



**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**BRUNA EMANUELLE SOUZA VILAS BOAS**

**TÉCNICAS CIRÚRGICAS FACIAIS E MASCULINIZAÇÃO  
DE HOMENS TRANSEXUAIS  
FACIAL SURGICAL TECHNIQUES AND  
MASCULINIZATION OF TRANSEXUAL MEN**

SALVADOR  
2023

**BRUNA EMANUELLE SOUZA VILAS BOAS**

**TÉCNICAS CIRÚRGICAS FACIAIS E MASCULINIZAÇÃO  
DE HOMENS TRANSEXUAIS  
FACIAL SURGICAL TECHNIQUES AND  
MASCULINIZATION OF TRANSEXUAL MEN**

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

Orientador: Prof. Doutor Ricardo Araújo da Silva

SALVADOR

2023

## DEDICATÓRIA

Dedico esse estudo primeiramente a Deus, que em sua infinita bondade me fez entender que a base da vida é o respeito.

Esse trabalho também não seria possível sem a ajuda da minha mãe (professora de português) corrigindo meus textos, e me apoiando a cada momento. Assim como meu pai, me incentivando a esse estudo. Eles me concederam valores imensuráveis que me trouxeram até aqui.

Aos meus avós, que me ensinaram a ter fé num mundo melhor, mas com os “pés no chão” e sabedoria.

E por fim, dedico esse trabalho a todos os homens e mulheres trans, que buscam viver em paz e ter a plena liberdade de ser quem são.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelas bênçãos e força nesta conquista.

Aos meus pais Adailton e Rosangela, pelo incentivo, suporte e por abdicar de tanto para o meu crescimento.

Aos meus avós Antônio e Wilma, por me trazerem fortaleza.

À minha afillhada, por trazer mais alegria aos meus dias.

À minha família, por ser a minha base.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ricardo Araújo, pelos exímios ensinamentos, compreensão e orientação exemplar, e por me marcar positivamente.

Aos amigos Mariana, Bianca, Carla, Marcela, Liriel, Andrêssa, Renata, Rafael, Diego, Gustavo, Fábio e Rodrigo pelo convívio de vários anos, pelas palavras carinhosas de incentivo e pelos alívios sociais em momentos difíceis.

Aos funcionários Rose, Ávila, Denise, Iranildes, Davi, Letícia, Maiara, Laíra, Ingrid, Natália, Priscila, Carol, Jéssica, Liliane, e tantos outros que me ajudaram nessa caminhada.

Aos professores, em especial Fernanda Lyrio, Paulo César, Guilherme Meyer, Mônica Moura, Marlene Barreto, Carla Brandão, Cíntia Machado, Fernanda Catharino, e Susyane Almeida pelos ensinamentos ao longo dos anos. E por segurarem literalmente em minha mão para me conduzir aos acertos.

Aos colegas Tainara, Monale, Mariana, Carolina, Bianca, Mengting e Amâncio, que se tornaram grandes amigas (o) e irmãs (o), e me trouxeram momentos de muita alegria. E a todos (as) aqueles (as) que de alguma forma fez esse caminhar ser mais leve.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, pelos ensinamentos, acolhimento e por se tornar um lar.

A todos (as) que, de alguma forma, contribuíram na minha trajetória profissional.

## SUMÁRIO

### RESUMO

### ABSTRACT

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>10</b>
2.1 IDENTIDADE DE GÊNERO	10
2.2 A IMPORTÂNCIA DA CIRURGIA FACIAL	11
2.3 CARACTERÍSTICAS DA FACE MASCULINA	12
2.4 TÉCNICAS CIRÚRGICAS	12
2.4.1 <b>Cartilagem tireoide</b>	<b>12</b>
2.4.2 <b>Aumento mandibular</b>	<b>13</b>
2.4.3 <b>Contorno da face</b>	<b>14</b>
2.4.4 <b>Rinoplastia</b>	<b>15</b>
2.4.5 <b>Cranioplastia</b>	<b>16</b>
<b>3. MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>18</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>19</b>
4.1 CARTILAGEM TIREOIDE	20
4.2 AUMENTO MANDIBULAR	20
4.3 CONTORNO DA FACE	21
4.4 RINOPLASTIA	21

4.5 CRANIOPLASTIA 21

**5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 23**

**REFERÊNCIAS**

**ANEXO A – NORMAS DA REVISTA**

**ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS**

## RESUMO

**Objetivo:** descrever e discutir técnicas faciais de cirurgia para masculinização de homens trans. **Materiais e métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura que se sustentou em coleta de artigos e livros das plataformas Scielo e PubMed, com um tempo médio de 10 anos, utilizando palavras-chave como “aumento mandibular” e “disforia de gênero”. **Resultados:** Foram encontrados variados artigos, sendo que utilizamos para esta revisão, apenas aqueles que se enquadraram em nossa pesquisa que somaram 20 artigos selecionados, sendo maior parte em inglês (75%) e com diversificados tipos de estudo. Entretanto, apenas 7 discutem de fato as técnicas cirúrgicas propostas para o nosso tema. **Considerações finais:** Fica evidente a importância da masculinização de homens trans para interação humana e, verifica-se a necessidade de mais estudos sobre esses procedimentos cirúrgicos.

Unitermos: Regiões do Corpo, Nariz, Metilmetacrilato, Disforia de Gênero, Pessoas Transgênero

## ABSTRACT

**Purpose:** To describe and discuss facial surgical techniques for masculinization of trans men. **Methods:** The present study consists of a literature review based on the collection of articles and books from the Scielo and PubMed platforms, with a mean time of 10 years, using keywords such as "mandibular augmentation" and "gender dysphoria". **Results:** For this review, several articles were found, using only those that fit the scope of the research, totaling 20 selected articles, most of them in English (75%) and with different types of study. However, only 7 of these studies actually discuss the surgical techniques proposed for the theme. **Final Considerations:** The importance of the masculinization of trans men for human interaction is evident, and there is a need for further studies on these surgical procedures.

Uniterms: Body Regions, Nose, Methylmethacrylate, Gender Dysphoria, Transgender

## 1. INTRODUÇÃO

Realizando uma alusão histórica, a comunidade LGBTQIAPN+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, queers, intersexuais, assexuais, pansexuais, não binárias, e outros) era vista como um comportamento doentio, fruto do discurso defendido pelo sexólogo Richard Von Krafft-Ebing que em 1886 afirmava que a homossexualidade era algo adquirido pela pessoa ao nascer, tendo como causa uma inversão congênita, se configurando como um quadro de transtorno mental. Sendo feita apenas em 1990 através da Organização Mundial de Saúde (OMS) a remoção dessa classificação do quadro de doenças e problemas relacionados à saúde<sup>23</sup>.

Porém, ainda em pleno século XXI a transexualidade ainda foi considerada como um transtorno mental<sup>24</sup>, sendo alterada apenas em 2019, denominando como “incongruência de gênero”, que significa uma ausência de comportamento harmônico, correspondente. Apesar de ainda está presente no CID 11, o Ministério de Direitos Humanos e Cidadania afirma que a posição da OMS é uma garantia de acesso da população trans à saúde multiprofissional<sup>25</sup>.

É preciso falar que o estigma progressivo, tradicional, condiciona a não aceitação, por parte de famílias com filhos (as) trans, pois os desafios, muitas vezes, já começam dentro de casa. Não há quem aguente tanto ódio e aversão, por isso muitos (as) acabam fugindo do seu lar (isso quando não são expulsos/as), mas se deparam ainda assim com uma realidade hostil, pois o preconceito gera violência, assassinato e suicídio. A busca pela sobrevivência os (as) obrigam a serem submetidos (as) a uma realidade quase que ou sub-humanas/desumanas, sem recursos de saúde, educação, moradia e com empregos mal remunerados, a exemplo de auxiliar de limpeza, promotor de eventos e autônomo, como apresentados por Gomes et al (2022)<sup>18</sup>.

De acordo com o mesmo estudo exploratório de Gomes et al (2022)<sup>18</sup> com pessoas transexuais, foi observado que a renda familiar da maior porcentagem (46%) corresponde a um valor menor que 1 salário mínimo, reforçando assim a existência da marginalização, a falta de acesso à instituições de ensino, e a baixa possibilidade da conquista de empregos remunerados.

Diante dessa circunstância citada, é compreensível que os (as) mesmos (as) passem a odiar ainda mais a realidade de estar num corpo que não corresponde a sua realidade, o que reforça e impulsiona a vontade da mudança, mas essa vontade muitas vezes se dá de forma nada saudável, realizando aplicações ilícitas de transição corporal



em clínicas insalubres e clandestinas, que condicionam problemas como edemas e lesões corporais.

A população trans possui direitos a saúde que já são assegurados pelo Estado, com acesso a atendimento multidisciplinar, já que o SUS prevê os direitos de todos (as) seguindo princípios de equidade, universalidade e integralidade. Tendo acesso às ações e serviços de saúde, independente do gênero e características sociais, promovendo a diminuição da desigualdade com acessos distintos, atendendo todas as suas necessidades<sup>26</sup>, entre elas a cirurgia de redesignação sexual e de masculinização facial, que contempla rinoplastia, aumento da mandíbula, cranioplastia frontal, aumento da cartilagem tireoide e contorno da face média.

Pensando nisso, foi proposta a realização de uma revisão de literatura com o objetivo de descrever e discutir as técnicas cirúrgicas faciais para masculinização de homens transexuais.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A face é primordial para comunicação, e, portanto, no processo da masculinização e para além do paciente, a(o) cirurgiã(o)-dentista tem papel fundamental para reconstituir a face masculina do homem trans.

Após análise de estudos, conferiu-se que o processo cirúrgico de masculinização demanda uma inspeção anatômica mais apurada e sua averiguação permite a construção de quatro temas e abordagens: gênero, a importância da cirurgia facial, características da face masculina e técnicas cirúrgicas. O último subdivide em cartilagem tireoide, aumento mandibular, contorno da face, rinoplastia e cranioplastia.

### 2.1 IDENTIDADE DE GÊNERO

Ao falar de técnicas cirúrgicas de masculinização em homens transexuais, primeiro é preciso entender a diferença entre sexo biológico e identidade de gênero. Sexo biológico está intimamente ligado à questões biológicas da pessoa, a sua quantidade cromossômica, hormônio e pode ser identificado como masculino, feminino ou intersexo. Já a identidade gênero é como a pessoa se reconhece, se enxerga, não está dentro de um padrão de binariedade, ele será “influenciado pelos aspectos sociais, comportamentais, psicológicos e culturais da vida” e pode inclusive se identificar com o gênero oposto ao seu sexo biológico, como acontece, por exemplo, com pessoas transgêneras<sup>17</sup>. Para além disso, também temos a definição de cisgênero, quando esse gênero irá corresponder às características biológicas. O gênero pode ser definido, portanto, através de aspectos externos e internos e a autoidentificação da pessoa.

Existe uma construção social de determinantes para o gênero, a qual sabe-se que desde os primórdios (séculos anteriores) implantou-se a ideia de que os homens seriam os provedores do lar e as mulheres assumiriam o papel de cuidar da família e ser dependentes financeiramente do homem<sup>27</sup>. Essa construção social não é correto, visto que são ideias enraizadas que reverberam até os dias atuais, são ações baseadas “nos costumes, não nas capacidades biológicas”<sup>28</sup>. E a mulher cisgênero não irá necessariamente se identificar com a visão do que seria o universo feminino. Portanto, essas concepções definiram visões estruturais e culturais, regadas de preconceito, gerando pejorativos como a chamada “ideologia de gênero”, inviabilizando a luta e existência da diversidade de gênero<sup>29</sup>.

Moreira et al (2022)<sup>19</sup> afirma que há uma expectativa durante a gestação em relação a sexualidade biológica das crianças, atribuindo a elas, antes mesmo ao nascer, referências de gênero, tomando como pressuposto a binariedade, lhes presenteando com roupas e objetos, tomando como senso comum os pensamentos condicionantes apenas para feminino ou masculino, o que muitas vezes provoca tensões quando essa não é correspondida. Além disso, o decreto nº 8.727<sup>30</sup>, de 2016 assegura o direito e o reconhecimento da identidade de gênero e nome social, e assim, levando para um contexto no âmbito da saúde, ressaltasse a importância de separar os campos - sexo biológico de gênero, e nome civil do social - em prontuários e questionários, de forma a ser mais integrativa e respeitosa.

Com o passar dos anos observou-se que há uma crescente no número de homens e mulheres, e até crianças, que apresentam disforia de gênero, o que implica diretamente na necessidade de uma orientação médica e intervenção corporal para adequar o sexo biológico ao psicológico<sup>17</sup>. Sendo preciso ter a realização de procedimentos que visem modificações cirúrgicas de aparência física e características sexuais primárias para parecer com as do sexo biológico oposto<sup>3</sup>.

## 2.2 - A IMPORTÂNCIA DA CIRURGIA FACIAL

As primeiras cirurgias de mudança de gênero estavam intimamente ligadas a reconstrução de órgãos genitais, porém em meados de 1980 novas técnicas foram criadas e incorporadas para mudar uma outra parte do corpo que afirmam ter uma função mais central na atribuição da concepção do que é o sexo binário: a face<sup>21</sup>. Apesar de muitas vezes ser visto como uma menor importância entre profissionais da saúde, numa situação de incongruência de gênero, mas a face é um “cartão postal” de qualquer pessoa. É o primeiro contato, visão e forma de comunicação da pessoa, portanto, interfere na aceitação social bem-sucedida<sup>1</sup>.

Pois a necessidade da mudança também tem a ver com autoevidência e senso comum, já que como o autor Plemons (2012) relata um diálogo feito com Howard “você não anda pela rua olhando nas calças de todos antes de decidir de que gênero eles são. Você olha para os seus rostos”<sup>22</sup>. As faces são únicas e contribuem para a identidade de cada um e para o auto-reconhecimento, assim, um ponto importante para obter informações da pessoa e diferenciá-las umas das outras<sup>5, 17</sup>.

Sendo assim, os procedimentos cirúrgicos têm como objetivo modificar e reconstruir as características ósseas faciais, tal como dos tecidos moles. Realizados

para tornar os rostos de mulheres trans mais femininos (cirurgia de feminização facial) e de homens trans mais masculinos (masculinização facial)<sup>17</sup>.

### 2.3 - CARACTERÍSTICAS DA FACE MASCULINA

Barros et al (2021)<sup>17</sup> faz uma análise de artigos dos estudiosos Altman, Telang, Becking e Capitán, sobre características da face masculina. Entre eles fica evidente que as dimensões do crânio são maiores, possuindo uma face mais angulada, quadrada e musculosa na vista frontal, fronte com protuberância significativa, apresentando “fortes cristas supraorbitais, e a linha da mandíbula tem um ângulo proeminente com laminação do osso devido às inserções do músculo masseter, além de ser mais larga”. Queixo mais quadrado, longo e angulado, com bochechas mais achatadas, e porção nasal maior. Geralmente possui órbitas menores e menos arredondadas, e sobrancelhas retas com inserção na borda orbital superior. Cartilagem tireóidea proeminente e formando um ângulo de 90° no entalhe e ângulo agudo na glabella entre área frontal da testa e nariz.

### 2.4 - TÉCNICAS CIRÚRGICAS

Segundo Patel et al (2023)<sup>20</sup>, a terapia não cirúrgica alcança a maioria dos casos, mas não é universalmente eficaz, sendo assim, nessa circunstância, o tratamento cirúrgico surge como uma outra possibilidade, mais invasiva, porém, mais duradoura. Tendo um panorama aumentativo para os terços da face: inferior, médio e superior. Com os avanços técnicos e tecnológicos, é possível realizar algumas dessas mudanças, entre elas, a rinoplastia e o aumento da mandíbula.

#### 2.4.1 - Cartilagem tireoide

A cartilagem tireóidea está localizada no início da traqueia, formando a laringe, e é quem dá a característica de “pomo de adão”. De acordo com Deschamps-Braly (2018)<sup>10</sup>, a sua abordagem deve ser feita preferencialmente de forma indireta, realizando incisão submentoniana.

Sayegh et al (2019)<sup>12</sup> relata sobre o aumento da cartilagem, como forma de conceder o caractere de pomo de adão. Deschamps-Braly (2019)<sup>11</sup>, alega esse aumento com uso de cartilagem da costela.

Após a incisão submentoniana, faz a dissecação da gordura e pele, incisa novamente verticalmente de maneira cuidadosa até a rafe de linha média e retrai os músculos de alça, afim de visualizar a cartilagem. Logo após, incisa pericôndrio e realiza a dissecação em região de superfície anterior. Acontece uma incisão na região de sulco inframamário medial para extrair a costela cartilaginosa e essa deve ter 3cm. Em pirâmide oblíqua estreita, molda-se o enxerto, apresentando uma base de largura com  $\frac{3}{4}$  da cartilagem tireoide do paciente, configurando assim, a ideia do “pomo de adão”. Sutura o enxerto de forma permanente, reaproxima os músculos e fecha a incisão<sup>12</sup>.

Essa abordagem indireta apresenta a vantagem de ter uma cicatriz menos visível. E o mesmo retifica a importância da inserção das verdadeiras cordas vocais<sup>10</sup>.



Figura 1 retirada do artigo “Facial Gender Confirmation Surgery Facial Feminization Surgery and Facial Masculinization Surgery.” (Deschamps-Braly JC), mostrando o antes e depois da reconstrução de cartilagem tireoide.

#### 2.4.2 - Aumento mandibular

Ousterhout (2011)<sup>4</sup> argumenta dois meios de aumentar o ângulo da mandíbula, um é através de enxerto ósseo e outro através de implante. De acordo com o autor, o implante pode ser poroso ou de silicone, o primeiro é mais eficaz e de fácil manuseio, conferindo um aspecto imediato. A ideia é que o enxerto ósseo nesse caso produziria um efeito apenas temporário e com um aumento máximo de 6mm (feito por ele).

O aumento mandibular vai consistir na alteração do ângulo e corpo da mandíbula, e no queixo, aumentando conseqüentemente a face e deixando um contorno proeminente. Sua técnica inicia com a incisão no sulco gengivobucal inferior na região de trígono retromolar, de um lado ao outro. Logo após, com auxílio de um elevador periosteal, realiza-se a exposição de ramo a ramo da mandíbula em toda face vestibular; remoção das inserções do músculo mentoniano com eletrocautério, e exposição da

parte inferior da mandíbula, borda posterior do ramo (essa também será elevada), realizando nesse momento a dissecação, de forma cuidadosa, a fim de não lesar algum vaso sanguíneo da veia retromandibular e sistema carotídeo externo<sup>20</sup>.

Posicionar os implantes de polietileno poroso que estavam previamente submergidas em solução antibiótica, com o auxílio de broca (quando em segmento lateral, possivelmente usar uma de ângulo reto), chave de fenda e dois parafusos monocorticais por cada segmento. Levando em consideração que a construção do implante possui três peças que se conectam e são montadas in vivo. Para finalizar, o músculo mental será suspenso de volta e serão feitas suturas de colchoeiro em horizontal dissolúveis e interrompidas, em região de incisão<sup>20</sup>.

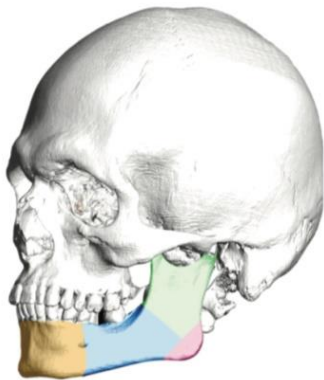


Figura 2 retirada do artigo “Facial Gender Confirmation Surgery: A Protocol for Diagnosis, Surgical Planning, and Postoperative Management” (Capitán L, Santamaría JG, Simon D, Coon D, Bailón C, Bellinga RJ et al.). E para melhor identificação do texto, os componentes mandibulares pintados são: verde - ramo; rosa - ângulo; azul - corpo; amarelo - queixo.



Figura 3 retirada do artigo “Facial masculinization surgery” (Patel NN, Gulati A, Knott PD, Seth R.), mostrando o implante mandibular.

### 2.4.3 - Contorno da face

Rostos masculinos costumam apresentar bochechas planas a ligeiramente cavadas, e com projeção de zigoma. E para conferir esse contorno, a gordura da bochecha é removida, assim como o coxim adiposo bucal. Para a técnica propriamente dita, 2 incisões de 2cm são feitas em mucosa oral posteriormente à papila de ducto parotídeo e anteriormente a ramo ascendente de mandíbula. Realiza-se dissecação romba, para encontrar a gordura bucal, retração e mobilização dessa gordura, usando aplicador de ponta de algodão. Essa será truncada com cauterização de forma proporcional de ambos os lados. A gordura autóloga concebida por lipoaspiração é preparada e injetada em tecido mole sobre zigoma<sup>20</sup>.

Os autores Morrison & Satterwhite (2019)<sup>13</sup> defendem que ao final do procedimento seja suturada com Chromic ou Vicryl. Enquanto o chromic é feito com colágeno bovino, o vicryl é composto de copolímero de poliglactina com estearato de cálcio, mas ambos se constituem como fios de sutura absorvíveis.

O ângulo mandibular pode ser contornado com uso de rebarba redonda, para afunilar o ângulo. E quando esse ângulo é muito proeminente serão recomendadas osteotomias<sup>13</sup>.

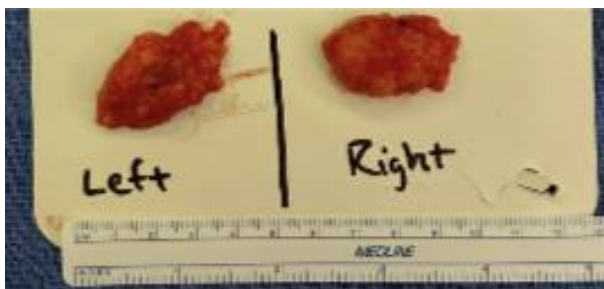


Figura 4 retirada do artigo “Facial masculinization surgery” (Patel NN, Gulati A, Knott PD, Seth R.), apresentando volume de gordura retirada por incisão intrabucal.

#### 2.4.4 - Rinoplastia

A rinoplastia apesar de ser uma parte vedada aos cirurgiões dentistas ao realizar a masculinização, possui um grande fator estético e pode agregar no momento de traçar um perfil masculino, pois tende a ser mais largo e menos rotacional, apresentando ângulo nasolabial de 90° a 95°, e um dorso reto, convexo e alto. Desta maneira, é pensada na realização de contra-rotação da ponta, aumento de dorso e aumentar projeção e alargamento<sup>20</sup>.

Sayegh et al (2019)<sup>12</sup> afirma que no caso do perfil masculino, a ruptura supratip não é uma opção, portanto, vai optar pela colocação de enxerto obtido da cartilagem septal, afim de preservar linhas estéticas do dorso, e enxertos de ponta podem ser usados.

A sua técnica consiste na septorrinoplastia aberta, ou seja, na correção do septo nasal; numa seringa de 3mL previamente cortada ao meio, é colocada a cartilagem septal em cubos em matriz de fibrina, e a cola da fibrina vai ser adicionada ao molde da seringa, a qual será deslizada para fora para ser moldada in vivo. Caso a costela autóloga tenha sido colhida para o tratamento, o seu pericôndrio (da costela) vai ser colocado na raiz, resolvendo degraus existentes entre o enxerto de cartilagem em cubos e o implante de sobancelha<sup>20</sup>.

A contra-rotação da ponta pode ser resolvida através de CSEG (enxerto de extensão septal caudal) e/ou enxertos crurais laterais. Sendo o primeiro colocado de ponta a ponta numa forma ou septo caudal permitindo que as suturas projetem a ponta e realizem de fato a contra-rotação. O CSEG também permite o alargamento da abóboda média, assim como da ponta, acontecendo através de suporte de colocação de enxertos extensores<sup>20</sup>. Sayegh et al (2019)<sup>12</sup> e Patel et al (2023)<sup>20</sup> sugerem que o alargamento e aumento da ponta pode ser resolvida através de enxerto de ponta, para acentuar a definição da mesma. Essa pode ser feita através da cartilagem autóloga como na forma de enxerto de escudo ou de tampa, sendo essa a técnica mais fácil.



Figura 5 retirada do artigo “Different techniques for caudal extension graft placement in rhinoplasty” (Sazgar AA, Kheradmand A, Razfar A, Hajjalipour S, Sazgar AK.), apresenta o enxerto de extensão caudal, que nesse caso está entre as duas partes do septo caudal.

#### **2.4.5 - Cranioplastia**



Segundo Patel et al (2023)<sup>20</sup>, o contorno da glabella e sobrancelha é uma parte importante para identificação do gênero, pois a sobrancelha apresenta-se numa posição mais baixa e de forma plana, próximo a borda orbital superior, para isso, são utilizados implantes como forma de aumento.

O aumento de testa pode ser feito por materiais sintéticos maleáveis, a exemplo do PMMA (poli metil metacrilato), através de uma incisão bicoronal. O PMMA quando empregado deve ser continuamente irrigado durante o procedimento, utilizando uma solução salina, pois o PMMA enquanto há a polimerização, ocorre também reação exotérmica, podendo necrosar osso<sup>12</sup>.

Deschamps-Braly (2019)<sup>11</sup> diz que as condutas cirúrgicas dependem do tipo de testa, o tipo I possui um osso espesso que cobre o seio frontal; o tipo II é caracterizado por uma sobrancelha saliente; o III é o mais comum, apresentando uma saliência proeminente no topo das sobrancelhas, a qual é excessivamente projetada; e o IV possui uma saliência frontal.

Antes da abordagem cirúrgica propriamente dita, é preciso um planejamento e estudo do caso, e esse é feito através de um software (de forma virtual)<sup>20</sup>.

O primeiro tipo de testa, utiliza instrumentos rotatórios contornando o osso; o segundo usa materiais preenchedores, como o metil metacrilato para configurar uma testa redonda e uniforme; para conseguir um arredondamento da testa tipo III, é preciso realizar osteotomia ou reconstrução; o tipo IV apesar de incomum pode ser tratada de forma parecida com a do II, aumentando a testa<sup>11</sup>.

No processo de masculinização, aplica-se muito as técnicas para a testa tipo II e IV. As quais irão criar uma sobressaliência em região de sobrancelha utilizando implantes, como materiais de metil metacrilato, alongar a testa e abaixar as sobrancelhas, isso podendo ser feito através de miotomias frontais transversais<sup>11</sup>.

O rebordo orbitário é abordado em consonância à testa, reduzindo a projeção anterior do aro, modificando a impressão dos olhos, usando materiais rotativos<sup>11</sup>.

Patel et al (2023)<sup>20</sup> disserta sobre o uso de endoscópios no momento da cirurgia de cranioplastia, como forma de visualização.

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização do conteúdo teórico foram selecionados fatores de inclusão e exclusão. Em relação aos aspectos de inclusão, estes foram subdivididos em idiomas, palavras-chaves, marcadores, campos de pesquisa e período de publicação.

Os artigos e livros selecionados correspondem aos idiomas português e inglês, sendo excluídos aqueles que não correspondem aos idiomas determinados para confecção do trabalho.

Por ser um tema pouco trabalhado, apresentou-se dificuldade na busca dos artigos, dessa forma, utilizou-se uma diversidade de palavras-chave como forma de obtenção de uma pesquisa mais apurada. Dentre os descritores selecionados, empregou-se termos científicos, a exemplo de: “aumento mandibular”, “mandibular augmentation”, “rinosseptoplastia”, “rinoplastia”, “metilmetacrilato”, “polietileno”, “enxerto de septo caudal” e “disforia de gênero”; atendendo ao critério político e sociológico: “masculinização”, “transgêneros”, “população LGBT” e “transexual”; e para a área atuante do estudo: “técnicas de masculinização” e “cirurgia de masculinização”.

Para tanto, foram aplicadas as preposições “de” e “da”, e a conjunção de adição “e”, como forma de marcadores.

Serviu como bancos de dados eletrônicos para busca de artigos, Scielo e PubMed, além da utilização do site do Governo brasileiro, no campo do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, e do Sistema Único de Saúde (SUS) como fonte de pesquisa das leis empregadas, verificação do CID e mudanças na resolução para população transexual no país.

O tempo determinado para escolha dos artigos equivale ao período dos últimos 10 anos, ou seja, entre 2013-2023. Fugindo desse critério, apenas 4 desses textos (um de 1996, outros de 2006, 2010 e 2011), mas que fizeram parte desta busca e são importantes para construção da revisão, todos os outros que não pertencem ao período foram por conseguinte eliminados. Além disso, foram excluídos artigos que falavam apenas de técnicas de feminização e masculinização corporal para além da face. Ademais, foram adicionados 2 livros com acesso on-line: de 2012 e 2019.

Ao final, para a discussão do tema proposto, apenas 22 trabalhos foram selecionados para o nosso estudo. Dos 22 escritos apenas 07 foram descritos como achados “verdadeiros” para o tema de masculinização.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados das buscas realizadas se encontram no quadro 1. Foram minimizados os seguintes itens: ano de publicação, objetivo, metodologia e a conclusão.

Ano	Autores	Objetivo	Método	Conclusão
2011	Ousterhout DK.	Apresentar técnicas e materiais usados em cirurgia de masculinização em face.	Técnicas cirúrgicas de aumento de testa, masculinização do queixo e aumento mandibular.	A masculinização facial esquelética apesar de rara à época, apresentou bons resultados.
2018	Deschamps-Braly JC.	Descrever características faciais femininas e masculinas, e discorrer técnicas de FFS e FMS.	Descrição das técnicas nas áreas de: linha do cabelo; testa; nariz; lábio superior; mandíbula; e cartilagem tireoide.	A cirurgia de confirmação de gênero facial trouxe melhorias na vida de pessoas trans e com diversidade de gênero.
2019	Morrison SD, Satterwhite T.	Apresentar técnicas de recontorno facial para afirmação de gênero.	Discorre técnicas, complicações e cuidados pós-operatórios.	São formas que tem eficácia e são seguras para a FFS e FMS.
2019	Sayegh F, Ludwig DC, Ascha M, Vyas K, Shakir A, Kwong JW et al.	Resumir a literatura abordando técnicas cirúrgicas de masculinização facial.	Utilização dos banco de dados PubMed, MedLine e EMBASE, sobre técnicas, complicações, acompanhamento, resultados e dados demográficos.	Os procedimentos já utilizados em cisgêneros, são bem empregados em pessoas trans. Porém, é preciso pesquisas mais apuradas.
2019	Deschamps-Braly JC.	Apresentar FFS e FMS.	Apresentação de técnicas em região de testa, nariz, queixo, mandíbula e cartilagem tireoide.	São cirurgias complexas e favoráveis, sendo um desafio para corresponder aparência com percepção interior do paciente.
2021	Sazgar AA, Kheradmand A, Razfar A, Hajjalipour S, Sazgar AK.	Mostrar alterações na rinoplastia para colocação de enxerto de extensão caudal.	Revisão retrospectiva de 965 pacientes submetidos à septorrinoplastia, na qual mais de 400 precisaram desse enxerto.	As modificações poderão ajudar diferentes casos que necessitam de septorrinoplastia.
2023	Patel NN, Gulati A, Knott PD, Seth R.	Descrever técnicas cirúrgicas de masculinização facial para afirmação de gênero.	Realização de cirurgia propriamente dita.	Apresentação de abordagem cirúrgica em homens trans, realizando técnicas em face geralmente aumentativas.

**Quadro 1** de resultados da revisão bibliográfica sobre o tema proposto.

Atendendo aos critérios de inclusão, foram selecionados 20 artigos, sendo a maioria em inglês (75%) e língua portuguesa (25%). A predominância de estudo é estadunidense (45%), seguido de brasileiro (25%), coreano (5%), turco (5%), chinês (5%), iraniano (5%), espanhol (5%) e holandês (5%).

Os dois livros utilizados, de Plemons (2012) e Mendes et al (2019), correspondem aos idiomas inglês e português, respectivamente.

Os tipos de estudo variam entre revisão de literatura, estudo observacional, caso clínico, pesquisa, anuário, site e livro. E constatou-se que dois autores (Deschamps-Braly e Ascha) escreveram (separadamente) 2 artigos diferentes, que foram usados para o estudo.

Dos resultados obtidos por análise literária, 7 artigos discutem as técnicas cirúrgicas propriamente ditas, nos quais 4 sobre cranioplastia, aumento mandibular e cartilagem tireoide; 3 abordam a região nasal e queixo; 2 a respeito de contorno facial; e 1 sobre lábio.

#### 4.1 CARTILAGEM TIREOIDE

Observa-se portanto, que a cartilagem tireoide citada em 4 artigos, apresenta distinções no uso de material para ser enxertado. Os autores Deschamps-Braly (2018)<sup>10</sup> e Sayegh et al (2019)<sup>12</sup> apresentam o uso da cartilagem da costela para conferir o pomo de adão, defendendo o uso do enxerto autógeno, pertencente da própria pessoa. Já Patel et al (2023)<sup>20</sup> defende o enxerto alógeno – de outro indivíduo que faz parte da mesma espécie, intervindo com o uso de cartilagem cadavérica, por ser mais durável. Portanto, para realizar a técnica de Patel não é preciso incisar o sulco inframamário medial, pois essa cartilagem que seria colhida, será substituída pelo enxerto cadavérico.

A cartilagem tireoide vai ser medida, e as duas partes colhidas de enxerto cadavérico costal terão suas pontas aparadas, chanfradas e suturadas juntas, empregadas e suturadas na região tireóidea. Conseguindo assim, no mínimo 5 a 7mm de projeção laríngea<sup>20</sup>.

#### 4.2 AUMENTO MANDIBULAR

No momento de discorrer sobre o aumento mandibular, o qual foram utilizados 4 artigos para o estudo, nota-se que Ousterhout (2011)<sup>4</sup> apresenta duas formas de configurar esse aspecto, uma sobre enxerto ósseo e outra de implante, sendo esse poroso ou de silicone, e ainda assim, discorre aspectos mais favoráveis ao poroso. Porém, Sayegh et al (2019)<sup>12</sup>, traz uma informação complementar que coloca essa ideia em questionamento, pois explica que em casos de infecção, os implantes porosos teriam uma difícil remoção, devido ao crescimento ósseo internamente, ao contrário do

de silicone que possuem menos propensão de infeccionar e são mais fáceis de tratar. Além disso, o inchaço pós-cirúrgico costuma permanecer por mais tempo no caso de implantes porosos.

Ainda sobre a forma como conferir o aumento de mandíbula, Sayegh et al (2019)<sup>12</sup> discorre sobre a possibilidade de fazer cirurgia ortognática, mas ressalta que essa deve ser feita em casos de oclusão dentária, e que não se tem abordagens técnicas ainda para casos de masculinização.

#### 4.3 CONTORNO DA FACE

Para o contorno da face (presente em 2 trabalhos), Patel et al (2023)<sup>20</sup> discorre que faz duas incisões em mucosa oral, no início dessa técnica, para tanto, os autores Morrison & Satterwhite (2019)<sup>13</sup> trazem uma ideia complementar que defendem a incisão inicial sendo realizada com eletrocautério.

Ainda assim, sabe-se que o eletrocautério é um bisturi elétrico, e a corrente elétrica gerada por ele, ao entrar em contato com a resistência do tecido transforma-se em calor, o que vai condicionar o corte, coagulação ou fulguração, e isso depende da superfície, intensidade da corrente, resistência dos tecidos e tempo de exposição. Sendo assim, queimaduras podem ocorrer, e algumas inclusive, visíveis tardiamente ao procedimento, o que pode ser explicado pela profundidade de penetração de energia térmica<sup>6</sup>.

#### 4.4 RINOPLASTIA

Para o presente estudo, foram utilizados 3 artigos que abordam as técnicas com intervenção em região nasal, Sayegh et al (2019)<sup>12</sup> apresenta como opção o tratamento de forma injetável, afim de atender aos critérios do paciente que evita a cirurgia, mas também afirma que a supercorreção pode condicionar uma aparência nada natural.

#### 4.5 CRANIOPLASTIA

Em relação a cranioplastia (exposto em 4 estudos), diferentes autores defendem diversificadas abordagens, entre elas, uma endoscopia pouco invasiva com a colocação de implante orbitofrontal microporoso de polietileno com alta densidade, outros

defendem procedimento bicoronal com metacrilato de metila, e outros o uso de implante de polietileno poroso próprio para cada paciente.

Sayegh et al (2019)<sup>12</sup> discorre o uso de poli metil metacrilato para o aumento de testa, Já Patel et al (2023)<sup>20</sup> expõe e acredita que a estratégia seja feita com polietileno poroso. Dessa forma, vale ressaltar que, o implante de polietileno poroso de alta densidade é um sintético formado através da polimerização de moléculas de etileno em alta temperatura e pressão, tem uma boa empregabilidade, pois tem baixa taxa de infecção e é não antigênico<sup>2</sup>.

Ainda assim, Deschamps-Braly (2019)<sup>11</sup> defende o uso de metil metacrilato para os tipos II e IV de testa.

Patel et al (2023)<sup>20</sup> também comenta sobre a posição do implante, sendo esse colocado acima da sobrancelha, através da incisão inicial paralela de 3cm. Já Deschamps-Braly (2019)<sup>11</sup> afirma que não deve ser colocado diretamente abaixo da incisão, pois isso pode condicionar infecções e remoção do implante.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A masculinização cirúrgica é um fator primordial na identificação do gênero, por ser uma região de evidência e maior aparência, a qual permite o contato e interação humana. E apesar da nítida importância relatada na construção da imagem, observa-se que ainda há pouco estudo sobre os procedimentos cirúrgicos faciais de masculinização de homens trans.

Pois, diante das literaturas estudadas, fica evidente que a maioria das áreas versadas nos artigos é sobre cartilagem tireoide, porém nem somente isso constitui a conformação masculina, outras áreas precisam ser abordadas para uma fiel fisionomia e figuração.

Dessa forma, é notória a necessidade de mais estudos sobre o caso e análises sociais pós-cirúrgica para conhecer os efeitos do procedimento.

## REFERÊNCIAS

1. Becking AG, Tuinzing DB, Hage JJ, Gooren LJ. Facial corrections in male to female transsexuals: a preliminary report on 16 patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 1996; 54(4):413-8. DOI: 10.1016/s0278-2391(96)90111-1
2. Chen Y-H, Cui H-G. High density porous polyethylene material (Medpor) as an unwrapped orbital implant. *J Zhejiang Univ Sci B.* 2006; 7(8): 679–682. DOI: 10.1631/jzus.2006.B0679
3. Ainsworth TA, Spiegel JH. Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Qual Life Res.* 2010; 19(7):1019-24. DOI: 10.1007/s11136-010-9668-7
4. Ousterhout DK. Dr. Paul Tessier and facial skeletal masculinization. *Ann Plast Surg.* 2011; 67(6):S10-5. DOI: 10.1097/SAP.0b013e31821835cb
5. Kim JJ, Park JW, Kim JM, Park SH, Hwang JH, Kim KS et al. The Functionality of Facial Appearance and Its Importance to a Korean Population. *Arch Plast Surg.* 2013; 40(6): 715–720. DOI: 10.5999/aps.2013.40.6.715
6. Bisinotto FMB, Dezena RA, Martins LB, Galvão MC, Martins Sobrinho J, Calçado MS. Queimaduras relacionadas à eletrocirurgia - Relato de dois casos. *Ver Bras Anesthesiol.* 2015; 67(5):527-534. DOI: 10.1016/j.bjan.2016.03.003
7. Miguel SS, Pizzol GD, Demarco TT. Homossexualidade, Homoafetividade e Bissexualidade. *Anuário Pesquisa E Extensão Unoesc Videira.* 2017; 2: e13129. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/apeuv/article/view/13129>
8. Ascha M, Swanson MA, Massie JP, Evans MW, Chambers C, Ginsberg BA et al. Nonsurgical Management of Facial Masculinization and Feminization. *Aesthet Surg J.* 2018; 39(5): NP123–NP137. DOI: 10.1093/asj/sjy253
9. Kilci GD, Başer E, Verim A, Çalim ÖF, Veyseller B, Özturan O et al. Outcomes of external septorhinoplasty in a Turkish male population. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2018; 84(4):426-434. DOI: 10.1016/j.bjorl.2017.04.010.
10. Deschamps-Braly JC. Facial Gender Confirmation Surgery Facial Feminization Surgery and Facial Masculinization Surgery. *Clin Plastic Surg.* 2018; 45: 323-331. DOI: 10.1016/j.cps.2018.03.005
11. Deschamps-Braly JC. Approach to Feminization Surgery and Facial Masculinization Surgery: Aesthetic Goals and Principles of Management. *J Craniofac Surg.* 2019; 30(5):1352-1358. DOI: 10.1097/SCS.00000000000005391
12. Sayegh F, Ludwig DC, Ascha M, Vyas K, Shakir A, Kwong JW et al. Facial Masculinization Surgery and its Role in the Treatment of Gender Dysphoria. *J Craniofac Surg.* 2019; 30(5):1339-1346. DOI: 10.1097/SCS.00000000000005101
13. Morrison SD, Satterwhite T. Lower Jaw Recontouring in Facial Gender-Affirming Surgery. *ScienceDirect.* 2019; 27(2): 233-242. DOI: 10.1016/j.fsc.2019.01.001



14. Fisher M, Lu SM, Chen K, Zhang B, Maggio MD, Bradley JP. Facial Feminization Surgery Changes Perception of Patient Gender. *Aesthet Surg J*. 2019; 40(7): 703–709. DOI: 10.1093/asj/sjz303
15. Capitán L, Santamaría JG, Simon D, Coon D, Bailón C, Bellinga RJ et al. Facial Gender Confirmation Surgery: A Protocol for Diagnosis, Surgical Planning, and Postoperative Management. *Plast Reconstr Surg*. 2020; 145(4):818e-828e. DOI: 10.1097/PRS.00000000000006686
16. Sazgar AA, Kheradmand A, Razfar A, Hajjalipour S, Sazgar AK. Different techniques for caudal extension graft placement in rhinoplasty. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2021; 87(2):188-192. DOI: 10.1016/j.bjorl.2019.08.002
17. Barros F, Serra MC, Kuhnen B, Fernandes CMS. Cirurgias de feminização e masculinização: repercussões forenses. *Res, Soc Dev*. 2021; 10(13): e201101320877. DOI:10.33448/rsd-v10i13.20877
18. Gomes DF, Teixeira ER, Sauthier M, Paes GO. Restrição de políticas públicas de saúde: um desafio dos transexuais na atenção básica. *Esc. Anna. Nery*. 2022; 26. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0425pt
19. Moreira MCN, Dias FS, Mello AG, York SW. Gramáticas do capacitismo: diálogos nas dobras entre deficiência, gênero, infância e adolescência. *Cien Saude Colet*. 2022; 27(10):3949-3958. DOI: 10.1590/1413-812320222710.07402022.
20. Patel NN, Gulati A, Knott PD, Seth R. Facial masculinization surgery. *ScienceDirect*. 2023; 34 (1): 69-73. DOI: 10.1016/j.otot.2023.01.011
21. Plemons ED. *Making the Gendered Face: The Art and Science of Facial Feminization Surgery*. Califórnia: University of California, Berkeley; 2012.p 01.
22. Plemons ED. *Making the Gendered Face: The Art and Science of Facial Feminization Surgery*. Califórnia: University of California, Berkeley; 2012.p 03-05.
23. Mendes MGS, Hartmann RS, Costa RARA. Debates e reflexões sobre direitos da diversidade sexual e de gênero. Recife: FASA; 2019.p 23-37.
24. Mendes MGS, Hartmann RS, Costa RARA. Debates e reflexões sobre direitos da diversidade sexual e de gênero. Recife: FASA; 2019.p 64-76.
25. gov.br: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania [homepage da internet]. Tópico de retirada de transexualidade da lista de doenças [acesso em 14 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/junho/organizacao-mundial-da-saude-retira-a-transexualidade-da-lista-de-doencas-e-disturbios-mentais>
26. gov.br: Sistema Único de Saúde [homepage da internet]. Tópico retirado de estrutura, princípios e como funciona [acesso em 14 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>
27. Politize: Gênero: você entende o que significa? [homepage da internet]. Tópico retirado de a construção social do gênero [acesso em 18 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.politize.com.br/vamos-falar-sobre-genero/>

28. Politize: Ideologia de gênero: o que é e qual a polêmica por trás dela? [homepage da internet]. Tópico retirado de o que é gênero? [acesso em 18 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.politize.com.br/ideologia-de-genero-questao-de-genero/>

29. Significados: Gênero: o que é, conceito e a diferença de sexualidade [homepage da internet]. Tópico retirado de definição e o que é ideologia de gênero? [acesso em 18 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.significados.com.br/genero/>

30. Câmara dos deputados: Legislação [homepage da internet]. Tópico retirado de decreto 8.727, de 28 de abril de 2016 [acesso em 19 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2016/decreto-8727-28-abril-2016-782951-publicacaooriginal-150197-pe.html>

# **ANEXO A – NORMAS DA REVISTA**

## **RECOMENDAÇÕES PARA A SUBMISSÃO DE ARTIGOS**

### **1 - DAS NORMAS GERAIS**

- 1.1 Serão aceitos para submissão trabalhos de pesquisa básica e aplicada em Odontologia, na língua portuguesa ou inglesa. O manuscrito pode ser redigido em português ou inglês e deverá ser fornecido em arquivo digital compatível com o programa "Microsoft Word" (em formato DOC).
- 1.2 Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua submissão simultânea em outro periódico, seja este de âmbito nacional ou internacional.
- 1.3 As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, revisada em 2000).
- 1.4 A Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição, com devida citação de fonte.
- 1.5 O conteúdo dos textos das citações e das referências são de inteira responsabilidade dos autores.
- 1.6 A data do recebimento do original, a data de envio para revisão, bem como a data de aceite constará no final do artigo, quando da sua publicação.
- 1.7 O número de autores está limitado a seis (6). Nos casos de maior número de autores, o conselho editorial deverá ser consultado.

## 1.8 Registros de Ensaio Clínicos

1.8.1 Artigos de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. Sugestão para registro: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

## 1.9 Comitê de Ética

1.9.1 Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos devem ser acompanhados de cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro órgão credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde.

1.9.2 Na reprodução de documentação clínica, o uso de iniciais, nomes e/ou números de registro de pacientes são proibidos. A identificação de pacientes não é permitida. Ao reproduzir no manuscrito algum material previamente publicado (incluindo textos, gráficos, tabelas, figuras ou quaisquer outros materiais), a legislação cabível de Direitos Autorais deverá ser respeitada e a fonte citada.

1.9.3 Nos experimentos com animais devem ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidado dos animais de laboratório.

## 2 - DA APRESENTAÇÃO

### 2.1 Estrutura de apresentação da página de rosto **(Não utilizar para o TCC, seguir as normas anteriores)**

- Título do manuscrito em português, de forma concisa, clara e o mais informativo possível. Não deve conter abreviações e não deve exceder a 200 caracteres, incluindo espaços.

- Deve ser apresentada também a versão do título em **inglês**.

- Nome dos autores na ordem direta e sem abreviações, seguido da sua principal titulação e filiação institucional; assim como registros na Base como ORCID, caso não tenham (o registro ORCID pode ser obtido, gratuitamente, através do site <http://orcid.org>); acompanhado do respectivo endereço com informação de contato (telefone, endereço e e-mail para o autor correspondente) e todos os coautores. Os autores devem garantir que o manuscrito não foi previamente publicado ou não está sendo considerado para publicação em outro periódico.

### 3.2 Estrutura de apresentação do corpo do manuscrito

- **Título do trabalho em português**

- **Título do trabalho em inglês**

- **Resumo estruturado:** deve condensar os resultados obtidos e as principais conclusões de tal forma que um leitor, não familiarizado com o assunto tratado no texto, consiga entender as principais implicações do artigo. O resumo não deve exceder 250 palavras (100 palavras no caso de comunicações breves) e abreviações devem ser evitadas. Deve ser apresentado na forma de parágrafo único estruturado (sem subdivisões das seções), conteúdo objetivo, metodologia, resultados e conclusões. No Sistema, utilizar a ferramenta Special characters para caracteres especiais, se aplicável. Para os textos em Língua portuguesa, deve ser apresentada também a versão em inglês (**Abstract**).

De acordo com o tipo de estudo, o resumo deverá ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original e Revisão sistemática: Objetivo, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Considerações finais (No Abstract: Purpose, Case description, Final Considerations).

- Revisão de literatura: Objetivo, Materiais e Métodos, Resultados e Considerações finais. No Abstract: (Purpose, Methods, Results, Final Considerations). A forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

- **Unitermos:** imediatamente abaixo do resumo estruturado, de acordo com o tipo de artigo submetido, devem ser incluídos de 3 (três) a 5 (cinco) unitermos (palavras-chave), assim como a respectiva tradução para os **uniterms**. Devem ser separados por vírgula. Os descritores devem ser extraídos dos “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS): <http://decs.bvs.br/>, que contém termos em português, espanhol e inglês, e do “Medical

Subject Headings” (MeSH): [www.nlm.nih.gov/mesh](http://www.nlm.nih.gov/mesh), para termos somente em inglês (não serão aceitos sinônimos).

- **Abstract:** deverá contemplar a cópia literal da versão em português.

- **Uniterms:** versão correspondente em inglês dos unitermos.

**Grafia de termos científicos:** nomes científicos (binômios de nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica) devem ser escritos por extenso, bem como os nomes de compostos e elementos químicos, na primeira menção no texto principal. Unidades de medida: devem ser apresentadas de acordo com o Sistema Internacional de Medidas.

## - CORPO DO MANUSCRITO

ARTIGO ORIGINAL DE PESQUISA E REVISÃO SISTEMÁTICA: devem apresentar as seguintes divisões: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

**Introdução:** resumo do raciocínio e a proposta do estudo, citando somente referências pertinentes. Claramente estabelece a hipótese do trabalho. Deve ser sucinta e destacar os propósitos da investigação, além da relação com outros trabalhos na área. Uma extensa revisão de literatura não é recomendada, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

**Materiais e Métodos:** apresenta a metodologia utilizada com detalhes suficientes que permitam a confirmação das observações. Métodos publicados devem ser referenciados e discutidos brevemente, exceto se modificações tenham sido feitas. Indicar os métodos estatísticos utilizados, se aplicável. Devem ser suficientemente detalhados para que os leitores e revisores possam compreender precisamente o que foi feito e permitir que seja repetido por outros. Técnicas-padrões precisam apenas ser citadas. Estudos observacionais devem seguir as diretrizes STROBE (<http://strobestatement.org/>) e o check list deve ser submetido. Ensaios clínicos devem ser relatados de acordo com o protocolo padronizado da CONSORT Statement (<http://www.consortstatement.org/>), revisões sistemáticas e meta-análises

devem seguir o PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>), ou Cochrane (<http://www.cochrane.org/>).

\* **Aspectos Éticos:** em caso de experimentos envolvendo seres humanos, indicar se os procedimentos realizados estão em acordo com os padrões éticos do comitê de experimentação humana responsável (institucional, regional ou nacional) e com a Declaração de Helsinki de 1964, revisada em 2000. Quando do relato de experimentos em animais, indicar se seguiu um guia do conselho nacional de pesquisa, ou qualquer lei sobre o cuidado e uso de animais em laboratório. Deve também citar aprovação de Comitê de Ética.

**Resultados:** apresenta os resultados em uma sequência lógica no texto, tabelas e ilustrações. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar no máximo seis tabelas e/ou ilustrações.

**Discussão:** enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões resultantes. Não repetir, em detalhes, os dados ou informações citadas na introdução ou nos resultados. Relatar observações de outros estudos relevantes e apontar as implicações de seus achados e suas limitações.

#### **4. DA NORMALIZAÇÃO TÉCNICA**

O texto deve ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), apresentar-se em fonte ARIAL tamanho 11, espaçamento entre as linhas de 1,5, em folhas A4, com margens de 3 cm de cada um dos lados, perfazendo um total de no máximo 15 páginas, excluindo referências e ilustrações (gráficos, fotografias, tabelas etc.). Os parágrafos devem ter recuo da primeira linha de 1,25 cm. Evitar ao máximo as abreviações e siglas. Em determinados casos, sugere-se que na primeira aparição no texto, deve-se colocar por extenso e a abreviatura e/ou sigla entre parênteses. Exemplo: Febre Hemorrágica do Dengue (FHD).

##### **4.1 Ilustrações**

O material ilustrativo compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações

textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, radiografias, como também por meio de desenhos ou fotografias).

4.1.1 Todas as ilustrações devem ser apresentadas e inseridas ao longo do texto em Word, conforme ordem de citação e devem ser limitadas no máximo a seis (6). ~~Devem também ser enviadas separadamente (Figura 1a, Figura 1b, Figura 2, Figura 3...) no formato JPEG, TIFF ou GIF. O material ilustrativo deve ser limitado a seis e numerado consecutivamente em algarismos arábicos, seguindo a ordem que aparece no texto, com suas~~

respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título.

5.1.3 A elaboração dos gráficos e tabelas deverá ser feita em preto e branco ou em tons de cinza. Gráficos e desenhos podem ser confeccionados no programa Excel ou Word. ~~O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também JPEG, TIFF ou GIF.~~

4.2 **As ilustrações** deverão ser encaminhadas com resolução mínima de 300 dpi e tamanho máximo de 6 cm de altura x 8 cm de largura. **As legendas correspondentes deverão ser claras, concisas e localizadas abaixo de cada ilustração, precedidas da numeração correspondente.** Se houver texto no interior da ilustração, deve ser formatado em fonte Arial, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

4.3 **As tabelas e quadros** deverão ser logicamente organizados, numerados consecutivamente em algarismos arábicos. **O título será colocado na parte superior dos mesmos.**

4.4 Tabelas e quadros devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. É importante que apresentem informações sucintas. Não devem ultrapassar uma página (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

4.5 As notas de rodapé serão indicadas por asteriscos e restritas ao mínimo indispensável. **Marca comercial de produtos e materiais** não deve ser apresentada como



nota de rodapé, mas deve ser colocada entre parênteses seguida da cidade, estado e país da empresa (Ex: Goretex, Flagstaff, Arizona, EUA)

## 5 Citação de autores

A citação dos autores no texto poderá ser feita de duas maneiras:

- Apenas numérica:

" a interface entre bactéria e célula <sup>3,4,7-10</sup>"

- alfanumérica:

Um autor - Silva<sup>23</sup> (1996)

Dois autores - Silva e Carvalho<sup>25</sup> (1997)

Mais de dois autores - Silva et al.<sup>28</sup> (1998)

Pontuação, como ponto final e vírgula deve ser colocada após citação numérica. Ex: Ribeiro<sup>38</sup>.

## 6. Referências

As citações de referências devem ser identificadas no texto por meio de números arábicos sobrescritos. A lista completa de referências deve vir após a seção de "Agradecimentos", e as referências devem ser numeradas e apresentadas de acordo com o Estilo Vancouver, em conformidade com as diretrizes fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors, conforme apresentadas em Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). **A correta apresentação das referências é de responsabilidade exclusiva dos autores.** É necessário que os autores evitem ao máximo a inclusão de comunicações pessoais, resumos e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências. Colocar o nome de todos os autores do trabalho até no máximo seis autores, além disso, citar os seis autores e usar a expressão et al.

## **Exemplos de referências:**

### **Livro**

Melberg JR, Ripa LW, Leske GS. Fluoride in preventive dentistry: theory and clinical applications. Chicago: Quintessence; 1983.

### **Capítulo de Livro**

Verbeeck RMH. Minerals in human enamel and dentin. In: Driessens FCM, Woltgens JHM, editors. Tooth development and caries. Boca Raton: CRC Press; 1986. p.95-152.

### **Artigo de periódico**

Veja KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med.* 1996 Jun 1;124(11):980-3. Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res.* 1992;26:188-93.

### **Artigos com mais de seis autores:**

Citam-se até os seis primeiros seguidos da expressão et al. Parkin DM, Clayton D, Black, RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood - leukaemia in Europe after Chernobyl : 5 years follow-up. *Br J Cancer.* 1996;73:1006-12.

### **Artigo sem autor**

Seeing nature through the lens of gender. *Science.* 1993;260:428-9.

### **Volume com suplemento e/ou Número Especial**

Ismail A. Validity of caries diagnosis in pit and fissures [abstract n. 171]. *J Dent Res* 1993;72(Sp Issue):318.

### **Fascículo no todo**

Dental Update. Guildford 1991 Jan/Feb;18(1).

### **Trabalho apresentado em eventos**

Matsumoto MA, Sampaio Góes FCG, Consolaro A, Nary Filho H. Análise clínica e microscópica de enxertos ósseos autógenos em reconstruções alveolares. In: Anais da 16a. Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO; 1999 set. 8-11; Águas de São Pedro (SP). São Paulo: SBPqO; 1999. p. 49, resumo A173.

### **Trabalho de evento publicado em periódico**

Abreu KCS, Machado MAAM, Vono BG, Percinoto C. Glass ionomers and compomer penetration depth in pit and fissures. *J Dent Res* 2000;79(Sp. Issue) 1012.

### **Monografia, Dissertação e Tese**

Pereira AC. Estudo comparativo de diferentes métodos de exame, utilizados em odontologia, para diagnóstico da cárie dentária. São Paulo; 1995. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

**Artigo eletrônico:**

Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol [Internet]. 1990 [Acesso em 2010 Abr 22];15(4):437-58. Disponível em: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437>.

**Observação: A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.**

## **7 - DA SUBMISSÃO DO TRABALHO**

A submissão dos trabalhos deverá ser feita pelo site <https://periodicos.ufba.br/index.php/revfo> ou para o e-mail [revfoufba@hotmail.com](mailto:revfoufba@hotmail.com)

6.2 Deverá acompanhar o trabalho uma carta assinada por todos os autores (Formulário Carta de Submissão) afirmando que o trabalho está sendo submetido apenas a Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA, bem como, responsabilizando-se pelo conteúdo do trabalho enviado à Revista para publicação. Deverá apresentar Parecer de comitê de ética reconhecido pelo Comitê Nacional de Saúde (CNS) – para estudos de experimentação humana e animal.

**OS CASOS OMISSOS SERÃO RESOLVIDOS PELO CONSELHO EDITORIAL.**

## **ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS**

Os artigos referenciados desse trabalho foram enviados em anexo por e-mail, para o (as) mestre (as) e doutor (a).

