

MUCOSITE ORAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM UM SERVIÇO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA DO RECIFE

Título menor: Mucosite Oral em Oncologia Pediátrica: Perfil Epidemiológico em Recife

Maria Clara Montenegro Costa Maranhão¹, Maria Eduarda Freire Filgueira¹, Andressa Michelly Sampaio da Rocha e Silva¹, Maria Cecília Souza Pires Gurgel², Wesley Rodrigues da Silva³, Fabiana Moura da Motta Silveira³.

1-Discentes de odontologia da Faculdade Pernambucana de Saúde;

2-Discente de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde;

3-Docentes de odontologia da Faculdade Pernambucana de Saúde

ORCID:

Maria Clara Montenegro Costa Maranhão: 0009-0004-1640-6977

Maria Eduarda Freire Filgueira: 0009-0000-2616-8387

Andressa Michelly Sampaio da Rocha e Silva: 0009-0001-2289-4477

Maria Cecília Souza Pires Gurgel: 0000-0002-6462-1696

Wesley Rodrigues da Silva: 0000-0002-0430-4656

Fabiana Moura da Motta Silveira: 0000-0001-8905-2373

RESUMO

Introdução: O câncer pediátrico é caracterizado pela proliferação descontrolada de células. Diferentemente dos adultos, fatores genéticos possuem maior relevância. Os tipos mais comuns incluem leucemias, linfomas e tumores do sistema nervoso central, com previsão de 430 mil novos casos até 2025 no Brasil, sobretudo no Sudeste e Nordeste. Apesar da incidência, a taxa de cura chega a 70% quando há diagnóstico e tratamento precoce. O tratamento envolve cirurgia, quimioterapia e radioterapia, que também geram efeitos adversos, como a mucosite oral, inflamação que compromete a qualidade de vida e requer abordagem multidisciplinar. **Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico da mucosite oral em pacientes pediátricos em tratamento oncológico no IMIP. **Método:** Estudo de coorte prospectivo. **Resultados:** Entre 426 pacientes, 22 (5,2%) desenvolveram mucosite oral, totalizando 30 episódios. Predominaram meninos (63,3%), ≤ 9 anos (53,3%) e Leucemia Linfóide Aguda (76,7%). Em 86,7% houve associação ao metotrexato em altas doses. A maioria foi de baixa gravidade (Grau I: 46,7%; Grau II: 40,0%), com interrupção terapêutica em 3,3%. A laserterapia mostrou-se eficaz, com cicatrização média de 3,4 dias. Higiene oral foi satisfatória em 76,7%, sem associação significativa entre gravidade e variáveis analisadas. **Conclusão:** A mucosite oral apresentou baixa incidência e predomínio de casos leves (Grau I e II), principalmente ligados ao metotrexato em altas doses. A fotobiomodulação foi eficaz, promovendo rápida cicatrização. Associada a cuidados orais, protocolos padronizados e intervenção precoce, contribui para manejar a

mucosite, manter a quimioterapia, melhorar a qualidade de vida e otimizar desfechos oncológicos infantis.

Descritores: Mucosite; Quimioterapia; Saúde bucal.

ABSTRACT

Introduction: Pediatric cancer is characterized by uncontrolled cell proliferation. Unlike in adults, genetic factors are more relevant. The most common types include leukemia, lymphoma, and central nervous system tumors, with 430,000 new cases expected by 2025 in Brazil, especially in the Southeast and Northeast regions. Despite the high incidence, the cure rate reaches 70% with early diagnosis and treatment. Treatment involves surgery, chemotherapy, and radiotherapy, which also produce adverse effects, such as oral mucositis, an inflammation that compromises quality of life and requires a multidisciplinary approach. **Objective:** To outline the epidemiological profile of oral mucositis in pediatric patients undergoing cancer treatment at IMIP. **Method:** Prospective cohort study. **Results:** Among 426 patients, 22 (5.2%) developed oral mucositis, totaling 30 episodes. Boys predominated (63.3%), ≤ 9 years (53.3%), and Acute Lymphoblastic Leukemia (76.7%). High-dose methotrexate was associated with 86.7% of the cases. Most were mild (Grade I: 46.7%; Grade II: 40.0%), with treatment discontinuation in 3.3%. Laser therapy proved effective, with a mean healing time of 3.4 days. Oral hygiene was satisfactory in 76.7%, with no significant association between severity and the variables analyzed. **Conclusion:** Oral mucositis had a low incidence and a predominance of mild cases (Grades I and II), mainly associated with high-dose methotrexate. Photobiomodulation was effective, promoting rapid healing. Combined with oral care, standardized protocols, and early intervention, it contributes to managing mucositis, maintaining chemotherapy, improving quality of life, and optimizing childhood cancer outcomes.

Keywords: Mucositis; Chemotherapy; Oral health.

I. INTRODUÇÃO

O câncer pediátrico corresponde a um grupo específico de várias doenças que se desenvolve pela proliferação descontrolada e desordenada de células, podendo ocorrer em qualquer sítio e não possui etiologia completamente elucidada. É estudado separadamente dos cânceres adultos em função das suas peculiares características histológicas e comportamento clínico¹. Na infância, os fatores de risco não estão intimamente associados ao desenvolvimento das neoplasias. Contudo, os fatores genéticos e hereditários têm sido descritos como os principais responsáveis pelo desenvolvimento dos cânceres³. Os tumores mais frequentemente encontrados neste grupo são os hematológicos, seguido dos tumores de sistema nervoso central e outros tumores sólidos⁴.

Estima-se que, globalmente, mais de 400.000 crianças e adolescentes entre 0 e 18 anos são diagnosticados com câncer anualmente. A sobrevivência, no entanto, apresenta uma disparidade marcante: enquanto em países de alta renda as taxas de cura podem exceder 80%, a média global é significativamente mais baixa, situando-se em torno de 30% em muitas regiões de baixa e média renda. Este contraste evidencia que o prognóstico está intrinsecamente ligado ao acesso a serviços de oncologia pediátrica especializados, onde o diagnóstico precoce e o tratamento adequado elevam as chances de cura para até 70% ou mais, mesmo em contextos de renda média⁵.

O câncer infantil está fundamentado em três pilares terapêuticos principais: cirurgia, quimioterapia e radioterapia. A escolha da modalidade de tratamento é

determinada pelo estadiamento da doença, pelas características histológicas do tumor e pelas condições clínicas individuais do paciente⁶. Dentre estas modalidades, a quimioterapia destaca-se por sua ação direcionada contra células de proliferação rápida, o que inclui tanto as células neoplásicas quanto as saudáveis, resultando em efeitos adversos significativos, como a mucosite oral (MO) ^{6,7}. Esta condição, caracterizada por ulcerações e inflamação da mucosa bucal, frequentemente leva a complicações graves, incluindo dor intensa, disfagia, disgeusia, inapetência, elevado risco de infecções sistêmicas, desidratação e desnutrição^{8,9}. Tais manifestações não apenas comprometem severamente a qualidade de vida dos pacientes pediátricos, mas também podem resultar na interrupção ou redução das doses da terapia antineoplásica, impactando negativamente a eficácia do tratamento oncológico global^{6,7,8,9}.

A gravidade da mucosite pode estar intimamente associada à terapia antineoplásica (drogas, dosagem, frequência entre as administrações e duração do tratamento) e a fatores relacionados à condição clínica do paciente (idade, sexo, status nutricional e condições de higiene oral) ^{11, 12}. Neste contexto, o cirurgião-dentista desempenha um papel importante na abordagem multidisciplinar em todas as fases do tratamento do paciente com câncer, incluindo a prevenção e manejo da MO por meio da fotobiomodulação (FBM)¹⁴.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo avaliar a incidência da mucosite oral e identificar fatores associados à sua ocorrência em pacientes oncopediatrícos, em um centro de oncologia de referência, submetidos a FBM profilático, contribuindo para o refinamento de medidas preventivas.

II. METODOLOGIA

Este estudo de coorte prospectivo avaliou pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia que receberam FBM profilático e que foram internados em um hospital de referência no Nordeste do Brasil de janeiro a maio de 2025. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética local (número do protocolo: 7.250.749). Os pacientes elegíveis foram pediátricos (com idade inferior a 18 anos), acompanhados pela mesma dupla de pesquisadores e que apresentaram o desenvolvimento de mucosite durante os ciclos de quimioterapia. Foram excluídos pacientes que tiveram os prontuários médicos incompletos e aqueles cujo acompanhamento foi perdido.

A coleta de dados foi realizada por meio do exame físico bucal, que era realizado diariamente. O exame inicial é realizado logo após a internação hospitalar do paciente e início do ciclo quimioterápico. O acompanhamento do paciente foi encerrado após a alta hospitalar. Além disso, também foram coletados dos registros médicos, sexo, idade, tipo de neoplasia, quimioterápico utilizado, uso de analgésico e opioides.

Todos os pacientes foram submetidos a exames orais de rotina utilizando equipamentos de proteção individual (EPI), luz artificial, abaixadores de língua e gaze estéril. O exame oral foi realizado à beira do leito e inclui a mucosa oral e os dentes. Os lábios, vestibulo oral, gengiva/crista alveolar/mucosa alveolar, mucosa jugal, região retromolar, língua (dorso, borda, ápice e ventre), assoalho da boca, palato duro e mole, tonsilas palatinas e orofaringe foram inspecionados. As alterações orais foram identificadas e classificadas clinicamente em úlcera traumática, herpes recorrente, candidose pseudomembranosa, biofilme, gengivite, saburra lingual, halitose,

secreção/crosta e sangue. Durante este exame, qualquer alteração detectada foi tratada de acordo com os protocolos específicos do serviço.

Os pesquisadores que realizaram o diagnóstico e a graduação da mucosite oral no momento da identificação clínica, seguiram os critérios da Organização Mundial da Saúde. Grau 0 indica normalidade, sem sinais ou sintomas; Grau 1 é caracterizado pelo eritema e inflamação sem necessidade de intervenção; Grau 2 envolve eritema ou ulceração, com capacidade mantida de ingerir alimentos sólidos; Grau 3 refere-se a áreas ulceradas que permitem a ingestão apenas a líquidos; e Grau 4 indica ulceração grave, necessitando de suporte nutricional enteral ou parenteral¹⁵. Como parte do protocolo padrão da instituição, os investigadores implementaram o protocolo de FBM para prevenção de mucosite oral. O protocolo de FBM profilático foi aplicado diariamente a todos os pacientes e começava com início da quimioterapia e permanecia sendo realizado diariamente por cinco dias consecutivos. Para as mucosites foi estabelecido a FBM terapêutica até a completa remissão da mucosite.

Foi utilizado um laser InGaAlP (Therapy XT-DMC, São Carlos, SP, Brasil) com os seguintes parâmetros: comprimento de onda de 650 nm, potência de 100 mW, fibra óptica de extremidade de 0,028 cm² e densidade de energia de 70 J/cm². Para a FBM profilática foi utilizada a energia por ponto de 1J, enquanto que para a PBMT terapêutica foi utilizado 2 J^{16,17}. As aplicações do laser foram precisas, perpendiculares e em contato com a superfície irradiada, distribuída em 19 pontos, mucosa jugal direita e esquerda (dois pontos de cada lado), mucosa interna superior e inferior do lábio (um ponto em cada quadrante), assoalho da boca (um ponto de cada lado), borda lateral da língua (dois pontos

de cada lado), ponta da língua (um ponto), palato mole (um ponto de cada lado) e comissura labial.

A qualidade da higiene bucal foi avaliada utilizando o Índice de Higiene Oral do Paciente Crítico adaptado (IHOPC)¹⁸. Esse índice é composto por variáveis que determinam a qualidade da higiene bucal, sendo considerado a presença de biofilme dental, gengivite, língua saburrosa, halitose, secreção das vias aéreas, sangue, secreção nasogástrica e restos alimentares. A higiene bucal é classificada em adequada quando apenas um item estava presente; deficiente quando havia dois ou três itens; e ruim quando mais de quatro itens eram observados.

A condição de saúde bucal foi avaliada por meio do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD), que é calculado pela soma do número de dentes permanentes cariados, perdidos por cárie e restaurados devido a cárie¹⁹. A interpretação do CPOD varia conforme a gravidade da situação bucal: considera-se que um CPOD muito baixo (≤ 1) indica excelente saúde bucal, com uma prevalência mínima de cáries, enquanto um CPOD baixo (2 a 4) sugere uma boa saúde bucal, mas com necessidade de atenção preventiva. Quando o CPOD é moderado (5 a 7), a prevalência de cáries é mais significativa, indicando a necessidade de cuidados adicionais. Já um CPOD alto (8 a 12) reflete um quadro preocupante, com muitos dentes comprometidos por cáries ou perdidos, demandando tratamento e intervenções mais intensivas. Por fim, um CPOD muito alto (> 12) indica uma saúde bucal gravemente comprometida, com uma alta incidência de cáries e perda dentária, necessitando de intervenções urgentes para controle e tratamento¹⁹.

Para minimizar o viés, os investigadores foram previamente calibrados utilizando 20 imagens projetadas, variando de condições orais normais a graves. As imagens foram avaliadas independentemente por ambos os examinadores.

Foi conduzida análise descritiva para caracterizar as variáveis estudadas. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequências absolutas e percentuais, enquanto as variáveis quantitativas foram analisadas através de medidas de tendência central, como a média e a mediana, e de dispersão, como o desvio padrão e valores máximos e mínimos.

Para avaliar a normalidade das variáveis quantitativas, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk. Com base nos resultados obtidos, selecionaram-se os métodos inferenciais mais adequados para analisar as relações entre as variáveis. Nas comparações entre variáveis qualitativas e quantitativas, empregaram-se testes paramétricos (teste T de Student e teste F) ou não paramétricos (teste de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis), conforme a distribuição dos dados e a homogeneidade de variâncias.

Em todas as análises, considerou-se um nível de significância de 5%. O software utilizado foi o Jamovi v 2.6.44

III. RESULTADOS

No período de janeiro a maio de 2025, 426 pacientes pediátricos estiveram internados e em tratamento quimioterápico, desses apenas 22 (5,2%) desenvolveram mucosite oral. Foram realizadas 30 avaliações, uma vez que 8 pacientes foram acompanhados em mais de uma ocasião. Em relação ao perfil sociodemográfico, a amostra foi composta majoritariamente por indivíduos do sexo masculino (63,3%; n=19), com uma razão de aproximadamente 1,7:1. Quanto à distribuição etária, 53,3% (n=16) dos pacientes apresentou idade de 9 anos ou menos e 46,7% (n=14) com idade superior a 9 anos. Sobre o diagnóstico oncológico, houve uma predominância de Leucemia Linfóide Aguda (LLA), que foi responsável por 76,7% (n=23) dos casos (tabela 1).

A maioria dos episódios de mucosite (n=25; 83,4%) esteve associada ao uso de Metotrexato. O regime mais comum foi a associação de Metotrexato com outras drogas, responsável por 66,7% (n=20) dos casos, seguido pelo uso de Metotrexato isolado em 16,7% (n=5). Quanto à dosagem do Metotrexato, a alta dose foi predominante, representando 86,7% (n=26) dos casos (Tabela 2). A distribuição por grau de MO mostrou que a maioria dos casos foi classificada como Grau I (46,7%; n=14). A interrupção do tratamento oncológico devido à MO foi um evento raro, ocorrendo em apenas 1 caso (3,3%) (tabela 2).

Verificou-se que a maioria dos pacientes (73,3%; n=22) apresentaram pelo menos uma outra alteração bucal associada à mucosite. As condições mais frequentes foram placa bacteriana (10,0%; n=3) e saburra lingual (10,0%; n=3). O IHOPC apontou que a maioria dos pacientes (76,7%; n=23) apresentou uma condição de higiene oral satisfatória e o índice CPO-D revelou que a maioria

dos pacientes (56,7%; n=17) possuía uma experiência de cárie muito baixa (tabela 2).

O FBM foi aplicado de forma profilática e terapêutica em todos os pacientes do estudo (n=30). O tempo médio de cicatrização das lesões de mucosite, contado a partir da primeira sessão terapêutica, foi de 3,4 dias. A análise da eficácia do tratamento mostrou que em 9 casos (30,0%) foi necessária apenas uma única sessão de laserterapia para se obter a cicatrização completa da lesão. A maioria dos pacientes (36,7%; n=11) apresentou cicatrização extremamente rápida, em apenas 1 dia (tabela 2).

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o grau de mucosite e variáveis como idade ($p = 0,363$), tipo de câncer ($p = 0,821$), dosagem de metotrexato ($p = 0,661$), recidiva ($p = 0,159$), IHOPC ($p = 1,000$), severidade do CPO-D ($p = 0,239$), presença de placa ($p = 0,868$), saburra ($p = 1,000$) ou sangramento ($p = 0,253$), conforme ilustrado no mapa de calor de valores-p na Figura 1. Também não houve associação significativa entre o grau de mucosite e o tempo de reparo ($p = 0,166$). Além disso, não houve diferença significativa na duração média da mucosite entre os graus de severidade: grau I: 3,46 dias ($\pm 4,43$); grau II: 13,17 dias ($\pm 26,74$); grau III: 9,75 dias ($\pm 3,30$) ($p = 0,166$), como apresentado na Figura 2.

IV. DISCUSSÃO

A incidência de mucosite oral (MO) de 5,2% observada neste estudo é notavelmente inferior às taxas globais reportadas na literatura, que frequentemente variam entre 40% e 80% em pacientes pediátricos submetidos à quimioterapia²⁰. Este resultado sugere a alta eficácia de um protocolo integrado de suporte, no qual a FBM profilática e universal, aplicada em todos os pacientes, foi o provável fator central de sucesso.

É importante destacar que a coorte estudado apresentou, em sua maioria, condições satisfatórias de higiene oral (76,7% pelo IHOPC) e baixa experiência de cárie (56,7% pelo CPO-D). Este ambiente bucal equilibrado, resultante de um programa de cuidado odontológico preventivo, atuou sinergicamente com a FBM.²¹ Correa et al. (2021) demonstram que a microbiota oral saudável e a ausência de biofilme patogênico são fatores importantes para reduzir a gravidade e a incidência da MO²².

Divergindo da literatura que aponta idade ≤ 9 anos e sexo masculino como fatores de risco significativos¹⁵, nossa amostra, majoritariamente masculina (63,3%) e com 53,3% de crianças ≤ 9 anos, não apresentou associação estatística entre essas variáveis e a gravidade da MO. Isto sugere que a intervenção precoce e sistemática com FBM pode ter mitigado a influência desses fatores de risco basais.

A predominância da LLA (76,7%) é epidemiologicamente esperada e pode ter contribuído indiretamente para a baixa incidência de mucosite. Pacientes com LLA são submetidos a protocolos altamente padronizados e a regimes de suporte intensivos e proativos (como hidratação venosa agressiva e

monitoramento farmacocinético), típicos de centros de referência. Ademais, a maioria desses pacientes geralmente é tratada com protocolos que associam agentes como metotrexato (MTX) a citarabina (Ara-C) ou daunorrubicina (Dauno), fármacos amplamente consolidados na prática clínica. Este manejo contrasta com a realidade de tumores sólidos menos comuns e protocolos menos estabelecidos, possivelmente criando um ambiente global mais protegido²³.

De janeiro a maio, 25 (83,33%) dos pacientes que receberam metotrexato em alta dose (MTX-HD) desenvolveram episódios de mucosite oral. Esse dado está alinhado com a fisiopatologia atual da mucosite, que envolve uma cascata dinâmica iniciada pelo dano direto ao DNA, seguida pela ativação de vias de sinalização pró-inflamatórias, como a via do NF- κ B, e pela liberação massiva de citocinas (TNF- α , IL-1 β , IL-6), culminando em apoptose e ulceração da mucosa²³.

No entanto, apesar da exposição a este agente de alto risco, a maioria dos casos foi classificada como Grau I (46,7%) ou II (40,0%), com apenas 13,3% evoluindo para Grau III, o que reforça o papel profilático e modulador da FBM. Tal efeito pode ser explicado por sua ação multimodal, uma vez que, conforme elucidado por Oton-Leite et al. (2022), a laserterapia é capaz de suprimir a via do NF- κ B, atenuar a “tempestade de citocinas”, modular o estresse oxidativo e estimular a liberação de fatores de crescimento que favorecem a angiogênese e a reparação tecidual²⁴. _

Ao assegurar a continuidade do tratamento, a FBM transcende seu papel sintomático, tornando-se uma intervenção coadjuvante com impacto potencial na efetividade curativa do protocolo oncológico. O custo-benefício torna-se

evidente ao se comparar com os custos de internações prolongadas, uso de analgesia parenteral, nutrição parenteral total e, acima de tudo, o risco de recidiva da doença²⁵.

Esta hipótese, de que intervenções robustas podem "nivelar" o campo de risco, deve ser explorada em estudos futuros com desenho comparativo²⁶.

Este estudo propõe um novo paradigma para o cuidado oncológico pediátrico, onde a FBM consolida-se como componente indispensável dos protocolos terapêuticos. Sua incorporação sistemática contribui diretamente para a manutenção da dose-intensidade da quimioterapia, redução de custos hospitalares e melhoria significativa da qualidade de vida dos pacientes, otimizando os desfechos oncológicos.

V. CONCLUSÃO

Os resultados demonstram que a incidência de mucosite oral foi significativamente reduzida (7%) mediante um protocolo integrado que combina fotobiomodulação universal, cuidados odontológicos preventivos e engajamento ativo dos cuidadores. A fotobiomodulação destacou-se como pilar central, modulando a resposta inflamatória e acelerando a reparação tecidual, resultando em menor gravidade, cicatrização acelerada e virtual eliminação das interrupções do tratamento oncológico.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bomfim ES, Oliveira BG, Boery RNSO. Representações sociais de cuidadores de crianças e adolescentes sobre o câncer infantojuvenil. R Pesq Cuid Fundam [Internet]. 2023 [acesso ano mês dia];16:e12958 Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v16.12958>
2. Louis DN, Perry A, Reifenberger G, von Deimling A, Figarella-Branger D, Cavenee WK, et al. The 2021 WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. Neuro Oncol. 2021 Aug;23(8):1231-51.
3. Feliciano SVM, Santos MO, Oliveira MSP, et al. “Incidência E Mortalidade Por Câncer Entre Crianças E Adolescentes: Uma Revisão Narrativa.” Revista Brasileira de Cancerologia, vol. 64, no. 3, 15 Feb. 2019, pp. 389–396, <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2018v64n3.45>. Accessed 27 Apr. 2024.
4. Velame, KT. Mortalidade por câncer na infância e adolescência: análises de tendência e distribuição espacial nas 133 regiões intermediárias brasileiras. 2022.84p. Tese [Doutorado] - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2022. Acessado em 27 de abril de 2024. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6141/tde-31012023-161021/publico/VelameKT_DR_R.pdf
5. Force LM, Global Burden of Disease Childhood Cancer Collaborators. The global burden of childhood and adolescent cancer in 2017: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Oncol. 2019 Sep;20(9):1211-1225. doi: 10.1016/S1470-2045(19)30339-0.

6. Curra M, Valente Soares Junior LA, Martins MD, da Silva Santos PS. Protocolos quimioterápicos e incidência de mucosite bucal. Revisão integrativa. *einstein* (São Paulo). 2018;16(1):eRW4007.
7. Lima AG, Antunes HDS, Azevedo-Alanis LR, et al. Oral mucositis in pediatric patients undergoing chemotherapy: A systematic review. *Oral Dis.* 2021;27(4):909-920. doi:10.1111/odi.13875.
8. Farsi NJ, Moslem A, Aljamaan F, et al. The burden of oral mucositis in pediatric patients undergoing anticancer therapy: A systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2023;185:104027. doi:10.1016/j.critrevonc.2023.104027.
9. Farsi NJ, Moslem A, Aljamaan F, Almutairi R, Almansour R, Alshamrani A, et al. The burden of oral mucositis in pediatric patients undergoing anticancer therapy: A systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2023 May;185:104027. doi: 10.1016/j.critrevonc.2023.104027.
10. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Avaliação do paciente em cuidados paliativos. Rio de Janeiro: INCA, 2022 v1 p 284 Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf
11. Gonçalves JLC, Saleh SH. Laserterapia no tratamento da mucosite oral em pacientes oncológicos. [undergraduate thesis]. São Paulo: Universidade São Judas Tadeu 2022, 12p.
12. Ramos-Esquivel A, Monge-Vargas M, Juárez M, Lacayo-Cerdas A, van der Laan LJW, Rojas-Villalobos E. Risk factors for oral mucositis in paediatric patients undergoing haematopoietic stem cell transplantation: A systematic

review. Br J Clin Pharmacol. 2022 Nov;88(11):4693-4706. doi: 10.1111/bcp.15563.

13. Neves LJ, Boldrini E, Tanimoto HM, Trevisani DM, Lopes LF, Macari KS. Avaliação do efeito do laser preventivo na mucosite oral quimioinduzida em pacientes submetidos a altas doses de metotrexato. [Internet]. 2021(acessado em 28 de abril de 2024). ; 67(1): e-041128. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n1.1128>.

14. Alenca, MJMS. Abordagem odontológica de pacientes oncológicos antes, durante e após o tratamento de quimioterapia e radioterapia [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de pesquisa e pós-graduação faculdade de emdicina programa de pós-graduação em farmacologia clínica mestrado profissional; 2018; 39p.

15. World Health Organization. *Handbook for reporting results of cancer treatment*. Geneva: World Health Organization; 1979 [cited 2025 Sep 19]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/37200>.

16. de Castro JFL, Ribeiro ILA, Valença AMG, Fidelis NC, de Souza LB, de Carvalho Lins CA, et al. Low-level laser in prevention and treatment of oral mucositis in pediatric patients with acute lymphoblastic leukemia. *Photomed Laser Surg*. 2013;31(12):613–8.

17. Ferreira B, da Motta Silveira FM, de Orange FA. Low-level laser therapy prevents severe oral mucositis in patients submitted to hematopoietic stem cell transplantation: a randomized clinical trial. *Support Care Cancer*. 2016;24(3):1035–42.

18. Quintanilha RMC, Ferreira IB, de Oliveira JCM, Firmino RT, Martelli-Júnior H, de Aquino Martins AR, et al. Oral clinical findings and intensive care unit prognostic scores. *BMJ Support Palliat Care*. 2023;14(Suppl e2):e1995–e2002.
19. Petersen PE, Baez RJ. *Oral health surveys: basic methods*. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2013.
20. Radojska SM, Obert M, Rascher C, Wolf C, Avitabile C, Schultze-Strasser S, et al. Risk factors for oral mucositis in children undergoing hematopoietic cell transplantation for primary immunodeficiency. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2020 Oct;26(10):1935-1942. doi: 10.1016/j.bbmt.2020.06.015.
21. Korolenkova MV, Khachatryan AG, Poberezhnaya AA, Krechetova MS. Dental caries prevention program in children and adolescents living in residential institutions. *Stomatologiya (Mosk)*. 2022;101(4):61-67.
22. Correa ME, Cheng KKF, Chiang K, Kandwal A, Loprinzi C, Mori T, et al. Advanced cancer care and management of oral complications. *Nat Rev Dis Primers*. 2021;7(1):68. doi: 10.1038/s41572-021-00303-z.
23. Grupo Brasileiro de Tratamento de Leucemia Linfóide Aguda (GBTLI). *Leucemia Linfóide Aguda – Baixo Risco: Protocolo GBTLI LLA-99* [Internet]. São Paulo: GBTLI; Março de 2009 [citado 2025 Sept 19]. Disponível em: <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1331418551Leucemia-Linfoide-Aguda.pdf>
24. World Health Organization. *Handbook for reporting results of cancer treatment*. Geneva: World Health Organization; 1979 [cited 2025 Sep 19]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/37200>.

25. Faria KM, Brandão TB, Ribeiro AC, et al. Laser therapy for management of oral mucositis in paediatric patients: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2021;50(12):1548-1557.
26. Vaddi A, Suresh S, Cheng C, et al. Impact of relative dose intensity of chemotherapy on survival outcomes in acute lymphoblastic leukemia: a systematic review and meta-analysis. *Blood*. 2022;140(Supplement 1):10352-10354.
27. Arra-Rojas S, Cassol Spanemberg J, Díaz-Robayna del Mar N, Peralta-Mamani M, Velázquez Cayón RT. Assessing the cost-effectiveness of photobiomodulation for oral mucositis prevention and treatment: a systematic review. *Biomedicines*. 2024;12(10):2366.
28. Lalla RV, Bowen J, Barasch A, Elad S, Epstein JB, Keefe DM, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*. 2020;126(19):4423–31.
29. Radojska SM, Obert M, Rascher C, et al. Risk factors for oral mucositis in children undergoing hematopoietic cell transplantation for primary immunodeficiency. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2020;26(10):1935-1942.
30. Faria KM, Brandão TB, Ribeiro AC, et al. Laser therapy for management of oral mucositis in paediatric patients: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2021;50(12):1548-1557.
31. Silva LR. Tratamento da mucosite em crianças/adolescentes submetidos a transplante de células-tronco hemtopoiéticas: revisão de escopo. [undergraduate thesis]. Brasília: FACULDADE DE CEILÂNDIA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEMUNIVERSIDADE DE BRASÍLIA; 2019; 10p.

32. Costa RC, Limeira RRT, Carvalho LGA, Bonan PRF, Valença AMG, Ribeiro ILA. Associação terapêutica no manejo da mucosite oral quimioinduzida em pacientes pediátricos Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, vol. 6, núm. 2, 2018 (acessado em 28 de abril de 2024) [INTERNET] Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497955513016>.

33. Ribeiro TO. Manifestações orais em pacientes oncológicos infantis- ORAL MANIFESTATIONS IN ONCOLOGICAL CHILDREN PATIENTS. [undergraduate thesis]. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2020, 16p.

34. Muniz AB, Holanda MAR, Abreu KN, Macedo SB, Bessa ERL, Leite LDP et al. Mucosite oral em crianças com câncer: dificuldades de avaliação e de terapia efetiva Oral mucositis in children with cancer: difficulties of evaluation and effective therapy Mucositis oral en niños con cáncer: dificultades en la evaluación y terapia eficaz [internet] 2021 (acessado 28 de abril de 2024). Research, Society and Development, v. 10, n. 11, e435101120018, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.20018> .

35. Borges Alves LD, Sampaio Cerqueira I, Arsati F, Pinho Valente Pires AL, Souza Freitas V. Toxicidades orais da terapia oncológica em crianças e adolescentes: um estudo descritivo. Rev. CES Odont 2021; 34(2): 30-45. <https://doi.org/10.21615/cesodon.5887>.

36. Lima AKMMN, Paulo AC, Duarte DA. Qualidade de Vida e Saúde Bucal em Crianças submetidas à Terapia Antineoplásica- Quality of Life and Oral Health in Children undergoing Antineoplastic Therapy - Calidad de Vida y salud Oral

de los Niños sometidos a Terapia Antineoplásica. [internet]. 2022 (acessado em 28 de abril de 2024). doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n2.2164>.

37. Costa ANP, Kempfer JCS, Calassa MCG, Castilho TP, Barros TCGB. O uso de laserterapia no tratamento de mucosite oral em pacientes oncológicos pediátricos. [undergraduate thesis] Várzea Grande: Centro Universitário de Várzea Grande (NIVAG); 2023; 19p.

38. Dantas FSB, Pessoa KHJV, Pinho ANB, Silva KMD. Caracterização da intensidade da dor de pacientes infantojuvenis e sua relação com mucosite oral induzida por antineoplásico- Characterization of pain intensity in child and adolescent patients and its relationship with antineoplastic-induced oral mucositis- Caracterización de la intensidad del dolor en pacientes infantiles y adolescentes y su relación con la mucositis oral inducida por antineoplásicos. 2024 (ACESSADO EM 28 DE ABRIL DE 2024). 1Contribuciones a Las Ciencias Sociales, São José dos Pinhais, v.17, n.4, p. 01-19, 2024. Disponível em: DOI: 10.55905/revconv.17n.4-085.

39. Guimarães IZ, Ortega MM. MANIFESTAÇÕES ORAIS FREQUENTES EM PACIENTES PEDIÁTRICOS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO - UMA REVISÃO DE LITERATURA. 2023 (acessado em 28 de abril de 2024). Revistas Unilago; 6p; Disponíveis em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revistacientifica/article/view/1032/845>.

40. Pacheco FO, Vieira BLB, Aguiar LMS, Oliveira ZB, Pereira PB, Silva EI et al. A suplementação de glutamina no manejo da mucosite oral de pacientes com câncer: uma revisão integrativa da literatura dos últimos 30 anos-

Glutamine supplementation in the management of oral mucositis in cancer patients: an integrative review of the past 30 years-2023 (acessado em 28 de abril de 2024). Revista Foco|Curitiba(PR)|v.16.n.8|e2903|p.01-18|2023. Doi: 10.54751/revistafoco.v16n8-104.

41. Ribeiro IH, Ferigatto JL, Cesae DE, Fabri RL, Apolônio ACM. Oral microbiota versus oral mucositis during cancer treatment: a review- Microbiota bucal versus mucosite oral durante o tratamento para o câncer: uma revisão. 2020 (acessado em 28 de abril de 2024). Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil. HU Rev. 2020; 46:1-9. DOI: 10.34019/1982-8047.2020.v46.28995.

42. Oton-Leite AF, Corrêa de Castro AC, Moraes MO, et al. Effect of laser therapy on the expression of inflammatory mediators in oral mucositis: a systematic review. Support Care Cancer. 2022;30(5):3667-3679.

VII. TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes com mucosite oral (n = 30 avaliações).

Variável	Categoria	Número (%)
Idade	≤ 9 anos	16 (53,3%)
	> 9 anos	14 (46,7%)
Sexo	Masculino	19 (63,3%)
	Feminino	11 (36,7%)
Tipo de câncer	Leucemia Linfoide Aguda	23 (76,7%)
	Linfoma	4 (13,3%)
	Adenocarcinoma	1 (3,3%)
	Fibrossarcoma	1 (3,3%)
	Pancreatoblastoma	1 (3,3%)

Tabela 2. Características gerais da mucosite oral nos pacientes estudados (n=30).

Variável	Categoria	Número	Porcentagem
Medicação quimioterápica	5-FU (Fluorouracil)	1	3,3%
	MADIT	1	3,3%
	Carboplatina	1	3,3%
	Daunorrubicina	1	3,3%

	Metotrexato (MTX) e outras drogas	20	66,7%
	Metotrexato (MTX)	5	16,7%
	Vincristina	1	3,3%
Dosagem MTX/Metotrexato	Baixa dose	1	3,3%
	Média dose	3	10%
	Alta dose	26	86,7%
Distribuição por grau	Grau 1	14	46,7%
	Grau 2	12	40%
	Grau 3	4	13,3%
Recidiva de mucosite	Não	13	43,3%
	Sim	17	56,7%
Interrupção do tratamento por mucosite	Não	29	96,7%
	Sim	1	3,3%
Outras alterações bucais concomitantes	Nenhuma alteração adicional	8	26,7%

	Placa bacteriana (isolada)	3	10%
	Saburra lingual (isolada)	3	10%
	Placa + Saburra	3	10%
	Crosta	2	6,7%
	Úlcera traumática	2	6,7%
	Restos alimentares	2	6,7%
	Candidíase	1	3,3%
	Herpes simples	1	3,3%
	Sangramento	1	3,3%
	Halitose	1	3,3%
	Placa + Restos alimentares		
	Úlcera traumática + Saburra	1	3,3%
	Herpes simples + Placa	1	3,3%
	Gengivite + Placa	1	3,3%
	Placa +	1	3,3%

	Sangramento		
	Gengivite + Saburra	1	3,3%
IHOPC	Deficiente	7	23,3%
	Satisfatório	23	76,7%
CPO-D	Muito baixo	17	56,7%
	Baixo	8	26,7%
	Moderado	5	16,7%
Fotobiomodulação (Laserterapia terapêutica)	Tempo médio de cicatrização	3,4 dias	
	1 sessão necessária	9	30%
Distribuição do tempo de cicatrização (dias)	1 dia	11	36,7%
	2-3 dias	7	23,3%
	4-7 dias	5	16,7%
	8-14 dias	7	23,3%

Figura 1. Mapa de calor dos valores-p da análise de associação entre diversas variáveis e o grau de mucosite. Tons mais frios (verdes) indicam maior falta de significância estatística (valores-p mais altos). Nenhuma variável atingiu

significância (p < 0,05).

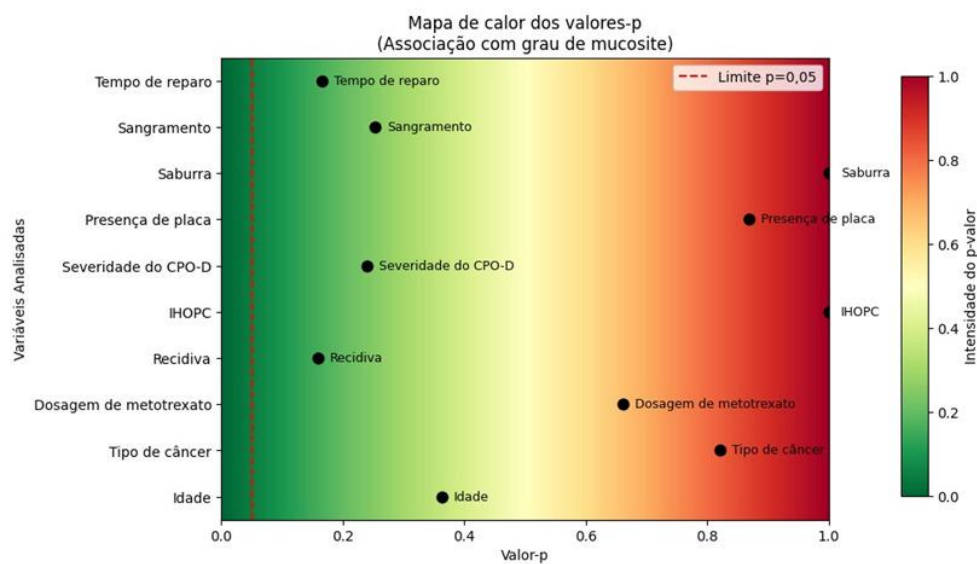
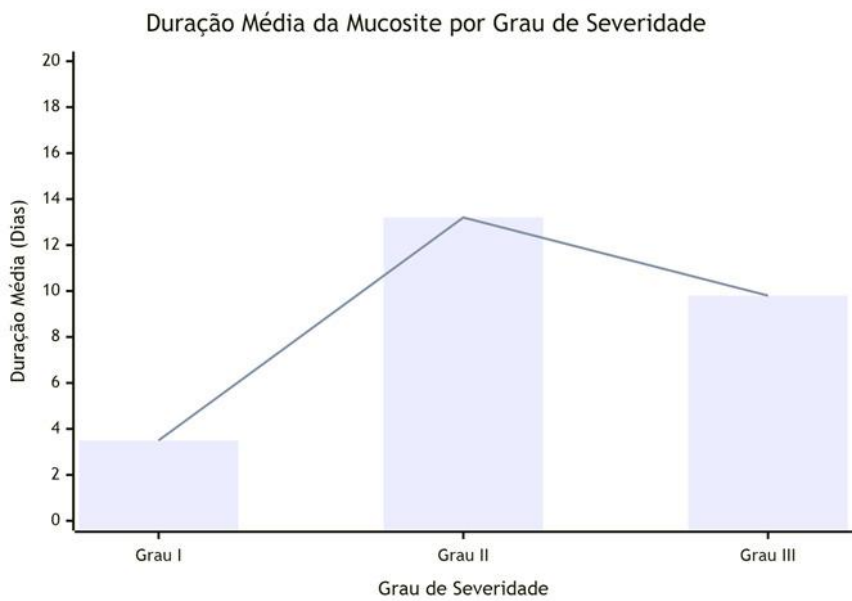


Figura 2. Duração média (em dias) da mucosite oral de acordo com o grau de severidade. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,166$). As barras representam as médias e os whiskers representam o desvio padrão.



PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO:

O texto principal deve ser escrito em inglês. É necessária a apresentação de uma declaração assinada por um editor/tradutor profissional ou por um dos autores, assumindo a responsabilidade pela qualidade da tradução em inglês.

Os envios só podem ser feitos on-line em <http://www.editorialmanager.com/rpemd> e devem incluir os seguintes elementos:

1. Carta de apresentação

A carta de apresentação deve ser assinada por todos os autores e endereçada ao Editor-Chefe do periódico, declarando que o artigo não foi publicado nem submetido para publicação em outro periódico e que não será submetido a outro periódico até que seja tomada a decisão final sobre a submissão. Deve também declarar que todos os autores leram e concordaram com a versão submetida e que, em caso de aceitação, os direitos autorais do artigo serão transferidos para o periódico.

A carta de apresentação também deve incluir o título do manuscrito e uma justificativa sempre que o número de autores for superior a seis.

2. Página de rosto

Este documento deve conter apenas informações sobre os autores e o título do manuscrito. As informações dos autores devem ser fornecidas apenas neste documento independente, e não incluídas no documento que acompanha o corpo do manuscrito, a fim de garantir o anonimato dos autores durante o processo de revisão por pares.

2.1. Título

O título do manuscrito deve ser curto (máximo de 15 palavras) e definir claramente o tema em questão e o delineamento do estudo. Deve ser apresentado em português e inglês, evitando-se abreviações.

2.2. Autores

The name (first name, middle name, surname), and affiliation (University, Faculty, Research unit) of each author should be written in the same way and order to be published (ex: João P. António 1 , Pedro Silva 2 , Nuno Pereira 1 ; 1- Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina

Dentária, Lisbon, Portugal; 2- Universidade do Porto, Faculdade de Medicina Dentária, Porto, Portugal). The email and address (zip code, city, country) of each author should be given. The ORCID number of all authors should be provided.

De acordo com os “Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos”, a autoria implica uma contribuição substancial ao manuscrito. Assim, a contribuição de cada autor para o artigo submetido deve ser indicada na página de rosto, utilizando a Taxonomia de Funções do Contribuidor do CRediT : Conceitualização; Curadoria de dados; Análise formal; Aquisição de financiamento; Investigação; Metodologia; Administração do projeto; Recursos; Software; Supervisão; Validação; Visualização; Redação - rascunho original; Redação - revisão e edição. As declarações de autoria devem ser formatadas com os nomes dos autores primeiro em negrito e as funções do CRediT em seguida.

Ex.: John Doe: Validação, Análise formal, Curadoria de dados, Redação – rascunho original, Visualização, Obtenção de financiamento. Pedro Silva: Metodologia, Validação, Curadoria de dados, Redação - revisão e edição. Peter Doe: Metodologia, Investigação, Recursos, Redação - revisão e edição. Samuel Choi: Conceitualização, Metodologia, Validação, Recursos, Supervisão, Administração do projeto, Redação - revisão e edição.

O nome, endereço, número de telefone e endereço de e-mail do autor correspondente também devem ser incluídos. Toda correspondência entre o periódico e os autores será feita exclusivamente por meio da plataforma ou por e-mail.

3. Resumo e Palavras-chave

Os resumos devem ser submetidos em inglês e português, cada um com um limite máximo de 250 palavras. Abreviações não devem ser utilizadas.

Os resumos de relatórios de pesquisa originais e revisões sistemáticas devem conter os principais objetivos, materiais e métodos, resultados e principais conclusões. Um título apropriado deve preceder cada seção do resumo estruturado, a saber: Objetivos; Métodos; Resultados; Conclusões.

Os resumos de relatos de casos clínicos devem ser não estruturados e resumir o problema e o tratamento oferecido.

Os resumos dos relatórios de inovação clínica devem ser não estruturados e apresentar o objetivo, os métodos e uma breve descrição do principal tópico discutido.

As palavras-chave (3-10) devem estar especificamente relacionadas ao manuscrito e enviadas em português e inglês para permitir a indexação do artigo de acordo com a terminologia usada no Medical Index Medical Subject Headings .

4. Manuscrito

4.1. Apresentação:

Este documento não deve conter nenhuma referência à identidade do autor, a fim de evitar sua identificação durante o processo de revisão. Todo o texto, incluindo o corpo do artigo, referências, legendas de figuras e tabelas com legendas, deve estar em fonte Arial, tamanho 12, espaçamento duplo e justificado. Todas as páginas devem ser numeradas, começando no número 1. As margens devem ser de 2,5 cm em todo o documento. Uma quebra de página deve ser incluída entre cada seção.

4.2. Corpo do artigo de acordo com o tipo de trabalho:

a) Artigos de revisão sistemática – A Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial publica principalmente artigos de revisão submetidos como revisões sistemáticas, com ou sem meta-análise. Recomenda-se aos autores que cumpram as diretrizes PRISMA ou a extensão apropriada, a fim de otimizar a qualidade dos relatórios e permitir um processo de revisão por pares eficiente. Este tipo de artigo deve apresentar a metodologia de pesquisa bibliográfica e a avaliação crítica, com um registro completo e preciso da literatura obtida, organizada por tópicos. O texto deve ser dividido em seções com títulos e subtítulos que facilitem a compreensão do artigo, como segue:

Introdução – Deve incluir a justificativa para a revisão no contexto do conhecimento existente e uma declaração explícita do(s) objetivo(s) ou questão(ões) que a revisão aborda.

Métodos – Devem incluir os critérios de elegibilidade, fontes de informação, estratégia de busca e seleção, itens de dados e processo de coleta, medidas de efeito, métodos de síntese, avaliação crítica com avaliação de viés e métodos usados para avaliar a certeza de um resultado.

Resultados – Devem incluir uma descrição clara e concisa dos resultados, na ordem em que foram descritos na seção anterior. Os dados não devem ser repetidos entre o texto, as tabelas e os gráficos apresentados. Resultados estatisticamente significativos devem ser acompanhados de seu valor de probabilidade (p).

Discussão – Deve incluir uma discussão dos resultados, relacionando-os ao contexto de outras evidências. As limitações das evidências incluídas e do processo de revisão devem ser identificadas. As implicações dos resultados para a prática, políticas e pesquisas futuras devem ser abordadas.

Conclusões – Deve incluir uma lista concisa das principais conclusões a serem extraídas da revisão sistemática. As conclusões devem ser consistentes com os objetivos e apoiadas pelos resultados.

b) Artigos de pesquisa originais – Devem ser organizados em Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões, conforme o seguinte:

Introdução – Deve incluir uma explicação do problema, um breve resumo da literatura relevante e a identificação de deficiências e tendências nos estudos disponíveis. A introdução deve terminar com uma descrição clara do objetivo do artigo, apresentando a hipótese de trabalho.

Material e Métodos – Deve incluir um breve resumo do delineamento experimental, uma descrição completa dos materiais utilizados (nome, fabricante, número do lote e data de validade) e uma explicação detalhada do que foi avaliado e como, descrevendo as variáveis estudadas, o método de recrutamento da amostra, o tamanho da amostra, o grupo controle utilizado, o método de calibração dos examinadores e o equipamento utilizado nas medições. Os testes utilizados na análise estatística e o nível de significância estatística estabelecido devem ser mencionados ao final desta seção.

Resultados – Devem incluir uma descrição clara e concisa dos resultados, na ordem em que os testes foram descritos na seção anterior. Os dados não devem ser repetidos entre o texto, as tabelas e os gráficos apresentados. Resultados estatisticamente significativos devem ser acompanhados de seu valor de probabilidade (p).

Discussão – Deve incluir uma discussão dos resultados, relacionando-os com as hipóteses apresentadas anteriormente e a literatura mais relevante disponível. As limitações do trabalho devem ser identificadas e áreas-alvo para estudos futuros podem ser sugeridas.

Conclusões – Deve incluir uma lista concisa das principais conclusões a serem extraídas do estudo. As conclusões devem ser consistentes com os objetivos e apoiadas pelos resultados.

c) Relatos de casos clínicos - Devem ser organizados da seguinte forma:

Introdução – Deve incluir uma breve revisão da literatura relevante ao problema em questão e referências aos vários métodos de tratamento disponíveis.

Relato de caso – Deve incluir uma descrição do paciente (idade, sexo, etc.), patologia encontrada e possível histórico médico ou odontológico. Os diferentes métodos de tratamento disponíveis devem ser descritos resumidamente, e o método utilizado deve ser justificado e descrito detalhadamente. Os resultados do tratamento e a duração do acompanhamento devem ser apresentados.

Discussão e Conclusões – Devem incluir observações sobre as vantagens e desvantagens apresentadas pelo método de tratamento seguido, bem como contraindicações, se houver.

d) Inovação clínica – Descrição de um projeto de dispositivo original, implementação de uma abordagem inovadora para um procedimento clínico ou desenvolvimento de uma solução de saúde digital. Esses artigos devem ser organizados em Introdução (incluindo contexto e objetivos), Métodos (como a intervenção foi projetada, implementada e avaliada), Resultados (o que realmente aconteceu, qualitativo ou quantitativo, ou ambos), Discussão (limitações, reflexão sobre o que foi aprendido) e Conclusões (o que pode ser útil para outros ou o que precisa de mais pesquisa).

4.3. Bibliografia:

As referências no texto, tabelas e legendas devem ser identificadas por algarismos arábicos colocados entre parênteses e sobrescrito. A numeração deve corresponder à ordem de citação no texto. Todas as referências devem ser citadas no texto, e todas as referências citadas no texto devem aparecer na lista de referências. Referências a resumos, sites da Internet ou qualquer outro material não publicado devem ser evitadas. As referências devem ser apresentadas de acordo com os “Padrões para a submissão de manuscritos a serem publicados em periódicos biomédicos” do Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (Grupo Vancouver) . Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o tratamento dado no Index Medicus. O Identificador de Objeto Digital (DOI) deve ser incluído sempre que disponível.

Exemplo de formato a seguir em referências a artigos publicados em periódicos: Neves CN, Costa J, Nepomuceno L, Madeira A, Portugal J, Bettencourt A, et al. Microdureza e resistência à flexão após envelhecimento químico de sistemas de liberação de clorexidina à base de resina acrílica. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2019;60:10410. doi: 10.24873/j.rpemd.2019.10.458

Exemplo do formato a seguir em referências a capítulos de livros: Marshall SJ. Amálgama dentário – Estruturas e propriedades. Em: Anusavice KJ editor. Phillips' Science of Dental Materials. 10ª ed. Filadélfia: WB Saunders Company, 1996. p. 36185.

4.4. Tabelas:

Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto e apresentadas em folha separada ao final do documento. As tabelas devem ser formatadas em espaço duplo, numeradas com algarismos arábicos de acordo com a ordem de citação no texto e acompanhadas de título e subtítulo. Cada tabela no manuscrito deve ser independente e interpretada sem a necessidade de consulta ao texto original.

4.5. Legendas das figuras:

As legendas das figuras devem ser incluídas em uma folha separada no final do documento. As legendas devem ser autoexplicativas e numeradas de acordo com a ilustração técnica que as acompanha. Símbolos, setas, números ou letras usadas para rotular partes de uma figura

devem ser claramente identificados e explicados na legenda. A escala interna e o método de coloração nas fotomicrografias devem ser identificados.

5. Figuras

Não coloque as figuras no manuscrito dentro do corpo do artigo. Todas as figuras devem ser fornecidas em arquivos separados, em formato JPEG ou TIFF, com resolução de 300 dpi . Sempre que possível, as figuras devem ser fornecidas com proporção de 4:3 . Para sua referência, cada figura salva com a definição correta deve ter pelo menos 700 MB. Figuras compostas devem ser evitadas sempre que possível.

Todas as figuras devem ser citadas no texto e numeradas na respectiva ordem. Sempre que letras, números e símbolos forem utilizados, seu tamanho e proporção devem ser claros o suficiente para serem legíveis. Se uma figura já tiver sido publicada anteriormente, a fonte original deve ser identificada e incluída na lista de referências. Para cumprir com as normas de direitos autorais, a reprodução de imagens, figuras ou gráficos de outras publicações deve ter autorização prévia dos detentores dos direitos autorais, autor/editor . A autorização assinada deve ser anexada no processo de submissão. A permissão é necessária independentemente da propriedade, exceto para documentos públicos.

6. Agradecimentos

Somente as pessoas e/ou instituições que permitiram a execução ou contribuíram para o trabalho devem ser reconhecidas. As fontes de financiamento, se houver, devem ser mencionadas nesta seção. Os agradecimentos devem ser enviados em um arquivo separado, para que a identidade dos autores não seja revelada aos revisores.

7. Arquivos suplementares (apêndices)

Em certos casos, e após análise, todos os materiais muito extensos, como tabelas ou ferramentas para recuperação de dados, podem ser disponibilizados no site do periódico para consulta, sendo denominados materiais suplementares. (Esses documentos não devem conter qualquer referência à identidade do autor, a fim de evitar sua identificação durante o processo de revisão.)

Responsabilidades Éticas

Proteção de seres humanos e animais.

Ao descrever experimentos realizados em seres humanos, deve-se mencionar que os procedimentos seguidos estão de acordo com as diretrizes éticas do comitê responsável pela pesquisa em seres humanos (institucional ou regional), da Associação Médica Mundial e da Declaração de Helsinque. Ao descrever experimentos em animais, o texto deve mencionar se as normas de uma instituição ou conselho internacional de pesquisa ou uma lei regulatória nacional sobre o cuidado e o uso de animais de laboratório foram seguidas. A aprovação de um comitê de ética ou de um conselho de revisão institucional deve ser obtida e mencionada no corpo do manuscrito.

Confidencialidade dos dados.

Os autores são responsáveis por seguir os protocolos estabelecidos por seus respectivos centros de saúde para acessar dados de prontuários médicos para escrever um artigo para fins de pesquisa/divulgação para a comunidade e, portanto, devem declarar que cumpriram com esta exigência.

Direito à privacidade e consentimento informado.

O autor deve garantir que o requisito de ter informado todos os pacientes incluídos no estudo foi cumprido e que eles têm um documento assinado pelos pacientes após receberem informações suficientes, onde seu consentimento informado por escrito para participar do estudo foi dado. Os autores devem mencionar, na seção "Métodos", que os procedimentos usados em pacientes e controles foram realizados após a obtenção do termo de consentimento informado assinado. O autor também é responsável por garantir o direito à privacidade dos pacientes, protegendo sua identidade, tanto no texto do artigo quanto nas imagens. Não é permitido usar nomes, iniciais ou números de prontuários hospitalares (ou qualquer outro tipo de dado irrelevante para a investigação que possa identificar o paciente) no texto ou nas fotografias, a menos que essas informações sejam essenciais para fins científicos, caso em que podem ser incluídas no artigo, desde que o paciente, ou seu pai ou responsável, tenha dado consentimento informado por escrito para sua publicação. Os autores são responsáveis por obter o consentimento informado por escrito dos pacientes, autorizando a publicação,

reprodução e circulação de suas informações em suporte papel e na Internet de acesso público.

Conflito de interesses

Existe um conflito de interesses quando um autor tem/teve relações financeiras ou pessoais que poderiam ter influenciado ou enviesado indevidamente suas ações. O potencial conflito de interesses existe independentemente de as partes interessadas considerarem que essas relações podem ou não ter influenciado seu julgamento científico. No momento da redação ou submissão do artigo, os autores devem relatar quaisquer relações financeiras ou pessoais que possam ter tido ou possam ter com pessoas ou instituições que possam dar origem a um conflito de interesses em relação ao artigo submetido para publicação. O que for declarado constará no artigo.

Autoria

Somente aqueles que contribuíram intelectualmente para o desenvolvimento do trabalho devem constar na lista de autores, devendo atender aos critérios de autoria recomendados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE). O tipo de participação no trabalho (alguns dos quais são expressos abaixo) de cada autor deve ser declarado na Carta de Apresentação. Ter ajudado na coleta de dados ou ter participado de alguma técnica não é, por si só, critério suficiente para figurar como autor.

Em geral, para aparecer como autor, os seguintes requisitos devem ser atendidos:

1. Ter participado da concepção e desenho, aquisição de dados, análise e interpretação dos dados do trabalho que resultou no artigo em questão.
2. Ter participado da elaboração do manuscrito ou de suas revisões.
3. Ter aprovado a versão que será finalmente publicada.

No caso de autoria coletiva, o nome dos autores, ou responsáveis pelo trabalho, deve ser apresentado primeiro, seguido de “e o Grupo...”, quando todos os membros do grupo forem considerados coautores do trabalho. Caso se deseje incluir o nome do grupo, apesar de nem todos os membros serem considerados coautores, os autores responsáveis devem ser

mencionados primeiro, seguidos de “em nome do Grupo”. Em qualquer caso, os nomes e as instituições dos membros do grupo devem ser incluídos em um Apêndice ao final do manuscrito. Os autores devem ser declarados tanto na página de rosto quanto na seção Adicionar/Editar/Remover Autor. Todos os autores devem declarar que leram e aprovaram o manuscrito e que os requisitos para autoria foram atendidos. O periódico declina qualquer responsabilidade por possíveis conflitos decorrentes da autoria de trabalhos publicados no periódico.

Obtenção de permissões

Deve ser fornecida uma declaração de que o conteúdo do artigo é original e não foi publicado anteriormente nem submetido à consideração de nenhuma outra publicação, seja na íntegra ou em parte. Os autores devem estar cientes de que não revelar que o material submetido para publicação foi publicado total ou parcialmente constitui uma grave violação da ética científica. Da mesma forma, os autores que reproduzem material publicado anteriormente em seu artigo (texto, tabelas ou figuras) são responsáveis por obter as devidas permissões para reproduzir esse material no periódico. Os autores devem ter obtido autorização por escrito do autor e da editora que publicou esse material e enviar uma cópia deles junto com o artigo ao periódico. Também é necessária a permissão para publicar da instituição que financiou a pesquisa.

Publicação redundante ou duplicada

A Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial não aceita material previamente publicado e não considerará para publicação quaisquer manuscritos que sejam submetidos simultaneamente a outras revistas ou publicações redundantes ou duplicadas, ou seja, artigos que se sobreponham substancialmente a outro artigo já publicado, impresso ou disponível em meio eletrônico. Na Carta de Apresentação, os autores devem mencionar quaisquer submissões ou publicações anteriores do mesmo trabalho, na íntegra ou em parte, que possam ser consideradas uma publicação redundante ou duplicada. As referências bibliográficas dessas publicações anteriores devem ser citadas e incluídas no novo manuscrito. Essas restrições não se aplicam a resumos publicados de artigos, apresentações ou conferências, apresentados em reuniões científicas nacionais ou internacionais.

Revisões e ajustes

Sempre que a aceitação de um artigo estiver suspensa devido à necessidade de ajustes pelos autores, as revisões solicitadas deverão ser feitas pelos autores em até 15 dias para pequenas alterações ou 60 dias para grandes alterações. Após a revisão linguística e a produção gráfica do artigo, a prova final será enviada ao autor correspondente para aprovação. Os ajustes necessários deverão ser comunicados dentro do prazo estipulado pelo conselho editorial para cumprimento do cronograma da revista. A ausência de resposta dentro do prazo estipulado será entendida como aceitação da versão final apresentada.

LISTA DE VERIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS A ENTREGAR

- * Carta de apresentação (obrigatório)
- * Página de rosto (obrigatório)
- * Resumo e palavras-chave (obrigatório)
- * Manuscrito (obrigatório)
- * Figuras
- * Agradecimentos
- * Arquivos suplementares (apêndices)
- * Consentimento para publicação de dados (autorização dos detentores dos direitos autorais, autor/editor das imagens, figuras ou gráficos de outras publicações usados no manuscrito submetido)