e III, apinhamento, sobremordida profunda, sobressaliência. **Conclusão:** Não houve associação a hábitos, tipo de alimentação e período de amamentação. Observou-se associação entre chave de canino classe II com o sexo masculino e classe III com o feminino.

Palavras- Chaves: Má-oclusão, decídua, epidemiologia

ABSTRACT

Introduction: Malocclusion occupies the third position of the most prevalent oral health problems, preceded by caries and periodontal disease. The present study had the objective of estimating the prevalence of malocclusions in the deciduous dentition in children of pre-school education in Belém do Pará. **Methodology:** A total of 294 children from public schools of both sexes were examined. Used a form for data collection. The analysis was carried out by 3 examiners previously calibrated to evaluate overbite, overjet, canine key, crowding, terminal relation of the second deciduous molar, Baume arch and lip seal. **Results:** It was verified the presence of 71% of some type of malocclusion in the observed children. The most frequent conditions were canine classes I and III, crowding, deep overbite, overjet. **Conclusion:** There was no association with habits, type of feeding and period of breastfeeding. It was observed an association between canine wrench class II with males and class III with females.

Key words: Malocclusion, deciduous, epidemiology

1 INTRODUÇÃO

Os estudos em saúde pública sobre prevalência das más-oclusões fornecem dados epidemiológicos para avaliar o tipo e distribuição das características da oclusão de determinada população, necessidade e prioridade de tratamento¹.

As más-oclusões são variações morfológicas que alteram o crescimento e desenvolvimento, que acometem dentes, ossos e músculos da face, principalmente no período da infância e adolescência. São alterações que podem modificar a oclusão, mastigação e fala². A influência de fatores genéticos e ambientais são significativos para o desenvolvimento, contudo fatores externos, como a cárie dentária, e hábitos, como sucção digital, mamadeira, chupeta, bruxismo, respiração bucal, atuam como os principais fatores agravantes da má-oclusão³.

A má-oclusão ocupa a terceira posição dos problemas mais prevalentes de saúde bucal, precedida por cárie e doença periodontal⁴ e pode afetar crianças e adolescentes no período de desenvolvimento⁵. No Brasil as más-oclusões mais frequentes são a sobressaliência, mordida aberta anterior e a mordida cruzada posterior. A prevalência no Brasil é de 66,7% em crianças na faixa etária dos 5 anos, acometidas por pelo menos um tipo de má-oclusão⁶, precedidas pela dentição mista e permanente com 80% a 90% de má-oclusão, respectivamente⁷.

A má-oclusão é uma condição importante em saúde pública, pois afeta crianças e adolescentes e é de fundamental importância para o desenvolvimento da oclusão na dentição permanente. A maioria das más-oclusões não se autocorrigem⁸, mas com diagnóstico preventivo, pode-se simplificar tratamentos futuros e prevenir a má-oclusão permanente⁹.

A má-oclusão é uma variação do padrão normal da oclusão, de etiologia multifatorial e que atinge desde a idade mais precoce até a fase adulta. A compreensão da

distribuição da má-oclusão possibilita o melhor reconhecimento das possibilidades de ações preventivas desse agravo em saúde pública.

Estimar os impactos destes problemas bucais possibilitam o melhor direcionamento de ações e recursos para prevenção e tratamento.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi avaliar a prevalência de má-oclusão, em pré-escolares no município de Belém-PA.

2 METODOLOGIA

O estudo apresenta metodologia quantitativa com delineamento transversal com base populacional, tendo como referência uma população de crianças de escolas públicas do município de Belém, Pará.

O plano amostral constou da seleção de crianças nas idades de 4 a 6 anos. Para o cálculo do tamanho mínimo da amostra, considerou-se a prevalência estimada das condições de saúde bucal de 50%, com margem de erro absoluto de 7% e nível de confiança de 95%, sendo calculado um tamanho amostral mínimo de 196 pré-escolares.

Acrescentou-se 50% ao tamanho amostral mínimo, considerando 23% a taxa de não resposta à coleta de dados, sendo selecionadas 294 crianças em 5 unidades escolares. Foi solicitada a prévia autorização de exame pelos responsáveis a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) preenchido e devidamente assinado por seus responsáveis.

O índice utilizado para analisar Condição de Oclusão Dentária, foi baseado no Manual da Equipe de Campo produzido pelo Projeto SBBrasil 2010 (BRASIL, 2009)^{10,11}. Os aspectos observados foram: chave de canino, sobressaliência, sobremordida, mordida cruzada posterior, arco de Baume, Apinhamento, relação terminal de 2º molar e vedamento labial.

Houve composição de 3 equipes de campo, formadas cada uma por um examinador e um anotador, treinados e submetidos a processo de calibração, sendo calculado coeficiente de concordância entre examinadores (coeficiente de Kappa) no valor de 0,91. Tanto os examinadores quanto as crianças examinadas ficavam sentadas. Os exames transcorreram sob luz natural com auxílio de espátula de madeira.

Os dados foram coletados em fichas de papel e foram apurados no Programa Computacional *Microsoft Office Excel*, sendo posteriormente transferidos para o Programa *Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS versão 20.0)*, sendo elaboradas estatísticas descritivas, pelo cálculo dos estimadores. Foi aplicado o teste do qui-quadrado para verificação de independência entre as variáveis, adotando o nível de significância de 5%.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Leopoldo Mandic, e foi aprovado pelo Parecer nº 67814617.0.0000.5374. Além da autorização pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram consideradas a presença do aluno no dia do exame, condições gerais de saúde adequadas e permissão da criança em realizar o exame.

3 RESULTADOS

No presente estudo foram examinadas 224 crianças de 4 a 6 anos de idade, dentre elas, 46,88% meninos e 53,12% meninas. Os dados obtidos revelaram que 71% das crianças apresentavam algum tipo de má-oclusão.

Entre as más-oclusões avaliadas, a sobremordida esteve presente em 44,2% das crianças, sendo a sobremordida profunda sua categoria mais frequente (29,5%). Entre as categorias de sobressaliência, a mais frequente neste estudo foi a Sobressaliência Aumentada com 27,7%. Já em relação à chave de caninos, constatou-se que 63,4%

(n=142) foram classificadas com Classe I, 25% (n=56) com Classe II e 11,6% (n=26) como Classe III. **(Tabela 1).**

O apinhamento dentário esteve presente em 36,2% das crianças examinadas, e somente 5,4% apresentaram espaçamento >4mm. A relação terminal do 2º molar foi predominantemente reta (63,8%), seguida do terminal distal (18,3%) e mesial (17,9%).

Em relação ao tipo de arco (classificação de Baume), 53,6% apresentam o tipo II e 46,4% foram do tipo I. O vedamento labial esteve ausente em 13,4% das crianças examinadas **(Tabela 1).**

Em relação ao sexo, os meninos apresentaram maior frequência de chave de canino de classe II (31,4%) se comparada a frequência das meninas. Enquanto nas meninas a classe III foi mais frequente (15,1%) em comparação aos meninos ($p=0,046$).

Os resultados obtidos demonstraram que o sexo feminino apresentou maior prevalência de Sobressaliência (6,7%), Sobremordida aberta (10,1%), Arco de Baume tipo II (58%) e Degrau Mesial (18,5%). No sexo masculino, houve maior frequência de Arco de Baume tipo I (51,4%), e de grau distal da relação terminal do 2º molar (21,9%). Apesar dos dados obtidos, os resultados não foram estatisticamente significantes ($p>0,05$) **(Tabela 1).**

4 DISCUSSÃO

No Brasil, os resultados das condições bucais de oclusão dentária na idade de 5 anos apontaram a prevalência de 66,7% de má-oclusão, no levantamento realizado em 2010⁶.

No estudo realizado por Silva Filho et al (2002) em crianças de 3 a 6 anos na cidade de Bauru a prevalência de má-oclusão foi de 73%⁸. Em São Luís do Maranhão, 71,4% dos pré-escolares de 3 a 6 pesquisados apresentaram má-oclusão. Thomaz et al

(2005)⁹. A prevalência de má-oclusão em crianças de 3 e 6 anos de creches municipais da cidade de Piracicaba- SP, foi de 71,6%. Sedakyo et al (2004)¹². Em Belém, um estudo com pré-escolares de 2 a 6 anos, da rede pública e privada, obteve o percentual de 77,6% de crianças acometidas por má-oclusão. Normando et al (2008)¹³.

O estudo atual indicou que das 224 crianças examinadas, mais da metade (71%) apresentavam alteração, valores semelhantes aos demais estudos, contudo um pouco acima do valor da média nacional.

Entre as crianças portadoras de má oclusão, o tipo mais frequente encontrado foi a chave de canino classe I (63,4%), seguida pela classe II (25%) e classe III (16%). Os dados obtidos no SBBrasil (2010)⁶ e em Brandão et al (1996)¹⁴ corroboraram com do estudo atual, em que as classe I e II foram as mais prevalentes. Porém, os resultados divergiram do estudo realizado por Vilain et al (2016)¹⁵, com Classe I 81%, II 4% e III 15%, sendo Classe I e III mais prevalente.

Para a relação terminal dos segundo molares decíduos, observou-se a prevalência de plano reto, distal e mesial, os achados corroboram com o de Carvalho e Valença (2004)¹⁶. Para Raupp (2008)⁴ e Martins (2016)¹⁷ a sequência de resultados foi de plano reto, mesial e distal. Porém, para estudo realizado em Londrina, por Campos (2010)¹⁸, o plano mesial foi o mais prevalente seguido do de grau reto e distal. Tais divergências podem ser relacionadas a diferentes metodologias, coleta e interpretação de dados.

O apinhamento dentário apontou 36% dos casos, deparando-se com o resultado por Brandão (1996)¹⁴ de 5%, em pesquisa realizado na mesma região. Diante disto, podemos observar que os resultados obtidos são sete vezes superiores ao estudo anterior.

Encontrou-se uma prevalência de sobremordida profunda de 29,5%. Cavalcante (2008)¹⁹, Leôncio (2015)²⁰ e Castro (2002)²¹ apontaram para escolares deste mesmo tipo

de dentição uma prevalência de 20,5%, 28% e 27%, próximo da realidade observada no presente estudo.

Em relação ao arco de Baume (tipo I e tipo II), alguns estudos apresentaram resultados semelhantes ao da presente pesquisa, Raupp et al., 2008⁴; Leôncio et al(2015)²⁰. Contudo, os resultados diferem de Baume (1950)²²; Vilain (2016)¹⁵; Cândido et al (2010)²³ que apresentaram o arco tipo I como mais prevalente.

Em um estudo epidemiológico com pré-escolares no município de Belém (1996), a mordida cruzada anterior esteve presente em 6,2% das crianças examinadas¹⁴. Normando et al (2008)¹³, avaliando a má-oclusão na dentição decídua, constatou a ocorrência de 4,5%, resultados próximos aos atuais. Contudo, são superiores aos encontrados no Brasil e região norte, 3% e 2,1%, respectivamente⁶.

Tomando como base a prevalência, este estudo obteve a mordida aberta anterior num percentual semelhante ao encontrado por Tereza et al¹⁵; Normando et al.¹³; Brandão et al¹⁴. Esse valor é inferior aos encontrados por Miotto et al.²⁴; Leôncio et al.²⁰; Campos et al.¹⁸. Essa diferença, em relação a prevalência pode ser explicada devido a relação da mordida aberta e prevalência de hábitos deletérios, sendo um fator de risco associado ao desenvolvimento da má-oclusão. Contudo, neste estudo não houve associação ou relação estatística significativa. Portanto, mais estudos devem ser realizados para verificar essa relação na dentição decídua no município de Belém.

5 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo revelaram uma prevalência de pelo menos um tipo de má oclusão, em 71% dos pré-escolares. As más oclusões mais prevalentes foram, chave de canino classe I 63,4%, plano terminal reto 63,8% e apinhamento 36,2%. Não houve associação a hábitos, tipo de alimentação e período de amamentação. É possível

afirmar que existe um elevado índice de má oclusão na dentadura decídua no município de Belém- PA, o que denota um problema de saúde pública. É necessária a realização de mais pesquisas e a implementação de ações públicas preventivas para redução da alta prevalência de má oclusão.

REFERÊNCIA

- 1-Fraza, P et al. Prevalência de oclusopatia na dentição decídua e permanente de crianças na cidade de São Paulo, Brasil, 1996.
- 2- Simões W A. Prevenção das oclusopatias. *Ortodontia*, 1978;11:117-125.
- 3- Moyers R E. Etiologia da Maloclusão. In: AUTOR (Org.). *Ortodontia*. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.p. 156-66.
- 4- Raupp SMM. Contribuição ao estudo das características morfofuncionais da dentição decídua: análise em pré-escolares da cidade de Canoas/ RS. *PesqBrasOdontopedClín Integra*, 2008, v.8, n.2, p. 197-202.
- 5-OMS (Organização Mundial da Saúde), 1991. *Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal: Manual de Instruções*. 3a Ed. São Paulo: Editora Santos.
- 6-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Projeto SB Brasil 2010; Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde,2012.
- 7-Silva CHT, Araújo TM. Prevalência de más oclusões em escolares na Ilha do Governador, Rio de Janeiro. Parte 1: Classes I, II e III e mordida cruzada. *Ortodontia*, 1983; 16:10-16.
- 8- Silva Filho OG, Silva PRB, Rego MVNN, Silva FPL, Cavassan AO. Epidemiologia da má-oclusão da dentadura decídua. *Ortodontia*, 2002; 25: 22-33
- 9- Thomaz EBAF, Valença AMG. Prevalência de má-oclusão e fatores relacionados à sua ocorrência em pré-escolares da cidade de São Luís-MA- Brasil. *Rev Pós-Grad*. 2005; 12 (2): 212-21.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SBBrasil 2010: Manual da Equipe de Campo. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 11- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: Condições de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do Examinador. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 12- Sadakyio C. Prevalência de má oclusão em pré-escolares de Piracicaba/ SP. *Ciênc Odontol Bras*, 2004, v.7,n.2,p.92-9.

- 13- Normando TS. Estudo Epidemiológico de Ocorrência da Má Oclusão na Dentição Decídua de Crianças da Rede Pública e Privada do Município de Belém- Pará. [Dissertação de Mestrado]. Belém: Curso de Odontologia da UFPA;2008.
- 14-Brandão AMM, Normando ADC, Sinimbu CMB, Milhomem SC, Esteves RA. Oclusão normal e má oclusão na dentição decídua: um estudo epidemiológico em pré-escolares do município de Belém-PA. *Rev Paraense Odontol*.1996; 1: 13-7
- 15- Vilain CT, Mendes L, Simões PW, Just de Jesus VP, Ceretta LB, Ceretta AR et al. Prevalência de Malocclusão em crianças de 05 anos de idade em um município Catarinense. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*, 2016; 28(3): 210-22
- 16-Carvalho KL, Valença AMG. Prevalência das características Normais da Oclusão Decídua em Crianças de 2 a 6 anos. *PesqBrasOdontopedClinInteg* 2004; 1(2); 113-20.
- 17- Martins JDP. Prevalência de má oclusão em pré-escolares no município de Boa Vista-PB. 2016. 44f. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2016.
- 18- Campos GAB. Prevalence of malocclusions and normal occlusions in children between 3 and 5 years of age. 2010. 43 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Norte do Paraná, Londrina, 2010.
- 19-Cavalcanti AL, Bezerra PKM, Alencar CRB, Moura C. Prevalência de malocclusão em escolares de 6 a 12 anos de idade, em Campina Grande, PB, Brasil. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2008 jan-abr;8(1):99
- 20- Leôncio LL, Furtado KKFA, Chacon LD, Nóbrega CBC, Costa LED, Queiroz FS. Prevalência de má-oclusão em crianças de cinco anos de idade do município de Patos, PB. *ArqOdontol, Belo Horizonte* 2015 jan-mar; 51(1):25-31.
- 21-Castro LA de, Modesto A, Vianna R, Soviero VLM. Estudo transversal da evolução da dentição decídua: forma dos arcos, sobressaliência e sobremordida. *PesquiOdontol Bras* 2002; 16 (4):367-373.
- 22- Baume, L. J. Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion. I.The biogenetic course of the deciduous dentition. *J Dent Res*. 1950; 29:123-31.
- 23- Cândido IRF, Figueiredo ACP, Cysne SS, Santiago BM, Valença AMG. Características da Oclusão Decídua em Crianças de 2 a 5 Anos de Idade em João Pessoa, PB, Brasil. *PesqBrasOdontopedClinIntegr*, João Pessoa, 10(1):15-22, jan./abr. 2010
- 24-Miotto MHMB. Prevalência de mordida aberta anterior associada a hábitos orais em crianças de 3a 5anos de Vitória, ES. *Rev.CEFAC*.Jul- Ago,v.16, n.4,p.1303-1310, 2014.

APÊNDICE A

Tabela 1. Prevalência de má-oclusão associado ao sexo. Belém, 2018.

Condições observadas	Sexo						P
	Masculino		Feminino		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Chave de Caninos							0,046
Classe I	64	61,0	78	65,5	142	63,4	
Classe II	33	31,4	23	19,3	56	25,0	
Classe III	8	7,6	18	15,1	26	11,6	
Sobressaliência							0,584
Normal	65	61,9	73	61,3	138	61,6	
Aumentado	31	29,5	31	26,1	62	27,7	
Topo a topo	3	2,9	8	6,7	11	4,9	
Cruzada anterior	6	5,7	7	5,9	13	5,8	
Sobremordida							0,601
Normal	61	58,1	64	53,8	15	55,8	
Reduzida	6	5,7	9	7,6	15	6,7	
Aberta	6	5,7	12	10,1	18	8,0	
Profunda	32	30,5	34	28,6	66	29,5	
Mordida cruzada posterior							0,601
Ausência	103	98,1	114	95,8	217	96,9	
Unilateral	1	1,0	3	2,5	4	1,8	
Bilateral	1	1,0	2	1,7	3	1,3	
Arco de Baume							0,159
Tipo 1	54	51,4	50	42,0	104	46,4	
Tipo 2	51	48,6	69	58,0	120	53,6	
Apinhamento							0,563
Ausente	63	60,0	68	57,1	131	58,5	
Presente	35	33,3	46	38,7	81	36,2	
Espaçamento > 4mm	7	6,7	5	4,2	12	5,4	
Relação Terminal 2º Molar							0,424
Reta	64	61,0	79	66,4	143	63,8	
Degrau distal Classe II	23	21,9	18	15,1	41	18,3	
Degrau mesial Classe III	18	17,1	22	18,5	40	17,9	
Vedamento labial							0,446
Ausente	16	15,2	14	11,8	30	13,4	
Presente	89	84,8	105	88,2	194	86,6	
Total	105	100,0	119	100,0	224	100,0	-----

p: probabilidade do teste qui-quadrado.

Anexo 1 - Ficha do exame

INFORMAÇÕES GERAIS

Nº Identificação

Escola

Idade em anosSexo

Examinador

Orig./dupl.

CONDIÇÃO DA OCLUSÃO DENTÁRIA

1- Classe I
2- Classe II
3- Classe III

Chave de Caninos

0- Normal
1- Aumentado
2- Topo a topo
3- Cruzada anterior

Sobres-saliência

0- Normal
1- Reduzida
2- Aberta
3- Profunda

Sobre-mordida

0- Ausência
1- Unilateral
2- Bilateral

Mordida Cruzada Posterior

1- Tipo 1
2- Tipo 2

Arco de Baume

0- Ausente
1- Presente
2- Espaçamento >4mm

Apinha-mento

1- Reta
2- Degrau distal Classe II
3- Degrau mesial Classe III

Relação Terminal 2º Molar

0- Ausente
1- Presente

vedamento labial

TRAUMATISMO DENTÁRIO

52 51 61 62

82 81 71 72

0- Ausente
1- Fratura de esmalte
2- Fratura de dentina
3- Fratura c/exposição pulpar
4- Ausência por traumatismo

T

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

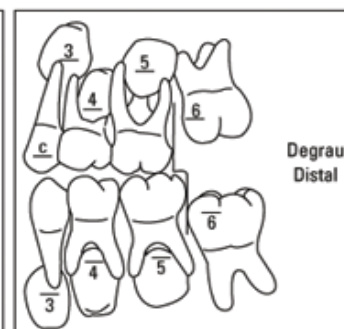
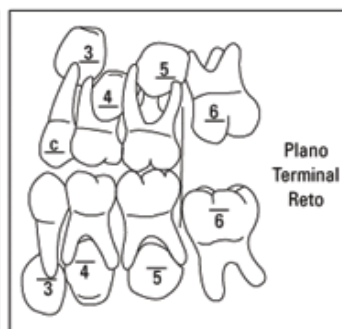
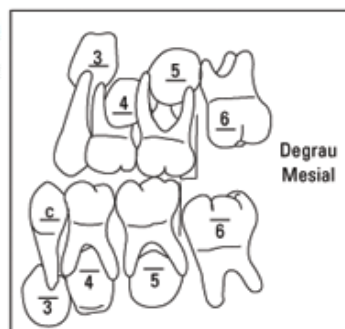
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
C										
T										
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
C										
T										

Coroa	
A	Higido
B	Cariado
C	Restaurado mas com cárie
D	Restaurado e sem cárie
E	Perdido devido à cárie
F	Perdido por outras razões
G	Apresenta selante
H	Apoio de ponte ou coroa
K	Não erupcionado - raiz não exposta
T	Trauma (fratura)
L	Dente excluído

Código	Tratamento
0	Nenhum
1	Restauração de 1 superfície
2	Restauração de 2 ou mais superfícies
3	Coroa por qualquer razão
4	Faceta estética
5	Tratamento pulpar e restauração
6	Extração
7	Remineralização de mancha branca
8	Selante
9	Sem informação

ALTERAÇÃO GENGIVAL

0- Ausência de sangramento (< 3 coroas)
1- Presença de sangramento (3 ou mais coroas)



Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “PREVALÊNCIA DE TRAUMATISMO DENTÁRIO, CÁRIE DENTÁRIA, GENGIVITE E MALOCLUSÃO EM PRÉ-ESCOLARES DE BELÉM DO PARÁ”. Neste estudo pretendemos avaliar o número de crianças que são afetadas pelo traumatismo dentário, cárie dentária, gengivite e maloclusões dentária (termo utilizado para se referir ao alinhamento dos dentes), além de verificar se há associação ou não com a qualidade de vida de seu filho.

Deixa-se bem claro que as informações contidas nesse questionário referem-se a qualidade de vida da criança, se ela tem dificuldades para comer, brincar, sorrir, entres outros por causa dos dentes, se estas afetam suas atividades do dia-a-dia.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para autorizar a participação ou recusar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (a) Sr (a) e seu menor não serão identificados em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade São Leopoldo Mandice e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade nº _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “PREVALÊNCIA DE TRAUMATISMO DENTÁRIO, CÁRIE DENTÁRIA, GENGIVITE E MALOCLUSÃO EM PRÉ-ESCOLARES DE BELÉM DO PARÁ”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belém, _____ de _____ de _____.

Participante responsável

Testemunha

Pesquisador Responsável: Paulo Fernando Mendes de Figueiredo

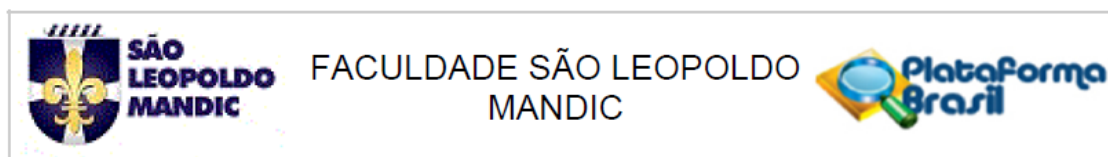
Endereço: Rua Domingos Marreiros 907, Apto 1001 Umarizal. CEP: 66055-215. Belém/PA

Fone: (91)3223-5545/ 98125-1595 / E-mail: paulofernandoff@gmail.com

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em pesquisa da São Leopoldo Mandic, Rua José Rocha Junqueira, 13. CEP. 13045-755 Campinas/SP

Fone: (19) 3211-3600 / email: cep@slmandic.edu.br

Anexo 3-Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE OCLUSOPATIAS ASSOCIADAS AO ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS DE 3 A 5 ANOS DE BELÉM, PA.

Pesquisador: PAULO FERNANDO MENDES DE FIGUEIREDO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67814617.0.0000.5374

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS ODONTOLÓGICAS SÃO LEOPOLDO MANDIC SS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.270.703

Apresentação do Projeto:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que as condições nutritivas e imunológicas do leite materno não podem ser substituídas por nenhum outro produto natural ou sintetizado. Porém, ainda não reconhece as graves lesões produzidas no sistema estomatognático pela falta de estímulos paratípicos provenientes da amamentação no seio materno, os quais são imprescindíveis para o bom desenvolvimento do sistema, no período mais importante da vida do novo ser (Rochelle IMF et al 2010). Portanto, o estudo das oclusopatias e de sua relação com os hábitos deletérios bucais e o desequilíbrio funcional da oclusão decidua apresenta relevância, tanto no setor público como em clínicas particulares, a fim de se obter parâmetros de atuação para programas ortopédicos funcionais destinados à comunidade - que, que em geral, apresenta baixa frequência de aleitamento natural com alta prevalência de desmame precoce (Rochelle et al., 2010).

Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo terá por finalidade conhecer a prevalência de oclusopatias e suas associações com o aleitamento materno em crianças de Belém.

Endereço: Rua José Rocha Junqueira Nº13

Bairro: Swift

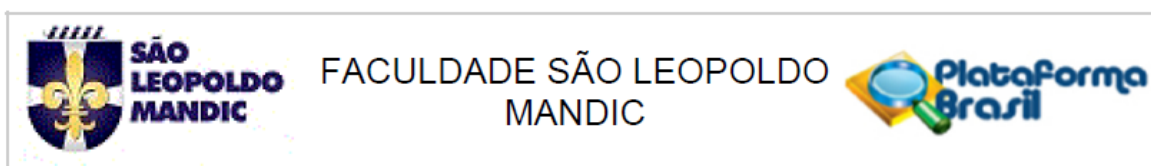
UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3518-3601

CEP: 13.045-755

E-mail: cep@slmandic.edu.br



Continuação do Parecer: 2.270.703

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram adequadamente apresentados. Como riscos, pode haver contaminação cruzada com espátulas, espelhos clínicos e outros acessórios, sendo estes riscos excluídos com o uso de materiais descartáveis e protocolos de biossegurança com uso de equipamentos de proteção individual para proteger o pesquisador e os pesquisados. Como benefícios, será conhecida a prevalência de má oclusões e suas associações com o aleitamento materno nas crianças da cidade de Belém.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta-se bem embasada e descrita, com informações sobre os procedimentos a serem realizados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários para aprovação no CEP foram apresentados, incluindo a declaração de uso de infra-estrutura, TCLE, projeto, avaliação de riscos e benefícios e folha de rosto do CEP. A pesquisa apresenta-se bem embasada e descrita. O tamanho amostra foi justificado e o cronograma está ajustado para a data de início após a aprovação do projeto pelo CEP.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deve atentar que o projeto de pesquisa aprovado por este CEP refere-se ao protocolo submetido para avaliação, ficando este isento de co-responsabilidade mediante pesquisas já realizadas. Portanto, conforme a Resolução CNS n. 466/12, o pesquisador é responsável por "desenvolver o projeto conforme delineado", e, se caso houver alteração nesse projeto, este CEP deverá ser comunicado em emenda via Plataforma Brasil, para nova avaliação.

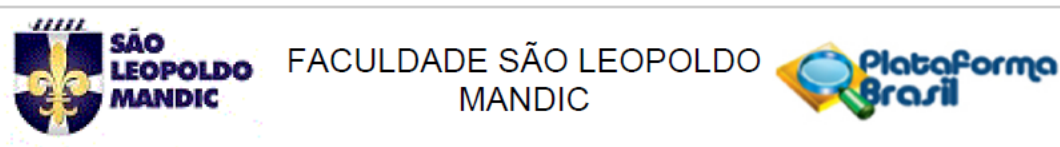
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua José Rocha Junqueira Nº13
 Bairro: Swift
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3518-3601

CEP: 13.045-755

E-mail: cep@slmandic.edu.br



Continuação do Parecer: 2.270.703

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_833675.pdf	28/08/2017 08:16:43		Aceito
Folha de Rosto	Fol.pdf	28/08/2017 08:16:08	PAULO FERNANDO MENDES DE FIGUEIREDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_PF_final1234567.docx	25/08/2017 10:51:26	PAULO FERNANDO MENDES DE FIGUEIREDO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Doc.pdf	22/08/2017 14:35:37	PAULO FERNANDO MENDES DE FIGUEIREDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_editado_paulofernando.docx	13/06/2017 15:40:28	PAULO FERNANDO MENDES DE FIGUEIREDO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisador.pdf	14/04/2017 17:51:36	PAULO FERNANDO MENDES DE FIGUEIREDO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 12 de Setembro de 2017

Assinado por:
Fabiana Mantovani Gomes França
 (Coordenador)

Endereço: Rua José Rocha Junqueira Nº13
 Bairro: Swift
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3518-3601

CEP: 13.045-755

E-mail: cep@slmandic.edu.br

Anexo 4- Normas da Revista Brasileira de Epidemiologia



Revista Brasileira de Epidemiologia

<http://www.scielo.org/revistas/rbepid/pedboard.htm>

Instruções aos autores

Escopo e política

A Revista Brasileira de Epidemiologia tem por finalidade publicar Artigos Originais inéditos (máximo de 21.600 caracteres), inclusive os de **revisão** crítica sobre um tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins. Serão aceitas somente Revisões Sistemáticas e Metanálises; não serão aceitas Revisões Integrativas.

Publica, também, artigos para as seguintes seções:

Artigos Metodológicos: Artigos que se dedicam a analisar as diferentes técnicas utilizadas em estudos epidemiológicos;

Debate: destina-se a discutir diferentes visões sobre um mesmo tema, que poderá ser apresentado sob a forma de consenso/dissenso, artigo original seguido do comentário de outros autores, reprodução de mesas redondas e outras formas semelhantes;

Notas e Informações: notas prévias de trabalhos de investigação, bem como breves relatos de novos aspectos da epidemiologia, além de notícias relativas a eventos da área, lançamentos de livros e outros (máximo de 6.450 caracteres); **Cartas ao Editor:** comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia (de 3.260 até 4.570 caracteres).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Epidemiologia, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Após o envio do parecer, os autores devem assinar uma declaração, de acordo com modelo fornecido pela RBE (Declaração de Exclusividade, Declaração de Direitos Autorais e Declaração de Conflito de Interesses). Os conceitos emitidos em qualquer das seções da Revista são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Os manuscritos publicados são de responsabilidade da Revista, sendo vedada a reprodução — mesmo que parcial — em outros periódicos, assim como a tradução para outro idioma sem a autorização do Conselho de Editores. Assim, todos os trabalhos, quando aprovados para publicação, deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais contendo a assinatura dos autores, conforme modelo fornecido posteriormente pela Revista.

Cada manuscrito é apreciado por no mínimo dois relatores, indicados por um dos Editores Associados, a quem caberá elaborar um relatório final conclusivo a ser submetido ao Editor Científico. Na primeira etapa da submissão, a secretaria verifica se todos os critérios estabelecidos foram atendidos, e entra em contato com o autor. O manuscrito é encaminhado para a apreciação dos editores somente se atender a todas as normas estabelecidas pela RBE.

A Revista Brasileira de Epidemiologia não cobra taxas para a submissão de manuscritos, ou para a avaliação ou publicação de artigos

Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Medida exigida desde o início da publicação da RBE e que reafirmamos, exigindo especial menção no texto dos artigos. Tal exigência pode ser dispensada em alguns tipos de estudo que empregam apenas dados agregados, sem identificação de sujeitos, disponíveis em bancos de dados e tão comuns na área da saúde. Nenhuma instância é melhor que um CEP para analisar a natureza das propostas de investigação, seguindo a orientação da

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS). O CEP que aprova a investigação deve ser registrado na CONEP.

Em particular, devem ser contempladas as seguintes Resoluções:

196/96, reformulada pela 446/11, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;

251/97, sobre Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos para a área temática de Pesquisa com Novos Fármacos, Medicamentos, Vacinas e Testes Diagnósticos;

292/99 e sua Regulamentação de agosto de 2002, que dizem respeito à área temática especial de Pesquisas Coordenadas do Exterior ou com Participação Estrangeira e Pesquisas que Envolvam a Remessa de Material Biológico para o Exterior.

A Revista Brasileira de Epidemiologia apoia as políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) para registro de ensaios clínicos, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, serão aceitos para publicação somente os artigos de pesquisa clínicos que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação/aprovação deverá ser registrado na Folha de rosto. As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

Apresentação do manuscrito

Os manuscritos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol devem ser acompanhados do resumo no idioma original do artigo, além de abstract em inglês. Os artigos em inglês devem ser acompanhados do abstract no idioma original do artigo, além de resumo em português.

O manuscrito deve ser acompanhado de documento a parte com carta ao editor, justificando a possível publicação. Estes devem ter o máximo de 21.600 caracteres e 5 ilustrações, compreendendo Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão (Folha de rosto, Referências Bibliográficas e Ilustrações não estão incluídas nesta contagem). O arquivo deve apresentar a seguinte ordem: Folha de rosto, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências Bibliográficas e Ilustrações. O manuscrito deve ser estruturado, apresentando as seções: Folha de rosto, Resumo, Abstract, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências e Ilustrações. O arquivo final completo (folha de rosto, seções, referências e ilustrações) deve ser submetido somente no formato DOC (Microsoft Word), e as tabelas devem ser enviadas em formato editável (Microsoft Word ou Excel), devendo respeitar a seguinte formatação:

Margens com configuração “Normal” em todo o texto (superior e inferior = 2,5 cm; esquerda e direita = 3 cm); Espaçamento duplo em todo o texto; Fonte Times New Roman, tamanho 12 em todo o texto; não utilizar quebras de linha; não utilizar hifenizações manuais forçadas.

Folha de Rosto

Os autores devem fornecer os títulos do manuscrito em português e inglês (máximo de 140 caracteres), título resumido (máximo de 60 caracteres), dados dos autores*, dados do autor de correspondência (nome completo, endereço e e-mail), agradecimentos, existência ou ausência de conflitos de interesses, financiamento e número de identificação/aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Deve ser especificada, também, a colaboração individual de cada autor na elaboração do manuscrito.

A indexação no SciELO exige a identificação precisa da afiliação dos autores, que é essencial para a obtenção de diferentes indicadores bibliométricos. A identificação da afiliação de

cada autor deve restringir-se a nomes de entidades institucionais, Cidade, Estado e País (sem titulações dos autores).

O financiamento deve ser informado obrigatoriamente na Folha de rosto. Caso o estudo não tenha contato com recursos institucionais e/ou privados, os autores devem informar que o estudo não contou com financiamento. Os Agradecimentos devem ter 460 caracteres no máximo.

Resumo e Abstract

Os resumos devem ter 1600 caracteres no máximo, e devem ser apresentados na a forma estruturada, contemplando as seções: Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão. As mesmas regras aplicam-se ao *abstract*.

Os autores deverão apresentar no mínimo 3 e no máximo 6 palavras-chave, bem como as respectivas Keywords, que considerem como descritores do conteúdo de seus trabalhos, no idioma em que o artigo foi apresentado e em inglês. Esses descritores devem estar padronizados conforme os DeCS (<http://decs.bvs.br/>).

Ilustrações

As tabelas e figuras (gráficos e desenhos) deverão ser inseridas no final do manuscrito, não sendo permitido o envio em páginas separadas. Devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução de forma reduzida, quando necessário. Fornecer títulos em português e inglês, inseridos fora das ilustrações (não é necessário o corpo da tabela e gráficos em inglês). Deve haver quebra de página entre cada uma delas, respeitando o número máximo de 5 páginas dedicadas a Tabelas, Gráficos e Figuras. Apresentá-las após as Referências, no final do manuscrito (em arquivo único).

As ilustrações podem no máximo ter 15 cm de largura e devem ser apresentadas dentro da margem solicitada (configuração nomeada pelo Word como “Normal”). Não serão aceitas ilustrações com recuo fora da margem estabelecida.

Imagens

Fornecer as fotos em alta resolução; fornecer os gráficos em formato editável (preferencialmente PDF).

Tabelas, Equações, Quadros e Fluxogramas

Sempre enviar em arquivo editável (Word ou Excel), nunca em imagem; não formatar tabelas usando o TAB; utilizar a ferramenta de tabelas do programa; nas tabelas, separar as colunas em outras células (da nova coluna); não usar espaços para as divisões.

Abreviaturas

Quando citadas pela primeira vez, devem acompanhar o termo por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

Referências

Devem ser numeradas de consecutiva, de acordo com a primeira menção no texto, utilizando algarismos arábicos. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética de autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos 6 primeiros autores, seguidos da expressão et al. quando ultrapassarem esse número. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, sendo apresentados somente no corpo do texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em vias de publicação, deverá ser indicado: título do periódico, ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses “no prelo”. As publicações não convencionais, de difícil acesso, podem ser citadas desde que os autores indiquem ao leitor onde localizá-las. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Exemplos de referências

Artigo de periódico

Szklo M. Estrogen replacement therapy and cognitive functioning in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 1048-57.

Livros e outras monografias

Lilienfeld DE, Stolley PD. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1994.

Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Tese e Dissertação

Bertolozzi MR. Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.

Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Mendes Gonçalves RB. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. In: Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1990 set 2-6; Campinas (Br). Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p. 347-61.

Relatório da OMS

World Health Organization. Expert Committee on Drug Dependence. 29th Report. Geneva; 1995. (WHO - Technical Report Series, 856).

Documentos eletrônicos

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics. [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Systems; 1993.

Observação

A Revista Brasileira de Epidemiologia adota as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no New England Journal of Medicine, 1997; 336: 309, e na Revista Panamericana de Salud Publica, 1998; 3: 188-96 (http://www.icmje.org/urm_main.html).

Envio de manuscritos

Os manuscritos são submetidos online, através da plataforma SciELO (<http://submission.scielo.br/index.php/rbepid/editor/submission/11821>).

Assinaturas

A Revista Brasileira de Epidemiologia está disponível online em acesso aberto e gratuito. O periódico adota a licença Creative Commons.