



CURSO DE ODONTOLOGIA

MIRELLA SANTANA E SANTOS

**INTERCORRÊNCIAS DURANTE O RECOBRIMENTO
RADICULAR: RELATO DE CASO**

**COMPLICATIONS DURING ROOT COVERAGE: CASE
REPORT**

SALVADOR
2020

MIRELLA SANTANA E SANTOS

**INTERCORRÊNCIAS DURANTE O RECOBRIMENTO
RADICULAR: RELATO DE CASO**

**COMPLICATIONS DURING ROOT COVERAGE: CASE
REPORT**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e
Saúde Pública como requisito final para obtenção do Título de Cirurgião-
Dentista.

Orientador: Prof. Roberta Catapano
Naves.

SALVADOR

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir chegar até aqui, com saúde e perseverança.

Aos meus pais, Diony Alves e Jeremias Santos, por todo esforço para que eu conseguisse realizar esse sonho e pelo apoio em todos os momentos difíceis.

Ao meu irmão Andrey Henrique, por sempre acreditar em mim e me incentivar diariamente.

Agradeço a minha orientadora Prof. Roberta Catapano Naves, pela sua orientação, paciência, carinho e todo tempo dedicado a me auxiliar durante essa jornada e pela confiança em mim depositada.

Aos professores em geral, por todo conhecimento compartilhado, que tanto me acrescentaram.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, aos pacientes e a todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu êxito profissional.

E aos meus amigos pelo convívio de vários anos, pelas palavras carinhosas de incentivo e por tornaram esta trajetória mais leve e feliz.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. RELATO DE CASO.....	09
3. DISCUSSÃO.....	14
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17

REFERÊNCIAS

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO

ANEXOS

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA

ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS

RESUMO

A periodontia começou a buscar alternativas para correção e reconstrução dos tecidos comprometidos, a partir dos tratamentos estéticos nos últimos anos. Podendo ser múltiplas ou isoladas, as recessões gengivais são definidas como a localização apical da margem gengival em direção à junção muco-gengival, provocando a exposição da superfície radicular. Como forma de tratamento, diversas técnicas cirúrgicas plásticas periodontais foram surgindo e apresentando progressos significativos na prevenção, regeneração e correção das recessões gengivais, podendo ter como resultado um recobrimento radicular parcial ou total em seu tratamento. O objetivo deste relato é apresentar um caso abordando intercorrências que ocorreram durante o ato cirúrgico que impossibilitaram o término do procedimento. Inicialmente a técnica proposta foi a de Bruno (1994), onde retalho não é posicionado sobre as papilas e é suturado no local onde foi feita a incisão horizontal, favorecendo a manutenção das papilas e proporcionando um resultado estético favorável. Devido a dilaceração do retalho no momento da cirurgia, a técnica foi substituída pela técnica de Langer e Langer (1985) onde realiza incisões horizontais na altura ou levemente coronal à junção cimento/esmalte adjacente às superfícies radiculares a serem recobertas, o que desfavorece a manutenção das papilas. O resultado obtido foi o recobrimento parcial e o ganho de gengiva inserida que, conseqüentemente, ajudou na proteção da recessão gengival.

Palavras – chaves: Retração Gengival; Tecido Conjuntivo; Gengiva.

ABSTRACT

Periodontics began to look for alternatives to correct and reconstruct compromised tissues, based on aesthetic treatments in recent years. Gingival recessions, which may be multiple or isolated, are defined as the apical location of the gingival margin towards the mucous-gingival junction, causing exposure of the root surface. As a form of treatment, several techniques periodontal plastic surgical were emerging and showing significant progress in prevention, regeneration and correction of gingival recessions, which may result in partial or total root treatment. The purpose of this report is to present a case addressing complications that occurred during the surgery that made it impossible to finish the procedure. Initially, the proposed technique was that of Bruno (1994), where the flap is not positioned over the papillae and is sutured in the place where the horizontal incision was made, favoring the maintenance of the papillae and providing a favorable aesthetic result. Due to the tearing of the papillae at the time of surgery, the technique was replaced by the technique of Langer and Langer (1985), where horizontal incisions are made in height or slightly coronal to the cementum / enamel junction adjacent to the root surfaces to be covered, which disadvantages maintenance papillae. The result obtained was the partial covering and the gain of inserted gingiva, which, consequently, helped in the protection of the gingival recession.

Keywords: Gingival retraction; Connective tissue; Gum.

1. INTRODUÇÃO

A recessão gengival é uma condição caracterizada pelo deslocamento da margem gengival a uma posição mais apical em relação à junção esmalte-cimento (JCE), levando, assim, à exposição da superfície radicular. Essa condição, resulta numa coroa clínica maior, podendo ocorrer também maior susceptibilidade à cárie radicular, hipersensibilidade dentinária, maior acúmulo de placa, inflamação e consequente exposição radicular ^(1,2).

A etiologia da recessão gengival apresenta-se como uma condição de natureza inflamatória e está associada ao acúmulo de biofilme bacteriano, levando ao desenvolvimento da doença periodontal (DP). As recessões primariamente, estão relacionadas ao acúmulo de biofilme e a primariamente, a fatores mecânicos, como ao trauma de escovação. De maneira secundária a esses fatores, características anatômicas como biótipo gengival pouco espesso, proeminência dos dentes para a face vestibular, a posição dentária desfavorável, a inserção anormal de bridas e freios, as deiscências ósseas, os hábitos de higiene oral e fatores iatrogênicos, estando relacionados com procedimentos restauradores e ortodônticos^(3,4,5).

Sendo assim, diferentes técnicas cirúrgicas plásticas periodontais são descritas na literatura possibilitando um recobrimento radicular parcial ou total e possível ganho de gengiva inserida⁽⁶⁾. A técnica de Langer e Langer em 1985^(7,8) que foi modificada por Bruno (1994)⁽⁹⁾ sendo as principais e mais conhecidas técnicas quando bem indicadas e executadas, por apresentarem boa previsibilidade e margem de sucesso satisfatória ⁽⁶⁾.

De acordo com os resultados obtidos na literatura, a técnica de Bruno (1994) propôs a realização de incisões horizontais na altura ou acima da junção cimento-esmalte, com o intuito de obter um retalho dividido além da linha mucogengival, sendo este deslocado no sentido coronal mantendo exposta uma parcela do tecido conjuntivo enxertado. Nesta técnica incisões relaxantes não são realizadas devido a diminuição do suprimento sanguíneo que retarda a cicatrização e proporcionam maior desconforto para o paciente⁽⁹⁾.

Langer e Langer (1985) descreveu que existem falhas comuns que acarretam no insucesso da técnica cirúrgica, como a presença de leito receptor atrésico e insuficiente para prover adequado suprimento sanguíneo, perfuração do retalho, enxerto de tamanho ou espessura inadequadas, posicionamento coronário do retalho insuficiente, ausência de tecido ósseo na região interproximal, falta de tecido gengival para o recobrimento, incisões horizontais realizadas apicalmente à junção cimento-esmalte, mau posicionamento dentário e do enxerto de tecido conjuntivo e preparação radicular deficiente^(7,8).

Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso em que houve uma intercorrência no ato cirúrgico, a dilaceração do retalho, que levou a modificação da técnica inicialmente proposta, técnica de Bruno (1994) pela técnica de Langer e Langer (1985) durante o procedimento cirúrgico.

2. RELATO DE CASO

Paciente G.S.N, 29 anos de idade, sexo masculino, apresentou-se ao ambulatório da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, com queixa principal estética no incisivo central direito. Na anamnese constatou-se que o paciente era saudável e não houve alterações na mesma. Após o exame clínico e radiográfico, verificou-se presença de supranumerário na região de incisivo central do lado direito, odontoma composto em maxila e incisivo central retido (Figura 1) e uma recessão gengival Classe III de Miller (Figura 2). Paciente apresentava saúde periodontal e não houve necessidade de realizar terapia periodontal pré-operatória.



Figura 1 – Exame radiográfico com a presença de supranumerário na região de incisivo central do lado direito, odontoma composto em maxila e incisivo central retido.



Figura 2 - Vista pré-operatória da região da unidade 11 apresentando recessão gengival Classe III de Miller.

O plano de tratamento proposto consistiu em recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. A antissepsia intra bucal foi feita com bochecho de Digluconato de Clorexidina 0,12% durante um minuto e extra bucal foi realizada com Digluconato de Clorexidina a 2% e antisséptica da face com iodo povidine. Com o objetivo de obter uma superfície radicular plana, sem irregularidades ou depressões, a raiz a ser recoberta foi raspada e alisada com

o auxílio de uma cureta Gracey nº 5/6 da Hu-friedy (Hu-Friedy, Chicago, Illinois, Estados Unidos) (Figura 3).



Figura 3 – Raspagem e alisamento radicular.

A cirurgia foi iniciada após a realização da anestesia terminal infiltrativa com lidocaína a 2% e vasoconstrictor epinefrina 1:100.000 (DFL – Rio de Janeiro, Brasil). A técnica proposta para a cirurgia foi a técnica de Bruno (1994), onde as incisões são horizontais na altura ou levemente coronal à junção cemento/esmalte adjacente às superfícies radiculares a serem recobertas. O retalho não é posicionado sobre as papilas anatômicas, sendo suturado no local onde foi feita a incisão horizontal. Porém, devido a posição desfavorável da unidade 11 que encontrava-se vestibularizada, ocorreu a dilaceração da papila devido a fina espessura da mesma. No momento da cirurgia, devido às intercorrências citadas com a técnica proposta, optou-se pela técnica Langer e Langer (1985), onde na margem coronal da área receptora realizou-se uma incisão intrasulcular horizontal ao nível da junção amelo-cementária na área da recessão gengival com lâmina de bisturi 15C (Swann-Morton – Sheffield, Inglaterra) contornando as unidades 11, 12 e 21) com preservação das papilas interproximais. Posteriormente, foi realizado um retalho dividido para obter mobilidade e nutrição com o intuito de tracionar o retalho sem pressão coronalmente a fim de interpor o enxerto. As papilas foram preservadas ao posicionar o retalho. Uma vez medido o leito receptor, iniciou-se a obtenção do enxerto necessário para cobrir o leito.

A área doadora escolhida foi a região de palato do lado direito. A incisão do tecido foi realizada com lâmina de bisturi nº15 (L) para obtenção de retalho de espessura parcial nas áreas compreendidas entre pré-molares e primeiro molar

devido à maior espessura tecidual e colocado sobre a raiz exposta da unidade 11 e suturado (Figura 4).

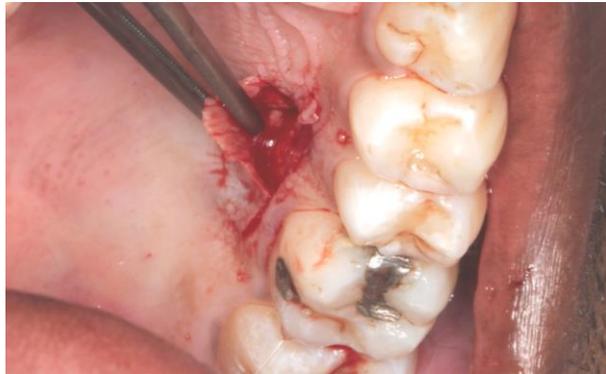


Figura 4 – Região de palato do lado direito: leito doador.

O enxerto foi obtido (Figura 5) com uma espessura aproximada de 1,5 mm e foi colocado em uma cuba com soro fisiológico e depois feita uma compressão com gaze umedecida para inspeção e remoção da faixa de epitélio, não ultrapassando a espessura de 1,5mm.

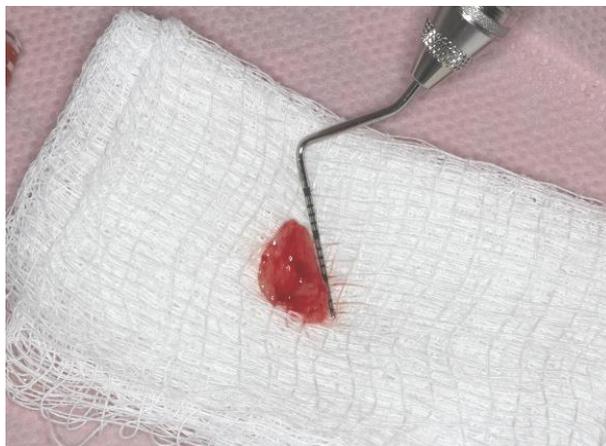


Figura 5 – Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.

Seguida da adaptação e estabilização do tecido conjuntivo no leito receptor (Figura 6) com fio de sutura reabsorvível Vicryl 6-0 (Ethicon – São José dos Campos, São Paulo, Brasil), seu posicionamento foi feito no leito receptor sendo iniciado pela penetração do fio de sutura pela mesial passando sob as papilas, pela porção distal e percorrendo o caminho inverso até chegar à porção mesial novamente, tendo a junção ameloementária como limite

coronário de posicionamento do enxerto. Para evitar retrações residuais, o retalho foi suturado com pontos simples e suspensórios (Adaptado Campos et al., 2006), a 1 mm coronalmente à junção cimento-esmalte (Figura 6). Na região do palato foi realizada uma sutura contínua, formando uma malha para estabilizar o coágulo.



Figura 5 - Enxerto Interposto.



Figura 6 – Sutura contínua de aproximação.

O paciente foi orientado quanto aos cuidados pós operatórios e prescrito as medicações (Nimesulida 100 mg (12/12h por 3 dias), Dipirona 1g (6/6h por 2 dias, e/ou enquanto houver dor) e Digluconato de Clorexidina 0,12% (bochechar 10ml por 01 min, 2x ao dia por 7 dias na região do palato e para o enxerto, durante 10 dias. O paciente foi instruído a não escovar a região.



Figura 7- Pós-operatório de 10 dias.

Avaliações pós-operatórias foram realizadas semanalmente durante o primeiro mês e, posteriormente, mensais. Sete dias após a cirurgia foi feita a remoção da sutura no palato. Já a remoção da sutura do leito receptor foi feita depois de 21 dias. Uma reavaliação foi feita com 30 dias.



Figura 7- Pós-operatório de 30 dias.

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, diferentes técnicas foram propostas para o tratamento das recessões gengivais, com o intuito de prevenir e corrigir os problemas estéticos provenientes das raízes expostas. No tratamento, pode-se optar em não realizar intervenções ou utilizar enxerto para prevenir, manter estável ou recobrir parcial ou totalmente uma recessão já existente ^(10,11,12).

Uma recessão gengival classe III de Miller (1985) ocasionada pela má oclusão dentária que foi desencadeada por uma posição dentária desfavorável da unidade 11, resultou numa estética insatisfatória para a paciente. Com o intuito de melhorar o comprometimento estético causado pelas raízes expostas, técnicas de recobrimento radicular com uso de enxertos conjuntivos subepiteliais foram propostas na literatura desde o século passado e vem sendo modificadas ao longo desses anos⁽⁶⁾. A técnica escolhida inicialmente para o caso foi a técnica de Bruno (1994)⁽⁹⁾, que é a modificação da técnica original de Langer & Langer. Bruno em 1994, percebeu que, ao realizar incisões horizontais na altura ou próximo da junção cimento-esmalte tendo como objetivo ter um retalho dividido além da linha mucogengival, sem realizar incisões relaxantes favoreceria na manutenção das papilas e conseqüentemente teria um resultado estético mais favorável quando comparado com a técnica original em proposta Langer e Langer em 1985. Essa técnica propõe o uso das incisões das relaxantes e com isso, ocorre a diminuição do suprimento sanguíneo, retardando a cicatrização, havendo pouca manutenção das papilas e causando desconforto pós-operatório ao paciente^(7,8).

A técnica de envelope proposta por Raetzck apresenta a mesma ideia da técnica de Bruno, tendo como vantagens a não realização de incisões relaxantes, promovendo a preservação das papilas e apresentando facilidade de fixação do enxerto. Porém, esta técnica é restrita apenas para recessões isoladas, não havendo deslocamento coronal do enxerto, enquanto a técnica de Bruno é indicada para recessão em apenas uma raiz ou várias raízes possibilitando um maior recobrimento do enxerto^(13, 9).

Diante do exposto, como o paciente apresentava a unidade 11 vestibularizada em relação aos demais dentes anteriores e a papila

interdentária era estreita, durante a realização da cirurgia, o retalho foi dilacerado levando a substituição da técnica de Bruno (1994) pela técnica de Langer e Langer. Esta propõe que o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial deve estar sobreposto por um retalho pediculado inserido coronalmente à junção cimento/esmalte adjacente às recessões gengivais a serem recobertas, realizando incisões relaxantes o que desfavorece na manutenção das papilas (7,8).

Como a unidade apresentava-se uma papila estreita e fina devido a sua vestibularização, no ato cirúrgico houve a dilaceração do retalho e o tratamento ortodôntico anterior não conseguiu posicionar a unidade 11 em harmonia no arco dentário pela presença de um odontoma, não obteve recobrimento radicular total, porém, mesmo com esta intercorrência, houve ganho de gengiva inserida que forneceu maior proteção a área exposta, suporte aos traumas da mastigação e uma maior durabilidade do periodonto contra injúrias externas. Pode-se perceber esta mesma vantagem no primeiro estudo sobre recobrimento radicular com uso enxerto conjuntivo subepitelial proposto por Langer e Langer em 1985, que tinha o intuito de aumentar a faixa de gengiva queratinizada e reconstruir rebordos edêntulos e ao colocarem em prática, perceberam que, devido a nutrição do enxerto pelo duplo suprimento sanguíneo os resultados ao utilizar esta técnica influenciaram positivamente no resultado final estético (7).

Caso a unidade estivesse em posição favorável, a técnica de Zucchelli & De Sanctis (14) seria a mais indicada. Pois, ao realizarem o primeiro retalho de espessura total na altura da crista óssea, com deslocamento em direção apical e uma dissecação em espessura parcial, observaram que haveria um ganho de mucosa queratinizada que não ocorria nas outras técnicas pois os autores utilizavam apenas um tipo de espessura de retalho, como na técnica de Bruno e Raetzke. A técnica de Zucchelli & De Sanctis, promove um excelente ganho de mucosa queratinizada e, de acordo com Pini Prato et al.(15) quando esta técnica é associada com o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, o resultado é satisfatório, proporcionando conforto ao paciente durante a higiene bucal e favorecendo a estética no pós-operatório por causa do aumento de tecido queratinizado e a estabilização da mucosa alveolar.

Além da técnica de Zucchelli & De Sanctis, a microcirurgia também poderia ser utilizada por ser uma técnica minimamente invasiva. Devido a manipulação delicada dos tecidos e precisão diante das margens da raiz a ser recoberta, o resultado estético é favorável e conseqüentemente obtém-se um menor período de cicatrização devido ao mínimo trauma no ato cirúrgico. Porém, mesmo diante das vantagens apresentadas, a microcirurgia enfrenta uma aceitação prolongada, devido ao extenso tempo de aquisição do conhecimento e ao elevado custo dos equipamentos⁽¹⁴⁾.

Após a tratamento das recessões gengivais utilizando enxertos de tecido conjuntivo subepitelial para recobrimento radicular, tem-se como previsibilidade uma cicatrização favorável alcançada. As diferentes técnicas tem como objetivo a cobertura das recessões, mas foi avaliado nesses estudos que houve também uma regeneração periodontal na raiz exposta e a formação de epitélio juncional na parte coronária da superfície radicular. Bruno e Bowers, fizeram a análise de diferentes padrões de cicatrização e viram que ocorre uma regeneração periodontal na porção apical da raiz exposta, além de mostrarem que a não utilização de incisões verticais relaxantes apresentam um pós operatório tranquilo e um padrão de cicatrização esperado. Como foi relatado, apesar de inicialmente ter sido feita a técnica de Bruno que não realiza incisões relaxantes e devido a dilaceração do retalho, a técnica foi alterada para a de Langer e Langer, houve um padrão de cicatrização esperado, recobrimento parcial da recessão classe III de Miller, ganho de gengiva inserida e o paciente obteve um pós operatório tranquilo mesmo diante das intercorrências que ocorreram⁽⁹⁾.

Mesmo oferecendo resultados estéticos favoráveis, o enxerto de tecido conjuntivo, em alguns casos, pode apresentar uma resposta desfavorável após a cicatrização, como a formação volumosa tecidual na área do enxerto, acarretando na alteração do seu contorno, mas ao realizar uma gengivoplastia no local, será devolvida a morfologia adequada aos tecidos e conseqüente, o defeito será corrigido, porém não foi o que aconteceu com o caso relatado.

Sabe-se então, que independente da técnica escolhida, o tratamento deve ser realizado de forma conservadora ao paciente e deve ser realizada a remoção de todos os fatores etiológicos que levaram a recessão gengival anteriormente o procedimento cirúrgico⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que o enxerto de tecido conjuntivo é uma técnica vista como padrão ouro por promover ganho clínico de inserção, tecido queratinizado e recobrimento radicular em defeitos Classe I, II e III de Miller, sendo uma alternativa viável e altamente previsível para o tratamento das recessões gengivais. Mesmo sendo vista como uma técnica padrão ouro, intercorrências podem ocorrer durante o procedimento cirúrgico e o cirurgião dentista deve estar apto à resolver essas situações.

Sendo assim, diante do caso clínico apresentado, mesmo havendo dificuldades que limitaram a obtenção do completo recobrimento da raiz, foi possível obter um resultado satisfatório do ponto de vista periodontal, quando obteve-se gengiva inserida o que favoreceu na proteção da raiz que não foi recoberta totalmente.

REFERÊNCIAS

1. THE AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Glossary of Periodontal Terms. 3a. Ed. Chicago: The American Academy of Periodontology, 2001.
2. Landiml FS, Andradell KHM, Freitas GB, Xavier JC, Santos SC, Alves RV. Enxerto subepitelial de tecido conjuntivo para recobrimento radicular. 2009; 9(4): 31 – 38.
3. Kumar A, Masamatti SS. A new classification system for gingivaland palatal recession. J Indian Soc Periodontol. 2013; 17(2): 175 – 181.
4. Neto JBC, Cavalcanti MC, Sekiguchi RT, Pannuti CM, Romito GA, Tatakis DN. Root Coverage for Single Deep Gingival Recessions: Outcomes Based on a Decision-Making Algorithm. Int. J. Dent. 2019:1-9.
5. Cazelato LS. Etiologia e Classificação das Resseções Gengivais. [Dissertação] Piracicaba: Unicamp; 2011.
6. Venturim RTZ, Joly JC, Venturim RL. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival. RGO. 2011; 59: 147 – 152.
7. Langer B, Langer L. Subepithelial Connective Tissue Graft Technique for Root Coverage. J. Periodontol.1985. 56; (12): 715 – 720.
8. Butler BL, The Subepithelial Connective Tissue Graft with a Vestibular. Releasing Incision. J Periodontol. 2003;74(6): 893 – 898.
9. Bruno JF. A Subepithelial Connective Tissue Graft Procedure for Optimum Root Coverange. Oral and maxillofacial surgery clinics of North America.1999;7(2): 11 – 28.
10. Majzoub z, Landi L, Grusovin MG, Cordioli G. Histology of Connective Tissue Graft. A Case Report. J Periodontol.2001;72(11):1607-1615.
11. Bouchard P, Malet J, Borghetti A. Decision-making in aesthetics: root coverage revisited. Periodontology 2000. 2001;27(2001):97-120.
12. Greenwell H, Fiorellini J, Giannobile W, Offenbacher S, Salkin L, Townsend C et al. J Periodontol. 2005; 76(9):1588 – 1600.
13. Raetzke PB. Covering Localized Areas of Root Exposure Employing, 2001.

14. Lacerda ACQ, Alves ACBA, Rocha PG, Menezes SAF. Recobrimento radicular pela técnica de Zucchelli e De Sanctis. 2011; 59(2): 313 – 317.
15. Prato GP, Tinti C, Vincenzi G, Magnani C, Coltellini P, Clauser C. Guided Tissue Regeneration Versus Mucogingival Surgery in the Treatment of Human Buccal Gingival Recession. J Periodontol. 1992; 63(11): 919 – 928.
16. Monteiro JM. Cirurgia Plástica Periodontal de Recessões Gengivais [Dissertação] Gandra: IUCS; 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na resolução CNS 466/12 do Ministério da Saúde)

O paciente Gilberto Santana Neto, sob sua responsabilidade, está sendo convidada(o) como voluntária(o) a participar da pesquisa "RECOBRIMENTO RADICULAR COM USO DE ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL". Neste estudo pretendemos demonstrar através de um caso clínico, algumas necessidades estéticas, já definidas e preconizadas por evidências científicas, e analisar a importância da associação entre três especialidades odontológicas para resolução de queixas estéticas e funcionais: Periodontia, Dentística e Ortodontia. Sendo todo o seu tratamento realizado na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

Para este estudo adotaremos procedimentos que serão realizados de acordo com adequado planejamento e em obediência aos Critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, oferecendo riscos mínimos à integridade física, psíquica ou moral em qualquer fase da pesquisa ou dela decorrente. E, no intuito de ainda controlar ao máximo os riscos, foram utilizados critérios rigorosos de proteção individual e biossegurança.

Será assegurado o respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia. Para participar deste estudo, você deverá assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação.

Também será garantida a confidencialidade e a privacidade do participante. Haverá proteção de informações pessoais e da sua imagem, estando os pesquisadores comprometidos a evitar qualquer dano à autoestima, prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros do participante. Para escrever este trabalho, serão utilizados dados dos seus documentos odontológicos (exames radiográficos e fotografias). Para evitar o risco de perder estes documentos, os mesmos serão utilizados apenas na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Outro risco que você terá com esta pesquisa é o possível constrangimento ao expor sua imagem, já que fotografias do seu rosto e da sua boca serão divulgadas em revista odontológicas, aulas e congressos. Mas, para minimizar este risco, serão utilizadas tarjas pretas nos olhos em todas as fotos da face. É importante ressaltar que todos os seus dados ficarão em segredo e seu nome não será divulgado. Apenas os pesquisadores terão acesso ao banco de dados com informações coletadas, evitarão extravio dos dados e protegerão os mesmos em equipamento com senha. Caso necessário,

Gilberto Santana Neto



outras terapêuticas podem ser instituídas ao paciente utilizando-se os artifícios disponíveis no Centro Odontológico da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os pesquisadores se comprometerão com o máximo de benefícios ao paciente pela participação na pesquisa, incluindo melhora na qualidade de vida, obtenção de estética e função dentária. A pesquisa contará com recursos humanos e materiais necessários para garantir o bem-estar do participante da pesquisa, todos os procedimentos clínicos serão realizados por pesquisadores com capacidade profissional adequada para desenvolver sua função no projeto proposto.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, Gilberto Santana Neto, portador(a) do documento de Identidade 1197056211 fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e eu poderei modificar a decisão de participar se assim desejar. Tendo o consentimento já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

O(a) professor(a) orientador(a) Roberta Catapano Naves certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas com privacidade.

Salvador, 31 de Outubro de 2019.

Assinatura da testemunha

Gilberto Santana Neto

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Mirella Santana e Santos

Gilberto Santana Neto



Caso você tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento ou ainda deseje retirar sua participação da pesquisa, por favor, entre em contato com os pesquisadores abaixo a qualquer tempo.

Clínica Odontológica da Bahiana, Profa. Roberta Catapano Naves da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, na Rua Silveira Martins, nº 3386, Cabula, Salvador – Ba, CEP: 41150-100, no telefone (71) 3257 8200.

Ou ainda comparecer ao endereço do Comitê de Ética em pesquisa em casos de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos, também listado abaixo:

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, na Avenida Dom João VI, nº 275, Brotas, Salvador – BA, CEP: 40.290-000 ou no telefone: 71 2101-1921, ou no e-mail: cep@bahiana.edu.br.

Gilberto Santana Neto

ANEXOS

ANEXO A – DIRETRIZES PARA AUTORES

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens laterais direita e esquerda de 3 cm e superior e inferior de 2 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto
 - 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
 - 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.
 - 1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.
 - 1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).

- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado (CAAE) como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma

comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:
Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. *A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta* [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. *Histopathology* [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu “Tabela” do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL

ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS

Artigos em anexo.