



CURSO DE ODONTOLOGIA

CATHARINA RODRIGUES ALVES GONÇALVES

**GANHO DE TECIDO CERATINIZADO COM ENXERTO
DE MUCOSA MASTIGATÓRIA: relato de caso**

**GAIN OF KERATINIZED TISSUE WITH GRAFT OF
MASTIGATORY MUCOSA: case report**

SALVADOR
2020

CATHARINA RODRIGUES ALVES GONÇALVES

**GANHO DE TECIDO CERATINIZADO COM ENXERTO
DE MUCOSA MASTIGATÓRIA: relato de caso**

**GAIN OF KERATINIZED TISSUE WITH GRAFT OF
MASTIGATORY MUCOSA: case report**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito final para obtenção do título de Cirurgiã-dentista.

Orientador: Prof. Me. Roberta Catapano Naves.

SALVADOR

2020

Quando se viaja em direção a um objetivo é muito importante prestar atenção no caminho.

O caminho é que sempre nos ensina a melhor maneira de chegar, e nos enriquece, enquanto o estamos cruzando.

Paulo Coelho – “O Diário de um Mago”

AGRADECIMENTOS

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

Aos meus pais Cleide Rodrigues e Robson Wagner, por todo esforço para que eu conseguisse realizar esse sonho e pelo apoio em momentos difíceis.

Aos meus irmãos, Carol, Junior, João Pedro e João Gabriel, por sempre acreditarem em mim e me incentivarem diariamente.

Agradeço a minha orientadora Prof. Roberta Catapano Naves, pela sua brilhante orientação, tempo dedicado a me auxiliar 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 feliz.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	8
2. RELATO DE CASO	10
4. DISCUSSÃO	15
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	18

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO

LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE B - SUBMISSÃO DO PROJETO DE

PESQUISA

ANEXOS

ANEXO A - NORMAS DA REVISTA

ANEXO B - ARTIGOS REFERENCIADOS

RESUMO

A gengiva é a parte da mucosa mastigatória que circunda a porção cervical dos elementos dentários, composta por gengiva livre e gengiva inserida, ambas constituídas por mucosa ceratinizada. Essa mucosa é constituída por epitélio escamoso estratificado queratinizado e tecido conjuntivo denso. A quantidade de gengiva inserida varia para cada dente e entre os diferentes sítios no mesmo indivíduo, altera entre pacientes sem distinção de sexo, diminui em dentes vestibularizados, onde estão freios, bridas e as retrações gengivais que são encontradas com certa frequência na periodontia. Em casos de danos ao periodonto, a cirurgia periodontal engloba diversas técnicas cirúrgicas com intuito de buscar a função gengival associada às condições estéticas dentro da normalidade. Portanto, o objetivo do presente trabalho é relatar um caso clínico com a técnica cirúrgica de enxerto de mucosa mastigatória de paciente classe III de Miller, a fim de se obter ganho de mucosa ceratinizada com conseqüente recobrimento radicular, em região inferior anterior de mandíbula, por vestibular das unidades 3.2, 3.1 e 4.1. Através desta técnica, o periodonto restabeleceu a sua função, promovendo ganho clínico de inserção, de tecido queratinizado em dimensão e espessura na região apical das unidades envolvidas.

PALAVRAS-CHAVE: Dentes; Gengiva; Retração gengival; Periodontia.

ABSTRACT

The gingiva is the part of the masticatory mucosa that surrounds the cervical portion of the dental elements, consisting of free gum and inserted gum, both made up of keratinized mucosa. This mucosa consists of keratinized stratified squamous epithelium and dense connective tissue. The amount of inserted gingiva varies for each tooth and between different sites in the same individual, changes between patients without distinction of sex, decreases in vestibularized teeth, where there are brakes, flaps and gingival retractions that are found with some frequency in periodontics. In cases of damage to the periodontium, periodontal surgery encompasses several surgical techniques in order to seek the gingival function associated with aesthetic conditions within the normal range. Therefore, the objective of the present study is to report a clinical case with the surgical technique of grafting of masticatory mucosa of Miller class III patient, in order to obtain a gain of keratinized mucosa with consequent root covering, in the lower anterior region of the mandible, for entrance exam for units 3.2, 3.1 and 4.1. Through this technique, the periodontium has restored its function, promoting clinical gain of insertion, of keratinized tissue in size and thickness in the apical region of the units involved.

KEYWORDS: Teeth; Gum; Gingival retraction; Periodontics.

1. INTRODUÇÃO

A gengiva apresenta variações em estrutura e espessura, conforme demanda funcional. A gengiva livre compreende o tecido gengival marginal das regiões vestibular e lingual dos dentes, além das papilas interdentárias, e se estende até a ranhura gengival livre. A gengiva inserida se inicia a partir da ranhura gengival e é altamente ceratinizada, além de ser fortemente aderida pelas fibras colágenas que recobre o osso alveolar. As características anatômicas que podem estar associadas ao posicionamento dentário, são constituídas pelas dimensões ósseas e mucogengivais locais. A espessura da gengiva inserida é um parâmetro de grande importância clínica, com variações em relação à idade e às diferentes áreas da cavidade bucal, sendo representada pela distância entre a junção muco-gengival e a superfície externa do sulco gengival⁽¹⁻²⁾.

Entre os problemas mucogengivais, as recessões gengivais destacam-se com maior prevalência. Corresponde à perda de inserção e de gengiva inserida, em qualquer parte da superfície da raiz exposta. Essa exposição, além do comprometimento estético, pode causar sensibilidade dentinária e afetar hábitos rotineiros dos pacientes, muitas vezes tendo um impacto em termos de estética e função. Possui uma etiologia multifatorial com a combinação de variáveis externas e anatômicas locais, ou seja, a presença de um tecido com pouca espessura da altura da faixa de mucosa ceratinizada e tecido ósseo subjacente ou a existência de deiscências ósseas causadas por anomalias anatômicas podem representar fatores de predisposição para o desenvolvimento de recessões^(2,3).

Existem diversas técnicas cirúrgicas para ganho de gengiva inserida e recobrimento radicular. Dentre as técnicas destacam-se o retalho reposicionado lateralmente; enxerto de mucosa mastigatória; enxerto de tecido conjuntivo subepitelial; retalho semilunar posicionado coronariamente; retalho reposicionado coronariamente; regeneração tecidual guiada; e associação de técnicas. O enxerto de mucosa mastigatória (EMM) e o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS) são comumente utilizados para procedimentos de correção de defeitos mucogengivais. O EMM tem como o objetivo primário o

ganho de mucosa ceratinizada inserida em largura e espessura, mas deve-se levar em consideração, que pode promover um recobrimento radicular⁽³⁻⁵⁾.

Além do conhecimento anatômico do periodonto, o entendimento do mecanismo de funcionamento do complexo mucogengival é indispensável para o sucesso da técnica cirúrgica. As áreas que se apresentam com a falta de tecido queratinizado e raízes expostas após recessão gengival podem ser tratadas com o enxerto de mucosa mastigatória, para criar uma zona adequada de gengiva inserida e cobertura da raiz exposta. Este enxerto promove o ganho de tecido queratinizado, a redução na quantidade de exposição radicular, e também uma boa nutrição sanguínea do enxerto. As limitações e desvantagens do enxerto de mucosa mastigatória incluem aumento do desconforto e do potencial de sangramento pós-operatório do sítio doador, em virtude de uma grande ferida que cicatriza por segunda intenção, além da dificuldade de obtenção de estética favorável em decorrência de cor e textura diferentes entre área doadora e receptora^(4,6-8).

Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico com a técnica cirúrgica de enxerto de mucosa mastigatória de paciente classe III de Miller, a fim de se obter ganho de mucosa ceratinizada com consequente recobrimento radicular.

2. RELATO DE CASO

Paciente PFS, sexo feminino, leucoderma, 25 anos de idade, compareceu a EBMSD queixando-se do comprometimento estético, devido a falta de gengiva nos dentes incisivos inferiores. Verificou-se a necessidade de tratamento cirúrgico periodontal, sendo assim, foi encaminhada para o curso de Aperfeiçoamento em Periodontia da instituição. Durante a anamnese, a paciente relatou que não apresentava comprometimento sistêmico, não era tabagista e etilista, não possuía alergias medicamentosas e nenhum sintoma de hipersensibilidade dentinária. No exame clínico, apresentava recessões gengivais classe III de Miller, com a falta de gengiva inserida, perda óssea interproximal e não havia sinais clínicos evidentes de inflamação, envolvendo os elementos dentais 3.2, 3.1, 4.1 (Figuras 1 e 2).



Fig. 1. Imagem radiográfica inicial que mostra perda óssea interproximal.



Fig. 2. Pré-operatório: vista vestibular com ausência de gengiva inserida nas unidades 3.2, 3.1 e 4.1.

Neste caso, no plano de tratamento foi proposta a realização da técnica cirúrgica de enxerto de mucosa mastigatória na zona dos incisivos centrais inferiores, com um enxerto gengival proveniente do palato para aumento de gengiva inserida. Anteriormente ao procedimento cirúrgico, a paciente recebeu terapia básica periodontal com raspagem e alisamento radicular, juntamente com orientações de higiene oral. Após bochechos com solução antisséptica com Riohex Gard Digluconato de Clorexidina 0,12% Rioquímica (São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil), durante um minuto e antisséptica da face com antisséptico tópico degermante Clorexidina 2% Riohex, Rioquímica (São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil), foi realizada anestesia infiltrativa e bloqueio do nervo mentoniano com Lidocaína 2% com vasoconstritor Epinefrina 1:100.000 Nova DFL (Jacarepaguá, Rio de Janeiro, Brasil), na região de incisivos inferiores e papilas. Inicialmente na área receptora, foi feito um retalho de espessura parcial através de incisão intrasulcular com lâmina de bisturi 15C (Swann-Morton, Sheffield, Inglaterra) em toda a área da retração gengival deixando o osso coberto pelo seu periósteo e incisão horizontal na base das papilas. Posteriormente, o retalho foi dividido com duas incisões verticais divergentes entre si, em direção apical, em forma de trapézio, estendendo-se aproximadamente 2 mm do vértice papilar até a mucosa alveolar (Figura 3).

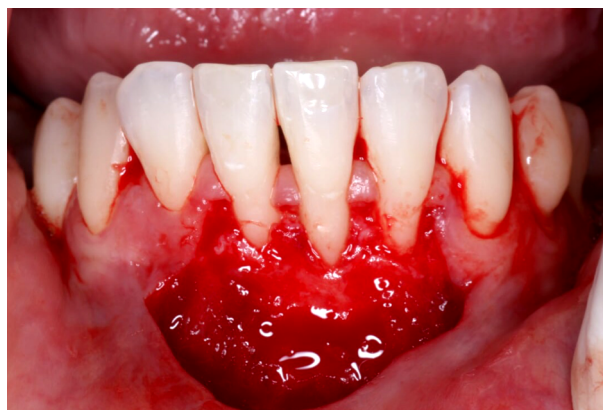


Fig. 3. Preparação do leito receptor para o enxerto.

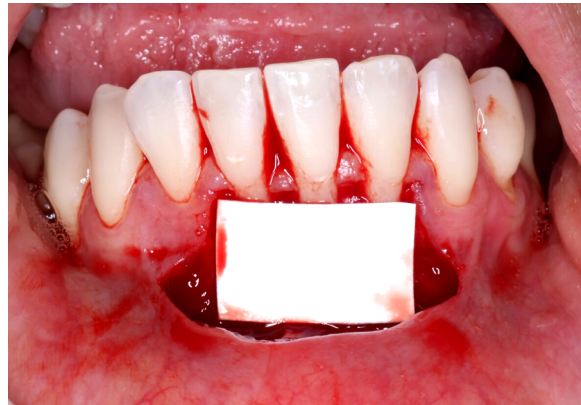


Fig. 4. Medida do leito receptor para a obtenção do enxerto necessário para cobrir o leito.

Realizada a medida da dimensão vertical (altura) e horizontal (largura) do enxerto, a largura é medida com a sonda Carolina do Norte Hu-Friedy (Chicago, Illinois, Estados Unidos) do meio da papila distal da unidade 3.2 até o meio da papila distal da unidade 4.1. A altura foi de aproximadamente 7 mm e a largura de 14 mm de tecido queratinizado. Uma vez mensurado o leito receptor, iniciou-se a obtenção do enxerto para cobrir o leito receptor (Figura 4). A área doadora escolhida foi o palato na área entre pré-molar e primeiro molar direito que constitui a principal fonte doadora de tecido conjuntivo e epitélio queratinizado. A remoção do enxerto foi realizada através de uma incisão em forma de um retângulo. Foi respeitada uma distância mínima de 3 mm da margem gengival, a fim de evitar retrações gengivais (Figura 5).



Fig. 5. Remoção de um retalho de mucosa mastigatória colhido do palato do paciente, que será transferido para a região do leito receptor.

O enxerto foi colocado em uma cuba com soro fisiológico e colocada em uma gaze umedecida para inspeção e remoção de tecido adiposo (Figura 6), não ultrapassando a espessura de 2 mm para ter um íntimo contato do periósteo com o tecido conjuntivo e conseqüentemente uma neovascularização. Seguida da adaptação e estabilização do tecido conjuntivo no leito receptor com fio Vicryl 6-0 (Ethicon, São José dos Campos, Brasil), tendo a junção amelocementária como limite coronário de posicionamento do enxerto. Para evitar retrações residuais, o retalho foi suturado com pontos simples e suspensórios, a 1 mm coronalmente à junção cemento-esmalte e posteriormente feito uma compressão para remoção do coágulo a fim de promover uma neovascularização entre o enxerto e o leito receptor. (Figura 7). Na região do palato foi realizada uma sutura contínua, formando uma malha para estabilizar o coágulo.

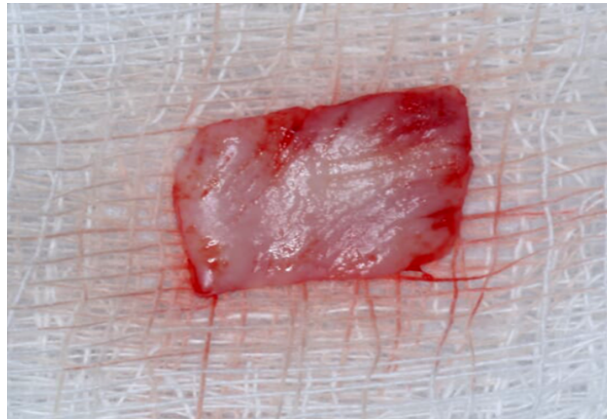


Fig. 6. Enxerto obtido do palato.



Fig. 7. Sutura e estabilização do enxerto.

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 houvesse dor) e Digluconato de Clorexidina 0,12% (bochechar 10 ml por 01 minuto, 2 vezes ao dia durante 15 dias) período que a região operada não pôde ser escovada. Após 7 dias, foi feita a remoção da sutura do leito doador e após 15 dias foi removida a sutura do leito receptor. No momento da remoção de sutura observou-se uma boa cicatrização. O acompanhamento pós-operatório foi realizado semanalmente no primeiro mês e em 6 meses após procedimento cirúrgico sem intercorrência no período avaliado (figura 8).



Fig. 8. Pós-operatório de 6 meses.

3. DISCUSSÃO

A importância da gengiva inserida para a saúde periodontal tem sido objetivo de alguns estudos, visto que a mucosa queratinizada aumenta a resistência do periodonto, estabiliza a margem gengival e tem a função de barreira protetora do periodonto de suporte^(1,2,5). A utilização dos enxertos de mucosa mastigatória apresenta potencialidade para o tratamento cirúrgico dos problemas mucogengivais, principalmente com o objetivo de aumentar a faixa de mucosa ceratinizada inserida. É considerado um procedimento delicado e requer atenção com relação a alguns detalhes fundamentais para sucesso da terapia^(4, 9).

No caso estudado, a paciente apresentava recessões gengivais, com falta de gengiva aderida, queixando-se da estética do seu sorriso. A técnica utilizada no caso relatado foi a de enxerto de mucosa mastigatória e a escolha deste tratamento se deu por ser uma técnica conceituada, que garante bom resultado e aumento de tecido queratinizado^(3,10). Wennstrom, et al., verificaram a confiabilidade da técnica de enxerto gengival livre em tratamento de recessões gengivais em região de áreas não estéticas. Os autores verificaram que este procedimento foi capaz de promover um aumento de gengiva ceratinizada e recobrimento radicular⁽¹¹⁾.

Na recessão presente, classificada como Classe III de Miller, depois de submetida à cirurgia periodontal, notou-se um aumento de volume considerável na região do enxerto. Levando em consideração que, devido à extensão do defeito do rebordo, foi observada uma depressão acentuada na região inferior anterior de mandíbula, por vestibular das unidades 3.2, 3.1 e 4.1. Mesmo assim, temos uma melhora significativa desta região, tal resultado mostra o quanto foi eficaz a técnica eleita, pois temos um resultado positivo com ganho de gengiva ceratinizada e recobrimento radicular após seis meses da realização da cirurgia^(8,9).

O enxerto de mucosa mastigatória pode levar a resultados não estéticos devido à formação de queloides e a discromia do tecido doador e a área receptora, por isso é indicado em áreas não estéticas, como a relatada no caso^(10,11). Já o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial considerado como padrão ouro na literatura, resulta em melhor resultado estético pela alta previsibilidade, mas muitas vezes não é possível realizar, devido a

profundidade do vestíbulo^(6,12). Dessa forma, a seleção de uma técnica cirúrgica em detrimento de outra depende de vários aspectos, como o tipo de defeito, as necessidades e queixas do paciente. É reconhecido que uma tomada de decisão cuidadosa, prévia a este tipo de procedimentos, é essencial para alcançar uma previsibilidade de resultado estético e funcional⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Conforme Araújo et al., o sucesso do tratamento também está relacionado a satisfação do paciente, o que corresponde com o caso estudado, pois a paciente ficou satisfeita com o resultado da cirurgia plástica periodontal⁽⁴⁾. Entre outros fatores, às áreas doadoras e receptoras, quantidade e qualidade de mucosa ceratinizada, vascularização, hidratação, posicionamento, espessura, largura, estabilidade cicatricial, o nível de suporte ósseo interdental e a dimensão dos defeitos têm grande importância para o resultado^(3,11). Miller, relatou que os parâmetros de avaliação do sucesso do recobrimento são: tecido marginal ao nível da JCE, profundidade de sondagem menor ou igual a 2mm, ausência de sangramento à sondagem, ausência de sensibilidade e coloração aceitável⁽⁸⁾.

De acordo com Gupta et al., a principal área doadora do enxerto é o palato na área entre pré-molar e molar, por proporcionar tecido doador de qualidade, em função da forma anatômica, e por constituir a principal fonte doadora de tecido conjuntivo e epitélio queratinizado com espessura suficiente de tecido coletado. Quando esse tecido doador coletado para o enxerto é muito espesso, podem ocorrer problemas nos processos de cicatrização e revascularização, por isso é realizada inspeção e remoção de tecido adiposo não ultrapassando a espessura de 2 mm para ter um íntimo contato do periósteo com o tecido conjuntivo e conseqüentemente uma neovascularização⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Com relação às desvantagens, há dificuldade na técnica, sobretudo na remoção do enxerto, dores pós-operatórias no sítio doador, recobrimento radicular não totalmente previsível e pode haver uma discromia^(14,15). Dessa forma, conforme o relato da paciente, discorda-se dos autores que há dores pós-operatória, pois a paciente não relatou nenhuma complicação, mesmo precisando de dois sítios cirúrgicos não houve sintomatologia dolorosa. E mesmo o recobrimento radicular não sendo totalmente previsível, no caso avaliado houve recobrimento parcial. Sendo assim, a utilização do enxerto gengival proporcionou ótimos resultados funcionais, promoveu um aumento da

faixa de gengiva inserida, uma cobertura radicular que gerou melhoria funcional e estética.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente caso, o enxerto de mucosa mastigatória foi um procedimento utilizado no tratamento periodontal para indução de nova mucosa queratinizada. Verificou-se o sucesso terapêutico, que proporcionou ao paciente um restabelecimento funcional e promoveu ganho clínico de inserção, de tecido queratinizado. Sendo assim, representa uma alternativa viável com resultados periodontais positivos em áreas que não são estéticas. Assim, além do êxito da técnica, temos a satisfação da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Mehmet S., Serhat K. Treatment of localized gingival recessions with free gingival graft. *European Journal of General Dentistry*, v. 1, 2012; 10-14.
2. Patel M, Nixon PJ, Chan MFWY. Gingival recession: Part 3. Surgical management using free grafts and guided tissue regeneration. *Br Dent J*. 2011;211(8):353–8.
3. Maroso FB, Gaio EJ, Rösing CK, Fernandes MI. Correlation Between Gingival Thickness and Gingival Recession in Humans. *Acta Odontol Latinoam*. 2015;28(2):162–6.
4. Araújo F. Decisão Quanto à Escolha da Técnica de Recobrimento Radicular : Relato de Caso Clínico Decision regarding the Choice of Technique for Root Coverage : Clinical Case. 2014;321–8.
5. Zuhr, O. et al. The addition of soft tissue replacement grafts in plastic periodontal and implant surgery: critical elements indesign and execution. *Journal of Clinical Periodontology*, 2014; v. 41, n. 15, pág. 123-142.
6. Landim FS, Andrade KHM, Freitas GB, Xavier JC, Santos SC, Alves RV. Enxerto subepitelial de tecido conjuntivo para recobrimento radicular. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac* 2009; 9(4):31-38.
7. Fabrizio V., Rodriguez M., Maciel J., Almeida J., Bassi AP. Aumento da mucosa queratinizada em área peri-implantar com enxerto gengival livre. *PerioNews* 2015; 9(6):550-4.
8. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Perio Res Dent*. 1985; 5(2):9-13.9.
9. Moraes T., Queiroz R., Araújo R., Bandeira MC. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial para aumento de rebordo: relato de caso. *Revista Saúde e Ciência online*, 2016; 5(1): 91 – 98.
10. Nemcovsky C, Beitlitum I. Combination Therapy for Reconstructive Periodontal Treatment in the Lower Anterior Area: Clinical Evaluation of a Case Series. *Dent J [Internet]*. 2018;6(4):50.
11. Feitosa DS, Santamaria MP, Sallum EA, Nociti Junior FH, Casati MZ, Toledo S. Indicações atuais dos enxertos gengivais livres. *RGO - Rev Gaúcha Odontol* 2008; 56(2):1-6.
12. Venturim RTZ, Joly JC, Venturim LR. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival. *RGO - Rev Gaúcha Odontol* 2011; 59(0):147-152.

13. Rodrigues LP, Paula MVQ, Verner FS, Devito KL. Uso de métodos não invasivos para avaliação da espessura muco-gengival: a tecnologia a favor do diagnóstico. HU Rev 2018; 44(1):23-28.
14. Lindhe J, Lang N, Karring T. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia oral. Rio de Janeiro: Guanabara; 2010.
15. Saad J., Bassini M. Cirurgia plástica periodontal – Recobrimento radicular. Periodontia 2013; v. 5, p. 207-248.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PACIENTE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Relato de Caso

Título do Estudo: Ganho de gengiva ceratinizada com Enxerto de Mucosa mastigatória: relato de caso

Pesquisador Responsável: Catharina Rodrigues Alves Gonçalves

O Senhor (a) está sendo convidado a participar de um estudo do tipo **Relato de Caso**. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta do presente documento é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Objetivo do Estudo

Relatar o caso de um paciente para apresentação em forma de painel (ou apresentação oral, apresentação em reunião técnico-científica, apresentação de artigo em revista) para divulgação de conhecimento científico aos profissionais da área e demais interessados.

O(a) Senhor(a) foi escolhido(a) para participar de um estudo com o objetivo de relatar um caso clínico de enxerto de mucosa mastigatória para tratamento de defeito mucogengival, visando recobrimento radicular parcial e, principalmente, aumento de tecido queratinizado

Após entender e concordar em participar, serão realizados (Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos).

Risco e Benefícios para o participante

O trabalho visa proteger o nome e utilização da imagem do paciente, para evitar possíveis constrangimentos, ou qualquer possibilidade de desconforto, preconizando o seu direito de sigilo pessoal e a confidencialidade dos dados. As limitações do enxerto de mucosa mastigatória incluem aumento do desconforto e do potencial de sangramento pós-operatório do sítio doador, em virtude de uma grande ferida que cicatriza por segunda intenção. E o paciente está ciente do risco iminente de não ganhar gengiva inserida e acabar perdendo o enxerto.

Através do procedimento cirúrgico, há uma grande previsibilidade de sucesso terapêutico, com o ganho clínico de inserção, de tecido queratinizado, recobrimento parcial radicular, diminuindo a sensibilidade dentinária e o risco de desenvolver doença periodontal.

Confidencialidade

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões e/ou publicações (revistas, jornais científicos e de circulação), contudo, sua identidade não será revelada durante essas apresentações.

Declaração de Consentimento

Concordo que meu caso seja apresentado e/ou publicado.

Pelo presente instrumento, eu, **Priscila Fernandes Silva portadora do RG 0813356954 e CPF 02235914594 residente e domiciliado Rua Sete de Setembro – nº 188**, declaro que fui suficientemente esclarecida sobre a utilização de fotos, filmagens, modelos, exames complementares, radiografias como materiais didáticos para serem utilizados em aulas, congressos, apresentações científicas, publicações aos profissionais da área e demais interessados, preservado o anonimato do paciente.

Concordo que meu caso seja apresentado ou publicado e autorizo a utilização dos meus registros médicos (prontuários médicos) pelo pesquisador, autoridades regulatórias e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição.

Todas as normas estão de acordo com o código de ética profissional odontológico, segundo a resolução CFO 118/12.

Li e entendo o documento de consentimento e o objetivo do estudo, bem como a importância deste estudo, seus possíveis benefícios e riscos. Tive a oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa.

Receberei uma via assinada e datada deste documento.

Entendo que ao assinar este documento não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Por estar de pleno acordo com o teor de presente termo, assino abaixo o mesmo.

Assinatura do Voluntário *Priscila Fernandes Silva* Data *30/10/2019*

APÊNDICE B – SUBMISSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GANHO DE GENGIVA CERATINIZADA COM ENXERTO DE MUCOSA MASTIGATÓRIA: RELATO DE CASO

Pesquisador Responsável: Roberta Catapano Naves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE:

Submetido em: 02/06/2020

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

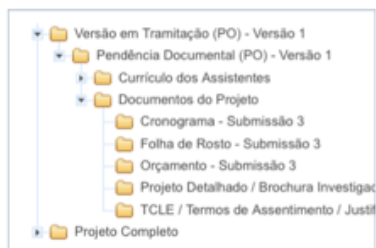
Situação da Versão do Projeto: Pendência Documental Emitida pelo CEP

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA



Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------

LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação *	Pesquisador Responsável *	Versão *	Submissão *	Modificação *	Situação *	Exclusiva do Centro Coord. *	Ações
PO	Roberta Catapano Naves	1	02/06/2020	10/06/2020	Pendência Documental Emitida pelo CEP	Não	  

HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	10/06/2020 12:22:03	Rejeição do PP	1	Coordenador	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - FBDC	PESQUISADOR	Sra Pesquisadora: O TCLE apresentado não atende ao Ver mais >>
PO	02/06/2020 21:06:49	Submetido para avaliação do CEP	1	Assistente da Pesquisa	PESQUISADOR	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - FBDC	
PO	02/06/2020 17:29:51	Rejeição do PP	1	Coordenador	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - FBDC	PESQUISADOR	O TCLE apresentado não garante a autonomia da part Ver mais >>
PO	01/06/2020 14:02:31	Submetido para avaliação do CEP	1	Assistente da Pesquisa	PESQUISADOR	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - FBDC	

LEGENDA:

(*) Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador

E = Emenda de Centro Coordenador

N = Notificação de Centro Coordenador

POp = Projeto Original de Centro Participante

Ep = Emenda de Centro Participante

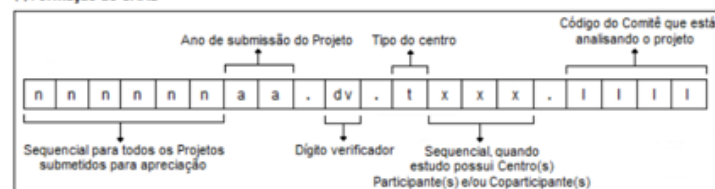
Np = Notificação de Centro Participante

POc = Projeto Original de Centro Coparticipante

Ec = Emenda de Centro Coparticipante

Nc = Notificação de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE



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.