



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
CURSO DE ODONTOLOGIA**

LUIS NATAN DA SILVA PINHO

**DECORONAÇÃO COMO CONDUTA PARA ANQUILOSE APÓS REIMPLANTE
DENTÁRIO: RELATO DE CASO**

FORTALEZA

2017

LUIS NATAN DA SILVA PINHO

DECORONAÇÃO COMO CONDUTA PARA ANQUILOSE APÓS REIMPLANTE
DENTÁRIO: RELATO DE CASO

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. José Jeová Siebra
Moreira Neto.

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P723d Pinho, Luis Natan da Silva.

Decoronação como conduta para anquilose após reimplante dentário : Relato de caso / Luis Natan da Silva Pinho. – 2017.

24 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Odontologia, Fortaleza, 2017.

Orientação: Prof. Dr. José Jeová Siebra Moreira Neto.

1. Traumatismo Dentário. 2. Anquilose Dental. 3. Odontopediatria. I. Título.

CDD 617.6

LUIS NATAN DA SILVA PINHO

DECORONAÇÃO COMO CONDUTA PARA ANQUILOSE APÓS REIMPLANTE
DENTÁRIO: RELATO DE CASO

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Jeová Siebra Moreira Neto (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Juliana Oliveira Gondim
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Pedro Cesar Fernandes dos Santos
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

Aos meus pais, Edilea e Neto.

Ao meu irmão, Caio.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, por todas as bênçãos concedidas em minha vida, sendo a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia, mais uma delas.

À minha família, pelo apoio em todos os momentos.

À minha namorada, Amanda, por todo o apoio e incentivo.

Aos colegas da turma 2017.2 do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, que compartilharam comigo as alegrias desta trajetória.

Ao Prof. Dr. José Jeová Siebra Moreira Neto, pela excelente orientação.

Aos professores participantes da banca examinadora, Profa. Dra. Juliana Oliveira Gondim e Prof. Dr. Pedro Cesar Fernandes dos Santos, pelas importantes sugestões e colaborações.

A todos os professores e preceptores do Curso de Odontologia da UFC, pelos valiosos ensinamentos.

A todos os funcionários do Curso de Odontologia da UFC, pela contribuição nesta trajetória.

À família Programa Projeto Rondon na UFC, que me proporcionou um crescimento pessoal e profissional imensurável.

Ao Centro de Trauma Bucodentário da UFC (CENTRAU), que fez um grande diferencial em minha trajetória acadêmica.

Ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Walter Cantídio, pelos ensinamentos e conhecimentos adquiridos.

“Seja forte e corajoso. Não fique desanimado, nem tenha medo, porque o Senhor, seu Deus estará com você em qualquer lugar para onde você for.” (Js 1.9).

APRESENTAÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) está de acordo com o formato alternativo para TCCs, que permite a inserção de artigos científicos de autoria do candidato. Assim, este trabalho é composto de um artigo científico que será submetido ao periódico. As normas do referido periódico encontram-se em anexo.

RESUMO

A necrose do ligamento periodontal leva a um processo de fusão da raiz dentária com o osso alveolar, denominado anquilose dentária. Tal condição pode ser originada por fatores como traumatismo dentoalveolar ou condições genéticas e idiopáticas. Embora ainda não haja um tratamento de eleição definitivo para a anquilose dentária, a decoronação apresenta-se como conduta bem indicada para algumas situações clínicas. Esta prática consiste na remoção da coroa do dente anquilosado, abaixo da junção cimento-esmalte, e sepultamento da raiz dentária. Posteriormente, nos tratamentos realizados em pacientes pediátricos, é necessária a instalação de um mantenedor de espaço estético e funcional. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente do sexo feminino, 11 anos de idade, que se apresentou ao ambulatório do Centro de Trauma Bucodentário da Universidade Federal do Ceará após queda da própria altura. Ocorreram avulsões dos dentes 11 e 21, e os mesmos foram armazenados em soro fisiológico. Os reimplantes ocorreram 120 minutos após o trauma. Decoronações foram realizadas, seguidas de instalação de mantenedor de espaço estético e funcional. O presente caso clínico apresenta acompanhamento de 8 anos.

Palavras-chave: Traumatismo Dentário. Anquilose Dental. Odontopediatria.

ABSTRACT

Necrosis of the periodontal ligament leads to a process of fusion of the dental root with the alveolar bone, called dental ankylosis. Such a condition may be caused by factors such as dento-alveolar trauma or genetic and idiopathic conditions. Although there is still no definitive treatment for dental ankylosis, decoronation is a well indicated management for some clinical situations. This practice consists of removing the crown of the ankylosed tooth, below the cemento-enamel junction, and burial of the dental root. Subsequently, in the treatments performed in pediatric patients, it is necessary to install an aesthetic and functional space maintainer. The objective of this study is to report the case of a female patient, 11 years old, who came to the outpatient clinic of the Oraldental Trauma Center of the Federal University of Ceará after falling from her height. Avulsions of the teeth 11 and 21 occurred, and they were stored in physiological solution. Reimplants occurred 120 minutes after the trauma. Decorations were performed, followed by installation of aesthetic and functional space maintainer. The present case presents a follow-up of 8 years.

Keywords: Tooth Injurie. Tooth Ankylosis. Pediatric Dentistry.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Remoção das coroas dentárias com broca cirúrgica número 8.	13
Figura 2 – Manutenção dos coágulos sanguíneos.	13
Figura 3 – Instalação do dispositivo estético no pós-operatório imediato.	13
Figura 4 – Avaliação clínica, 8 anos após as decoronações. Foto intra-oral, vista frontal.....	13
Figura 5 – Corte sagital da tomografia computadorizada, 8 anos após as decoronações. Região do dente 11.	13
Figura 6 – Corte sagital da tomografia computadorizada, 8 anos após as decoronações. Região do dente 21.	13

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	RELATO DE CASO	12
3	DISCUSSÃO	14
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
	REFERÊNCIAS	17
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	19
	ANEXO B - NORMAS DO PERIÓDICO	20

1 INTRODUÇÃO

Traumatismos dento-alveolares são comuns na população pediátrica, especialmente entre 8 e 11 anos de idade [1], sendo que a avulsão representa cerca de 18,3% de todas as lesões [2]. Avulsão é definida como a completa separação do dente do osso alveolar, com ruptura do ligamento periodontal, trata-se, portanto, de uma lesão que pode gerar graves danos tanto à polpa dentária, quanto ao periodonto [3,4].

Em lesões dentárias graves, como nos casos de avulsão, a raiz dentária pode sofrer o processo de anquilose, após o dente ser reimplantado [5,6]. Esse evento ainda não tem sua etiologia totalmente elucidada na literatura, contudo, tem-se como teoria mais aceita, a de ser um processo proveniente da necrose do ligamento periodontal após traumatismo mecânico por esmagamento [7]. Testes de mobilidade e de percussão devem ser efetuados para se estabelecer inicialmente o diagnóstico, tendo como achado ao teste de percussão, a emissão de som metálico [8]. A anquilose dentária acarreta infra-oclusão do dente traumatizado nos pacientes que ainda apresentam crescimento facial, gerando mau posicionamento dos dentes adjacentes e problemas estéticos [9].

Embora ainda não haja um tratamento de eleição definitivo para a anquilose dentária, várias condutas são propostas na literatura, como a manutenção do dente anquilosado, exodontia, seguida de tratamento ortodôntico, autotransplante dentário, instalação de implante dentário e decoronação [10]. A decoronação consiste na remoção da coroa do dente anquilosado, abaixo da junção amelocementária, e posterior sepultamento da raiz dentária. Técnica que preserva o volume da crista marginal alveolar, e cria melhores condições para uma futura reabilitação protética [11]. Posteriormente, nos casos realizados em pacientes pediátricos, é necessária a instalação de um aparelho ortodôntico mantenedor de espaço, com o objetivo de fornecer reabilitação estética temporária e manter o espaço adequado para futura reabilitação definitiva [10].

Assim, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico no qual foram feitas decoronações dos dentes 11 e 21, de uma paciente pediátrica, de 11 anos de idade, após traumatismo dentário. Indicação da técnica, vantagens e fatores que influenciam na sua escolha também serão discutidos neste trabalho.

2 RELATO DE CASO

Paciente RPV, sexo feminino, 11 anos de idade, chegou ao ambulatório do Centro de Trauma Buco-Dentário da UFC, 7 dias após traumatismo dento-alveolar, devido à queda da própria altura, que resultou em avulsões dos dentes 11 e 21. No momento do trauma, os dentes foram armazenados em soro fisiológico, durante 120 minutos, até os reimplantes dentários serem realizados. Como conduta inicial, optou-se pelo acompanhamento clínico e radiográfico dos elementos dentários.

Nas consultas de retorno, foi evidenciado que os dentes traumatizados estavam em infra-oclusão, além da emissão de som metálico como resposta ao teste de percussão. Quanto ao exame radiográfico, foi constatada a ausência do espaço do ligamento periodontal, fator que corroborou para o diagnóstico clínico e radiográfico de anquilose dentária. Como plano de tratamento, optou-se por realização de decorações dos dentes 11 e 21, seguidas de instalação de aparelho ortodôntico estético mantenedor de espaço e posterior reabilitação protética.

Os arcos dentários da paciente foram moldados, utilizando-se hidrocolóide irreversível, com o objetivo de reproduzi-los em gesso, para confecção do dispositivo mantenedor de espaço, previamente à cirurgia. O procedimento cirúrgico foi realizado 6 meses após o atendimento inicial. Inicialmente, foi realizada antisepsia da cavidade oral com Digluconato de Clorexidina 0,12%, seguida de aplicação de anestésico tópico a base de Benzocaína em região anterior de fundo de vestibulo maxilar. Foi feita anestesia infiltrativa do nervo alveolar superior anterior utilizando-se Mepivacaína 2% com Epinefrina 1:100.000 e posterior incisão intra-sulcular, utilizando-se lâmina de bisturi número 15, na região dos dentes 11 e 21, para posterior afastamento do retalho mucoperiosteal. Em seguida, com o auxílio de broca cirúrgica número 8, aliada à irrigação com soro fisiológico 0,9%, foram feitas decorações, abaixo da linha amelocementaria, dos dentes anquilosados (Figuras 1 e 2). As bordas da ferida cirúrgica foram, então, aproximadas e suturadas com fio de seda. A instalação do aparelho mantenedor de espaço foi feita no pós-operatório imediato (Figura 3). Foi prescrito analgésico, de ação periférica, Dipirona (500mg, solução oral) para controle da dor e foram feitas orientações gerais tanto para a manutenção de um pós-operatório satisfatório, quanto para a correta adaptação do dispositivo.

Paciente retornou após 7 dias do procedimento cirúrgico, para remoção do fio de sutura e avaliação do processo de cicatrização tecidual, o qual se mostrou satisfatório, sem sinais de infecção. A partir de avaliação imaginológica, 8 anos após o procedimento cirúrgico, verificou-se manutenção de largura e altura óssea adequadas para instalação de implantes osseointegrados, sem necessidade de enxerto ósseo (Figuras 5 e 6). Foi realizado tratamento endodôntico no dente 22, devido à ocorrência de luxação no momento do trauma. Novos dispositivos mantenedores de espaço foram confeccionados ao longo do tempo, devido ao crescimento facial da paciente. Paciente encontra-se satisfeita com o tratamento, que possibilita futura reabilitação com implantes dentários e próteses sobre implantes.



Figura 1 - Remoção das coroas dentárias com broca cirúrgica número 8.

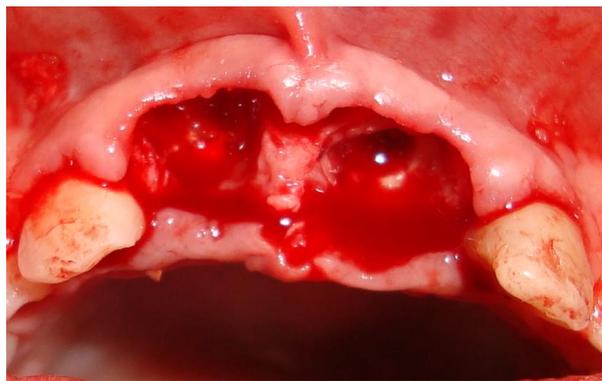


Figura 2 - Manutenção dos coágulos sanguíneos.



Figura 3 - Instalação do dispositivo estético no pós-operatório imediato.



Figura 4 - Avaliação clínica, 8 anos após as decoronações. Foto intra-oral, vista frontal.

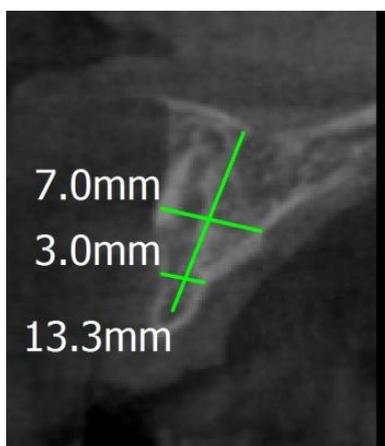


Figura 5 - Corte sagital da tomografia computadorizada, 8 anos após as decoronações. Região do dente 11.

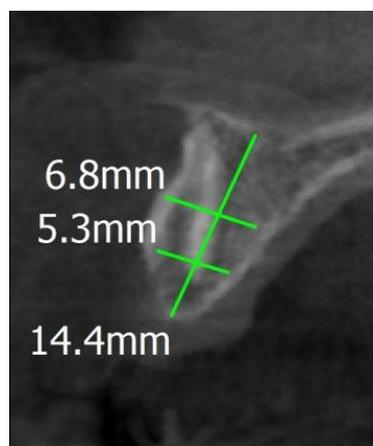


Figura 6 - Corte sagital da tomografia computadorizada, 8 anos após as decoronações. Região do dente 21.

3 DISCUSSÃO

O procedimento de decoronação é uma modalidade de tratamento que se mostra bastante vantajosa, já que mantém altura e espessura óssea alveolar, o que favorece a futura reabilitação com implantes osseointegrados, com mínima ou sem necessidade de enxerto ósseo [12]. Estudos apontam que a exodontia de um dente anquilosado pode resultar em perda óssea, principalmente da cortical vestibular maxilar, o que acarreta comprometimento na cicatrização e defeitos ósseos, tanto na dimensão vertical, quanto na dimensão horizontal [8,11,13]. A decoronação preserva a dimensão horizontal e promove neoformação óssea acima da crista alveolar, em indivíduos em crescimento. A raiz decoronada serve de matriz para a neoformação óssea, durante seu processo de reabsorção. Assim, um novo perióstio é formado, o que permite crescimento ósseo vertical [11].

O aumento da dimensão óssea vertical ocorre por meio de dois processos. O primeiro deve-se ao fato do coágulo existente na porção cervical da raiz anquilosada, induzir osteoblastos a formarem tecido ósseo. O segundo, deve-se ao fato de que no momento da decoronação, efetuada 1mm abaixo do nível da crista alveolar, fibras gengivais interdentais e circunferenciais são seccionadas, permitindo que os dentes adjacentes possam erupcionar, sem qualquer restrição. À medida que a erupção dos dentes adjacentes prossegue, a neoformação óssea ocorre de forma concomitante [14].

Sabe-se que antes do procedimento de decoronação ser efetuado, é necessária a remoção de qualquer obturação do conduto radicular, para que este possa ser preenchido com coágulo sanguíneo e assim, ocorrer formação óssea neste sítio [13,15]. Lin *et al.* (2013) mediram as dimensões ósseas no sentido vestibulo-palatal, após decoronações, tendo como referências modelos de estudo, e encontraram redução de apenas 1mm, comparando-se às dimensões ósseas dos dentes contralaterais não submetidos aos procedimentos. A cortical vestibular apresenta maior índice de perda de dimensão, do que a cortical palatina [16]. Assim, um dos principais determinantes do tratamento bem-sucedido é uma intervenção oportuna, com acompanhamento rigoroso [8].

A idade mostra-se como fator determinante no que diz respeito à neoformação óssea satisfatória da crista alveolar após decoronações, diferindo entre os sexos. No estudo de Malmgren *et al.* (2015), foi encontrada neoformação de osso alveolar marginal significativa, quando as decoronações foram realizadas aos 14,6 anos de idade em pacientes do sexo masculino e aos 13 anos de idade em pacientes do sexo feminino [11]. Em geral, recomenda-se a decoronação de dentes anquilosados, antes do estabelecimento de infra-oclusões graves ou mau posicionamento dos dentes adjacentes [15].

Quando a anquilose dentária é diagnosticada antes do surto de crescimento, que tem seu início por volta dos 10 a 11 anos de idade para pacientes do sexo feminino, e por volta dos 11 a 12 anos de idade para pacientes do sexo masculino, há maior probabilidade de desenvolvimento de infra-oclusão ou mau posicionamento dos dentes adjacentes. Assim, a abordagem cirúrgica deve ser efetuada, em curto período de tempo após o diagnóstico. No entanto, se a anquilose dentária for diagnosticada perto do fim do período de surto de crescimento ou após este período, o dente afetado deve ser monitorado e deve-se lançar mão da decoronação, em casos de desenvolvimento de infra-oclusão severa [17]. Neste último grupo, os índices de infra-oclusão, perda de dimensão vertical óssea e mau posicionamento

dos dentes adjacentes já estão bem estabelecidos. Assim, nestes casos, o procedimento de decoronação não gera grandes neoformações ósseas [14].

Os mantenedores estéticos de espaço são opções de tratamento viáveis em odontopediatria, já que atendem tanto as necessidades estéticas, quanto funcionais, mostrando-se uma alternativa vantajosa e de baixo custo. No entanto, sabe-se que sua substituição e adaptação devem ser realizadas de maneira constante, devido ao crescimento facial do paciente pediátrico [5]. Aparelhos ortodônticos mantenedores de espaço devem ser constantemente monitorados, com a finalidade de eliminar qualquer interferência ou contato dentário prematuro. Reabilitações protéticas em que os dentes pilares estão em processo de erupção devem ser evitadas, a fim de que não prejudique o correto desenvolvimento do arco dentário. Além disso, um mínimo espaço entre o elemento protético e o rebordo ósseo deve ser respeitado, objetivando não interferir no futuro ganho de dimensão vertical [18]. Embora não sejam relatados com frequência na literatura, os riscos de falhas em tratamentos reabilitadores utilizando elementos protéticos e aparelhos ortodônticos removíveis devem ser considerados [8].

A decoronação é uma modalidade de tratamento que favorece a reabilitação com implantes dentários, muitas vezes, sem necessidade de realização de enxertos ósseos, já que possibilita a manutenção de um volume ósseo adequado [11], como no caso clínico presente neste trabalho. No entanto, a realização da técnica de decoronação para preservar o futuro sítio de implante osseointegrado, não descarta a possibilidade de enxerto ósseo. A decoronação pode, em certos casos, contribuir para que o implante tenha apenas uma boa estabilidade primária, sendo o enxerto ósseo necessário para fornecer estabilidade secundária [19]. Sabe-se que a total reabsorção radicular completa-se em até 10 anos após o procedimento de decoronação [9], não interferindo no sucesso da instalação de implantes, a presença de remanescente radicular em processo de reabsorção por substituição [20].

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A decorronação mostra-se como uma conduta cirúrgica viável para casos de anquiloses dentárias, especialmente para pacientes em crescimento. O bom prognóstico da técnica foi evidenciado pelo sucesso do tratamento instituído no caso clínico presente neste trabalho, que corroborou para o reestabelecimento tanto da estética, quanto da função, além da manutenção das dimensões ósseas adequadas para posterior reabilitação com implantes.

REFERÊNCIAS

1. Andreasen JO. Replantation of avulsed teeth. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 4th ed. Copenhagen: Blackwell Munksgaard. 2007;472–475.
2. Guedes OA, de Alencar AH, Lopes LG, Pécora JD, Estrela C. A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental urgency service. *Braz Dent J.* 2010;21(2):153-157.
3. American Association of Endodontists. Glossary of endodontic terms. 7th ed. Chicago: American Association of Endodontists. 2003.
4. Barret K, Kenny DJ. Avulsed permanent teeth: a review of the literature and treatment guidelines. *Endod Dent Traumatol.* 1997;Aug;13(4):153-163.
5. Moreira Neto JJS, Gondim JO, Diniz-Rebouças P, Santiago AKS. Decoronation as an alternative procedure for dental ankylosis after dental reimplantation due to trauma in a growing child: case report. *Braz Dent Sci.* 2015;Jul/Set;18(3):107-113.
6. Trope M. Avulsion of permanent teeth: theory to practice. *Dent Traumatol.* 2011;Aug;27(4):281-294.doi:10.1111/j.16009657.2011.01003.x.
7. Filippi A, Pohl Y, von Arx T. Decoronation of an ankylosed tooth for preservation of alveolar bone prior to implant placement. *Dent Traumatol.* 2001;Apr;17(2):93-95.
8. Mohadeb JVN, Somar M, He H. Effectiveness of decoronation technique in the treatment of ankylosis: A systematic review. *Dental Traumatology.* 2016;32: 255–263;doi:10.1111/edt.12247.
9. Cohenca N, Stabholz A. Decoronation: a conservative method to treat ankylosed teeth for preservation of alveolar ridge prior to permanent prosthetic reconstruction — literature review and case presentation. *Dent Traumatol.* 2007;Apr;23(2):87-94.
10. Khalilak Z, Shikholislami M, Mohajeri L. Delayed tooth replantation after traumatic avulsion: A case report. *Iran Endod J.* 2009;3(3):86–89.
11. Malmgren B, Tsilingaridis G, Malmgren O. Long-term follow up of 103 ankylosed permanent incisors surgically treated with decoronation – a retrospective cohort study. *Dental Traumatology.* 2015;31:184–189;doi: 10.1111/edt.12166.
12. Sapir S, Kalter A, Sapir MR. Decoronation of an ankylosed permanent incisor: alveolar ridge preservation and rehabilitation by an implant supported porcelain crown. *Dent Traumatol.* 2009;Jun;25(3):346-349.doi: 10.1111/j.1600-9657.2009.00788.x.
13. Malmgren B, Malmgren O, Andreasen JO. Alveolar bone development after decoronation of ankylosed teeth. *Endod Topics.* 2006;14:35–40.
14. Malmgren B, Cvek M, Lundberg M, Frykholm A. Surgical treatment of ankylosed and infrapositioned reimplanted incisors in adolescents. *Scand J Dent Res.* 1984;92:391–399.

15. Tsukiboshi M, Tsukiboshi T. Bone morphology after delayed tooth replantation - case series. *Dent Traumatol.* 2014;30: 477–483.
16. Lin S, Schwarz-Arad D, Ashkenazi M. Alveolar bone width preservation after decoronation of ankylosed anterior incisors. *J Endod.* 2013;39:1542–4.
17. Malmgren B, Malmgren O. Rate of infraposition of reimplanted ankylosed incisors related to age and growth in children and adolescents. *Dent Traumatol.* 2002;18:28–36.
18. Malmgren B. Decoronation: how, why, and when? *J Calif Dent Assoc.* 2000;28:846-854.
19. Calasans-Maia JA, Neto AS, Batista MMD, Alves ATNN, Granjeiro JM, Calasans-Maia MD. Management of ankylosed young permanent incisors after trauma and prior to implant rehabilitation. *Oral Surg.* 2013;7:45–51.
20. Szmukler-Moncler S, Davarpanah M, Davarpanah K, Capelle-Ouadah N, Demurashvili G, Rajzbaum P. Unconventional implant placement part III: implant placement encroaching upon residual roots - a report of six cases. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2015;17:396–405.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



CENTRO DE TRAUMA BUCO-DENTÁRIO – CENTRAU
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
 FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
 CURSO DE ODONTOLOGIA
 CLÍNICA 01 – ODONTOPEDIATRIA – (85) 33668408



AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado e estando de acordo com o planejamento proposto, por meio deste instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento ao CENTRAU – Centro de Trauma Buco-Dentário para por intermédio de seus professores, estagiários e alunos devidamente autorizados, fazer diagnóstico, planejamento e tratamento do menor. Concordo também que todos os exames, radiografias, fotografias, modelos, desenhos, históricos e antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório, ou quaisquer outras informações concernentes ao diagnóstico, sejam utilizados para fins de ensino, pesquisa e divulgação científica.

Rebecca Randoia Luz Almeida

Fortaleza - CE, 06 de Setembro de 20 17

RG _____

Assinatura do Responsável

ANEXO B – NORMAS DO PERIÓDICO

Disponível em: <http://www.revistargo.com.br/submissions.php>.

Escopo e Política:

A RGO – Revista Gaúcha de Odontologia é um periódico de periodicidade trimestral que tem por objetivo disseminar e promover o intercâmbio de informações das várias áreas às quais se dedica a pesquisa odontológica, proporcionado à comunidade científica nacional e internacional, um canal formal de comunicação, contribuindo desta forma para o avanço do conhecimento. Os manuscritos podem ser rejeitados sem comentários detalhados após análise inicial, por pelo menos dois editores da RGO - Revista Gaúcha de Odontologia, se os artigos forem considerados inadequados ao escopo da revista ou de prioridade científica insuficiente para publicação na Revista.

Categoria dos artigos:

A Revista aceita artigos inéditos em português, espanhol ou inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês, nas seguintes categorias:

Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de natureza empírica, experimental ou conceitual de pesquisas inéditas tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa.

Especial: artigos a convite sobre temas atuais.

Revisão: síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa. Serão publicados até dois trabalhos por fascículo.

Comunicação: relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, subsidiando o trabalho de profissionais que atuam na área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema.

Ensaio: trabalhos que possam trazer reflexão e discussão de assunto que gere questionamentos e hipóteses para futuras pesquisas.

Caso Clínico: são artigos que representam dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplos. Apresenta as características do indivíduo humano ou animal estudado, com indicação de suas características, tais como, gênero, nível socioeconômico, idade entre outras.

Avaliação:

Os originais que deixarem de cumprir qualquer uma das normas aqui publicadas relativas à forma de apresentação, serão sumariamente devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e à conveniência de sua publicação. A devolução será acompanhada de um ofício contendo o código do item desrespeitado. Recomenda-se fortemente que os autores busquem assessoria linguística profissional (revisores e/ou tradutores certificados em língua portuguesa e inglesa) antes de submeterem originais que possam conter

incorreções e/ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Devem ainda evitar o uso da primeira pessoa do singular “meu estudo...”, ou da primeira pessoa do plural “percebemos...”, pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor e na terceira pessoa do singular.

Os manuscritos aprovados quanto à forma de apresentação serão encaminhados ao Conselho Editorial, que considerará o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados aos revisores *ad hoc* previamente selecionados pelo Conselho. Cada manuscrito será enviado para dois relatores de reconhecida competência na temática abordada. Em caso de desacordo, o original será enviado para uma terceira avaliação. Os trabalhos que, a critério do Conselho Editorial ou de Assessores *ad hoc*, não forem considerados convenientes para publicação na RGO -- Revista Gaúcha de Odontologia serão devolvidos aos autores em caráter definitivo. O processo de avaliação por pares é o sistema de *blind review*, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. O nome dos autores é, propositalmente, omitido para que a análise do trabalho não sofra qualquer influência e, da mesma forma, os autores, embora informados sobre o método em vigor, não fiquem cientes sobre quem são os responsáveis pelo exame de sua obra. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos revisores, o Conselho Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor *ad hoc*.

Os pareceres dos consultores comportam três possibilidades: a) aprovação; b) recomendação de nova análise com alterações; c) recusa integral. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado. No caso de manuscritos aceitos, estes poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações, no processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da Revista. A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores, aos quais é reservado o direito de efetuar os ajustes que julgarem necessários. Na detecção de problemas de redação, o manuscrito será devolvido aos autores para que sejam realizadas as devidas alterações. O trabalho reformulado deve retornar no prazo máximo determinado.

Submissão de trabalhos:

Serão aceitos trabalhos acompanhados de declaração de responsabilidade, declaração de concordância com a cessão de direitos autorais e carta assinada por todos os autores, com descrição do tipo de trabalho e da área temática e as principais contribuições do estudo para a área. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores deverão providenciar permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Autoria: o número de autores deve ser coerente com as dimensões do projeto. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos. A RGO - Revista Gaúcha de Odontologia considera aceitável o limite máximo de 6 autores por artigo. Entretanto, poderá admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados, em folha separada, de justificativa convincente para a participação de cada um dos autores.

Os manuscritos devem conter, na página de identificação, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores.

Apresentação do manuscrito:

O texto deverá ser digitado em fonte Arial tamanho 12, com espaço entrelinhas 1,5 cm. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm). Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação. Para esclarecimentos de eventuais dúvidas quanto à forma, sugere-se consulta a este fascículo. Os artigos devem ter, no máximo, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de *Digital Object Identifier* (DOI), este deve ser informado.

Versão reformulada: a versão reformulada deverá ser encaminhada por e-mail, indicando o número do protocolo e o número da versão. Os autores deverão enviar apenas a última versão do trabalho. O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, os autores deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados. Os prazos fixados para nova submissão dos originais corrigidos serão informados no ofício que acompanha os originais e deverão ser rigorosamente respeitados. A nova submissão fora dos prazos estipulados acarretará no cancelamento definitivo do processo de avaliação e a devolução definitiva dos originais.

Disposição dos elementos constituintes do texto:

Os elementos constituintes do texto devem ser dispostos segundo a sequência apresentada abaixo:

Especialidade ou área da pesquisa: uma única palavra que permita ao leitor identificar de imediato a especialidade ou área à que pertence a pesquisa.

Título: Título: a) título completo em português e inglês ou espanhol, devendo ser conciso, evitando excesso das palavras, como “avaliação do...”, “considerações a cerca de...”, “estudo exploratório”; b) short title com até 50 caracteres em português (ou espanhol) e inglês.

Nome dos autores: a) nome de todos os autores por extenso, indicando o Departamento e/ou Instituição a que pertencem (incluindo indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados os autores); b) será aceita uma única afiliação por autor. Os autores deverão, portanto, escolher dentre suas afiliações aquela que julgarem a mais importante; c) todos os dados da afiliação devem ser apresentadas por extenso, sem nenhuma abreviação; d) endereço completo para correspondência de todos os autores, incluindo o nome para contato, telefone e e-mail. Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores. Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

Resumo: a) todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês; b) para os artigos originais, os

resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo. Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações; c) não deve conter citações e abreviaturas.

Termos de indexação: correspondem às palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Bireme.

Introdução: deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos: os métodos devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações, incluindo os procedimentos adotados, universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico. Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados. Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nomes genéricos, doses e vias de administração. Os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes símbolos abreviados. Incluem-se nessa classificação: nomes de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica. Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula. Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do parecer de aprovação. Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados: devem ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Não repetir no texto todos os dados já apresentados em ilustrações e tabelas. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

Tabelas, quadros, figuras e gráficos devem ser limitados a seis no conjunto e numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. É imprescindível a informação do local e ano do estudo. A cada um se deve atribuir um título breve. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas. Os gráficos devem ser enviados sempre acompanhados dos respectivos valores numéricos que lhes deram origem e em formato Excel. Os autores se responsabilizam pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente); não é permitido o formato paisagem. Figuras digitalizadas

deverão ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 dpi. Na apresentação de imagens e texto, deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O paciente não poderá ser identificado ou reconhecível nas imagens.

Discussão: deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados, e relacioná-los ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas. Não repetir em detalhes dados ou outros materiais já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.

Conclusão: parte final do trabalho baseada nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo. As conclusões devem ser precisas e claramente expostas, cada uma delas fundamentada nos objetos de estudo, relacionado os resultados obtidos com as hipóteses levantadas. Evidenciar o que foi alcançado com o estudo e a possível aplicação dos resultados da pesquisa; podendo sugerir outros estudos que complementem a pesquisa ou para questões surgidas no seu desenvolvimento. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no *estilo Vancouver*. Nas referências com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguido da expressão latina et al. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o *List of Journals Indexed in Index Medicus* (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências. Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, dissertações, teses e de textos não publicados (aulas, entre outros). Livros devem ser mantidos ao mínimo indispensável uma vez que refletem opinião dos respectivos autores e/ou editores. Somente serão aceitas referências de livros mais recentes. Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo no prelo), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Citações bibliográficas no texto: utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Deverão ser colocadas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al. A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.