



**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**MARIA HELENA SOUZA RIBEIRO**

**CONSTRUÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO POR MEIO DE  
AUMENTO DE COROA CLÍNICA, FRENECTOMIA  
LABIAL, CLAREAMENTO DENTAL E RESINA**

**COMPOSTA DIRETA: relato de caso**

**AESTHETIC CONSTRUCTION OF THE SMILE THROUGH  
CLINICAL CROWN AUGMENTATION, LABIAL  
FRENECTOMY, TOOTH WHITENING AND DIRECT  
RESIN: case report**

SALVADOR  
2023.2

**MARIA HELENA SOUZA RIBEIRO**

**CONSTRUÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO POR MEIO DE  
AUMENTO DE COROA CLÍNICA, FRENECTOMIA  
LABIAL, CLAREAMENTO DENTAL E RESINA**

**COMPOSTA DIRETA: relato de caso**

**AESTHETIC CONSTRUCTION OF THE SMILE THROUGH  
CLINICAL CROWN AUGMENTATION, LABIAL  
FRENECTOMY, TOOTH WHITENING AND DIRECT  
RESIN: case report**

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. Dr<sup>a</sup> Juliana Felippi de Azevedo Bandeira

SALVADOR

2023.2

## SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2. RELATO DE CASO</b>	<b>8</b>
2.1 FASE CLAREADORA	9
2.2 FASE CIRÚRGICA	10
2.3 FASE RESTAURADORA	12
<b>3. DISCUSSÃO</b>	<b>15</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>17</b>

**REFERÊNCIAS**

**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**

**ANEXO B – DIRETRIZES PARA AUTORES**

**ANEXO C – ARTIGOS REFERENCIADOS**

## RESUMO

Os pacientes buscam, cada vez mais, por estética dental, com isto a Odontologia evoluiu com materiais e técnicas minimamente invasivas que garantem a harmonia e a saúde bucal, alcançando um sorriso dentro dos padrões estéticos, estabelecidos pela sociedade, com naturalidade. O tamanho e a forma dos dentes comprometem a estética do sorriso, podendo estar associado com diastemas e erupção passiva dos dentes. As facetas diretas confeccionadas com resina composta permitem ao cirurgião dentista o controle de todo procedimento, sem necessidade de etapas laboratoriais e com resultados menos invasivos. O presente artigo tem como objetivo descrever um caso clínico, em uma paciente com diastemas e fraturas incisais nas unidades 1.1, 1.2, 2.1 e 2.2. em que foi elaborado um plano de tratamento multidisciplinar, abordando clareamento dental, aumento de coroa clínica, frenectomia labial e confecção de facetas diretas em resina composta pela técnica de estratificação. Desse modo, a associação de procedimentos levou a recuperação da função e estética e conseqüentemente a autoestima e qualidade de vida da paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Resina composta; faceta direta; estética.

## **ABSTRACT**

Patients are increasingly looking for dental aesthetics, and dentistry has evolved with minimally invasive materials and techniques that guarantee harmony and oral health, achieving a smile that naturally meets the aesthetic standards set by society. The size and shape of the teeth compromise the aesthetics of the smile and can be associated with diastemas and passive eruption of the teeth. Direct veneers made with composite resin allow the dental surgeon to control the entire procedure, without the need for laboratory steps and with less invasive results. The aim of this article is to describe a clinical case of a patient with diastemas and incisal fractures in units 1.1, 1.2, 2.1 and 2.2, in which a multidisciplinary treatment plan was drawn up, including tooth whitening, clinical crown augmentation, labial frenectomy and the fabrication of direct composite resin veneers using the layering technique. In this way, the combination of procedures led to the recovery of function and aesthetics and consequently the patient's self-esteem and quality of life.

**KEYWORDS:** Composite resin; Direct veneer; Aesthetics.

## 1. INTRODUÇÃO

O conceito de estética é subjetivo e está relacionado com a beleza, a harmonia e as necessidades de cada paciente. Dessa forma, a interação de novas técnicas e novos materiais restauradores possibilitam a reprodução de estruturas dentais perdidas, devolvendo forma, função e estética<sup>1</sup>. Assim sendo, no contexto atual, os pacientes, em sua grande maioria, entram nos consultórios em busca de sorrisos claros, alinhados e harmônicos e o cirurgião dentista, para atender essa demanda, precisa aprimorar técnicas e desenvolver boa interação profissional, visando atender às expectativas do mesmo, dentre as características de um sorriso estético e funcionalmente ideal.

Diante desse cenário, o branqueamento dentário é uma das áreas que está em ascensão na odontologia estética e restauradora e é o tratamento mais conservador para dentes descoloridos<sup>2</sup>. Com o objetivo de prevenir o desgaste de estrutura sadia o clareamento dental é uma escolha assertiva como etapa prévia de procedimentos restauradores<sup>3</sup>.

Segundo Conceição<sup>4</sup> (2007) fatores como, o controle do profissional ao procedimento restaurador desde a seleção da cor até o estabelecimento da morfologia final, pouco ou até mesmo nenhum desgaste ao dente, aliados a uma boa relação custo/benefício, tanto para o paciente quanto para o profissional, têm feito com que a realização desta técnica restauradora seja cada vez mais popular. Ademais, as restaurações em resina composta permitem reparo e são realizadas com materiais de características ópticas e resistência satisfatória<sup>5</sup>.

No que diz respeito às indicações dos procedimentos adesivos, são direcionados quando há comprometimento de forma e inclinação do dente no arco, textura da superfície, coloração, simetria e proporção<sup>6</sup>. Desse modo, é importante ressaltar, também, que a técnica utilizada na confecção de facetas diretas depende muito mais do conhecimento do profissional em anatomia e proporções dentais, se comparado, por exemplo, com facetas cerâmicas.

Além da estética branca, em busca da valorização do sorriso, o cirurgião dentista precisa se atentar às demandas extraorais, labiais e periodontais para executar um tratamento multidisciplinar adequado para o paciente. Assim, fatores como freio labial com inserção alta e em situações de grande exposição de gengiva associada a coroas clínicas curtas com alteração do padrão de erupção passiva alterada, há indicação do tratamento do sorriso gengival através da cirurgia periodontal<sup>7</sup>.

O freio apesar de ser uma prega fibrosa importante para modular os movimentos labiais, alguns pacientes o desenvolvem com seus limites aumentados e

muito próximo à gengiva marginal. Por esse motivo, a frenectomia para remoção de excessos de tecido interdental e redução da tensão sobre o tecido gengival marginal é indicada para tais pacientes<sup>8</sup>.

Diante do conceito de beleza, cada vez mais latente na sociedade, a Odontologia estética ganha alta visibilidade e associado a isso, surge uma intensa busca por técnicas menos invasivas. Por isso, as facetas diretas em resina composta têm conquistado um papel importante na reabilitação oral de pacientes, sobretudo àqueles com dentes anteriores mais escurecidos e/ou com diastema significantes, visando a melhora funcional e estética. Esse trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico em que foram confeccionadas facetas diretas em resina composta na região antero-superior em uma paciente jovem, com clareamento dental prévio, associado a cirurgia de aumento de coroa clínica e frenectomia labial.

## 2. RELATO DE CASO

Esse trabalho está sob avaliação do comitê de ética. Paciente sexo feminino, melanoderma, ASA 1, classe III, 18 anos, procurou o Centro Odontológico da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública com queixa principal de “presença de espaços nas unidades centrais”. Durante o exame clínico e radiográfico foi identificado hígidez em todas as unidades, presença de diastemas entre as os incisivos centrais, desgaste nos bordos incisais nas unidades 1.1 e 2.1 (paciente relatou ter utilizado piercing em região de língua e o contato com os dentes provocou fraturas), erupção passiva provocando coroas curtas e freio labial superior transpapilar, sendo um fator agravante do diastema presente. A mesma relatou já ter feito uso de aparelho ortodôntico durante 4 anos e ocorreu recidiva dos diastemas. Foi então realizado o protocolo fotográfico inicial da paciente (Figuras 1 e 2) para discussão e planejamento do caso. Diante disso, foi elaborado um plano de tratamento com as seguintes etapas clínicas: clareamento caseiro e de consultório em todas as unidades dentárias; cirurgia de aumento de coroa clínica das unidades 1.6 a 2.6; frenectomia labial superior, seguido pela confecção de facetas diretas das unidades 1.2 a 2.2, com objetivo de atingir uma estética mais harmônica do sorriso da paciente.





**Figura 1:** Protocolo de fotos iniciais. (A) Vista frontal, lábios em repouso. (B) Vista frontal sorrindo. (C) Vista em 90°, lábios em repouso. (D) Vista em 90° sorrindo. (E) Vista 45°, lábios em repouso. (F) Vista 45° sorrindo.



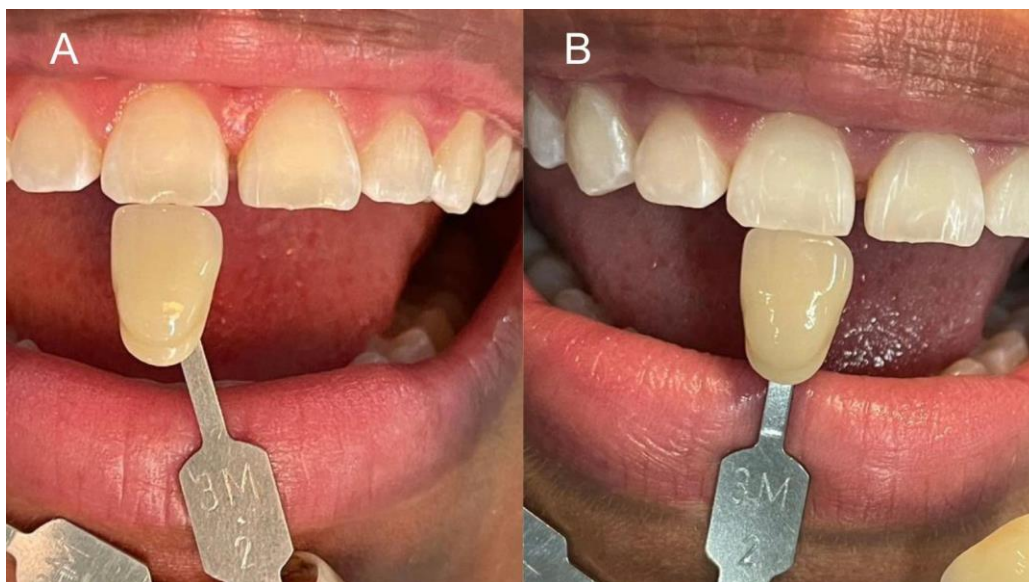
**Figura 2:** Protocolo de fotos iniciais. (A) Vista frontal em máxima intercuspidação habitual (B) Vista lateral esquerda. (C) Vista lateral direita.

## 2.1. FASE CLAREADORA:

Ao início do tratamento foi realizado profilaxia profissional e seleção inicial da cor através de fotografias digitais (figura 3), seguido do clareamento dental de consultório, em 3 sessões clínicas.

Em cada sessão, foi realizada a profilaxia profissional, sob isolamento com afastadores de lábio/língua/bochecha. Em seguida, a aplicação da barreira gengival fotopolimerizável (Top Dam. FGM, Joinville, SC, Brasil), na cervical dos dentes para proteção dos tecidos periodontais e a aplicação do gel clareador a base de peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP AutoMixx. FGM, Joinville, SC, Brasil), por um total de 45 minutos, em 3 aplicações (mantendo 15 minutos cada aplicação). Decorrido o tempo de espera o gel foi removido com bolinha de algodão, lavagem abundante da região com água e remoção da barreira gengival.

Para o clareamento caseiro supervisionado, foi realizada a moldagem de ambas arcadas da paciente com alginato e a partir dos modelos obtidos foram confeccionadas moldeiras de silicone. A paciente levou para casa as moldeiras de silicone e 2 bisnagas do gel clareador à base de peróxido de hidrogênio a 6,5% (White Class, FGM, Joinville, SC, Brasil), para serem utilizadas durante 2 semanas por 1 hora e 30 minutos ao dia. As recomendações foram passadas por escrito para a paciente.



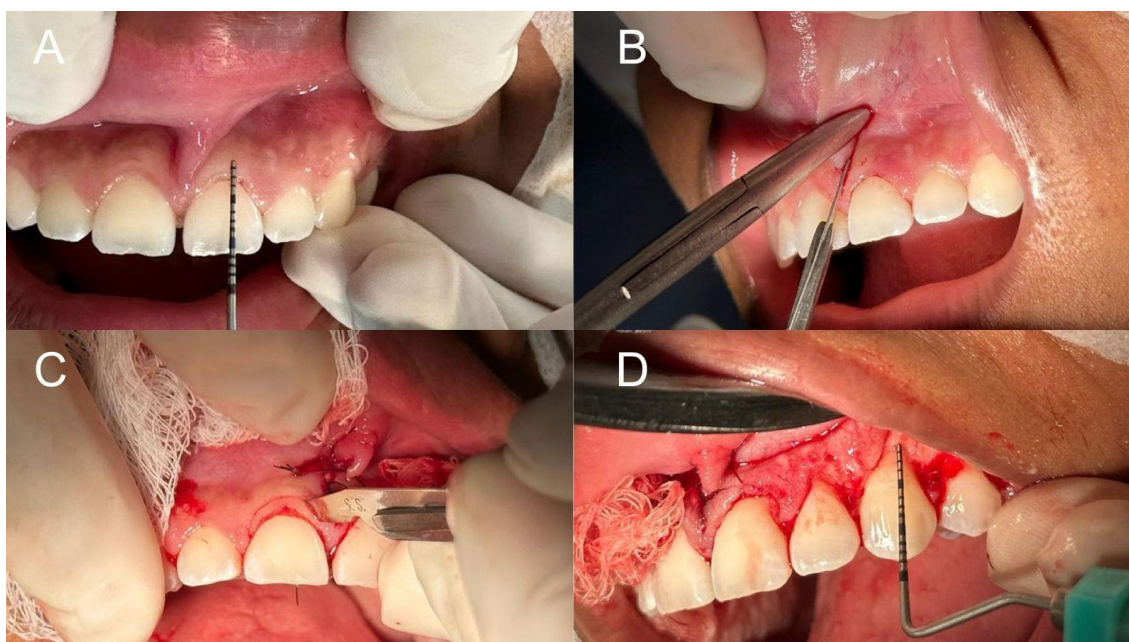
**Figura 3:** (A) Cor inicial dos dentes antes do clareamento. Cor 3M-2 (Escala VITA®). (B) Resultado após 3 sessões de clareamento consultório e 15 dias de clareamento caseiro

## 2.2. FASE CIRÚRGICA:

Depois da etapa de clareamento concluída (figura 3) a paciente retornou para avaliação e planejamento cirúrgico da gengivoplastia e frenectomia labial. Para dar início a etapa cirúrgica foi realizada a antisepsia intra-oral com bochecho de solução aquosa de clorexidina a 0,12% por 1 minuto e extra-oral com solução iodopolividona PVPI tópico. Em seguida foram infiltrados 4 tubetes do anestésico lidocaína a 2% com vasoconstritor epinefrina 1:100.000, na técnica infiltrativa terminal. Iniciou-se então a frenectomia labial, realizando a suspensão do lábio superior, posicionamento da pinça porta agulha Mayo Hegar no freio e em seguida a incisão com lâmina de bisturi 15c delimitando o freio, preservando a papila interdentária e mantendo sua arquitetura (figura 4). Assim, foi iniciada a gengivoplastia com a sondagem, para verificar a quantidade de tecido gengival a ser removido com a sonda Carolina do Norte (figura 4), e marcação do tecido para confirmar a simetria entre os pontos. Utilizou-se a lâmina de bisturi 15c para a incisão do colarinho gengival, removendo-se 2mm de

altura, entre as unidades 1.6 e 2.6 (figura 4). Após isso, foi feito o descolamento do tecido para verificar a distância biológica (figura 4) e concretizou-se a necessidade de osteotomia. A osteotomia e a osteoplastia foram realizadas com a broca diamantada número 1016 com haste longa (KG SORENSE®), sob alta rotação, até que foi restabelecida a distância biológica em todas as unidades e o adequado recontorno ósseo. Por fim foi realizada a sutura com fio 5-0 de nylon em região de ameias gengivais das unidades envolvidas. Durante todo o procedimento a irrigação com soro fisiológico foi abundante. A paciente recebeu orientações pós operatórias e foi prescrito para uso domiciliar analgésico (1 comprimido de Dipirona 1g, para uso de 8 em 8 horas por 24horas, caso apresentasse dor); anti-inflamatório (1 comprimido de Nimesulida 100mg, de 12 em 12 horas, por 3 dias) e bochechos com solução aquosa de clorexidina a 0,12%, durante 7 dias.

Após 9 dias de pós operatório foi realizada a revisão cirúrgica e remoção dos pontos.



**Figura 4:** (A) Sondagem para verificar a quantidade de tecido gengival a ser removido com sonda Carolina do Norte. (B) Frenectomia labial superior: suspensão do lábio superior, posicionamento da pinça porta agulha Mayo Hegar no freio e em seguida a incisão com lâmina de bisturi 15c delimitando o freio, preservando a papila interdentária e mantendo sua arquitetura. (C) Lâmina de bisturi 15c para a incisão do colarinho gengival, removendo-se 2mm de altura. (D) Descolamento do tecido e verificação da distância biológica. Distância da junção cimento-esmalte até a crista óssea = 2mm, evidenciando a necessidade de osteotomia.

### 2.3. FASE RESTAURADORA:

Com 19 dias de pós cirúrgico (figura 5) foi feita a colocação de elásticos ortodônticos de separação na região distal dos incisivos centrais (figura 6), com objetivo de obter espaço suficiente para acrescentar material restaurador na mesial das unidades 1.2 e 2.2, sem precisar utilizar resina na região do diastema, já que é um local com maior tendência de aparecimento de manchas a longo prazo.



**Figura 5:** (A) Pós operatório imediato. (B) Pós operatório com 19 dias.

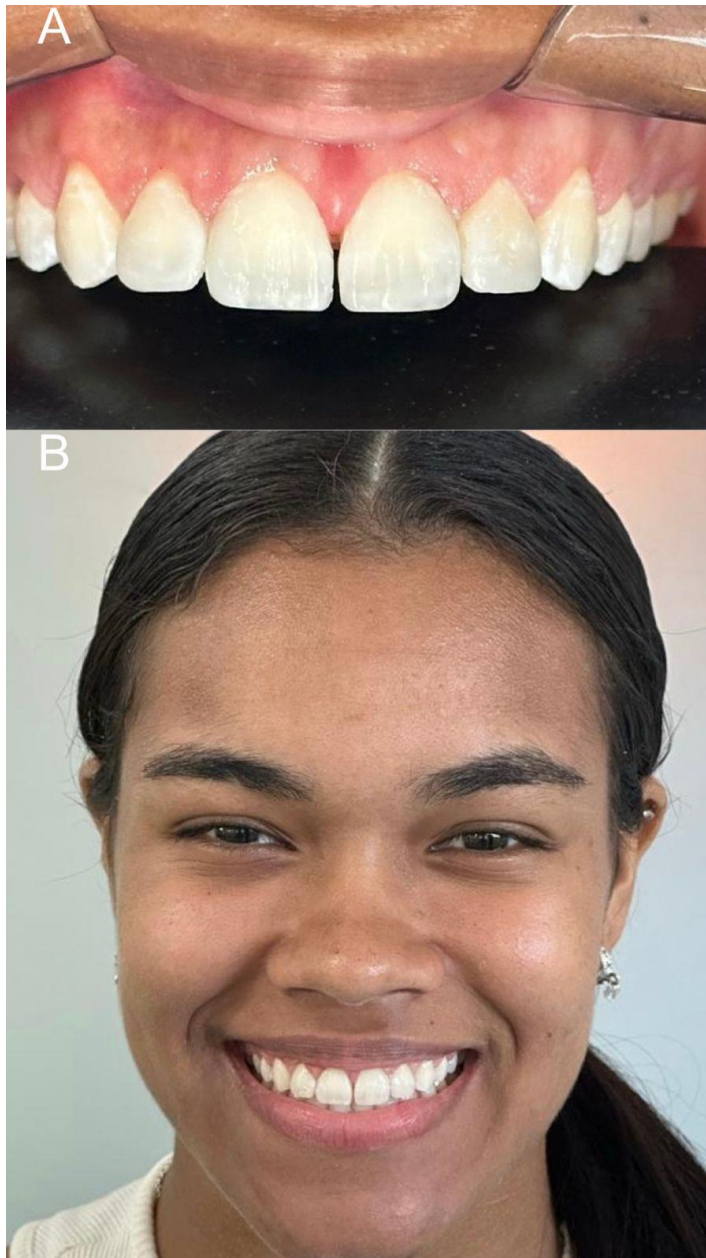
Após 2 dias da paciente utilizando o elástico ortodôntico, o procedimento foi iniciado com a profilaxia dos elementos com pedra pomes e água, utilizando escova de Robinson em baixa rotação e com a seleção de cor da resina composta com escala vita classical (VITA®). Em seguida, foi realizada a remoção do elástico, seguindo para o isolamento relativo com afastador de lábio língua e bochecha. A etapa restauradora foi iniciada com o condicionamento ácido com gel de base aquosa contendo ácido fosfórico a 37% (Condac 37%, FGM, Joinville, SC, Brasil), por 20 segundos, lavagem das superfícies com água e posterior secagem. O sistema adesivo (Ambar Universal APS, FGM, Joinville, SC, Brasil) foi aplicado e fotopolimerizado por 40 segundos, com o fotopolimerizador odontológico (Optilight LD MAX, Gnatus, Campinas, SP, Brasil). A inserção de resina foi realizada com resina composta submicrométrica Trans OPL (Vittra APS, FGM, Joinville, SC, Brasil) em região incisal (figura 6), seguindo pelo acréscimo da resina de dentina DA2 (Vittra APS, FGM, Joinville, SC, Brasil) e por fim, foi inserida resina de esmalte na cor EA1 (Vittra APS, FGM, Joinville, SC, Brasil). Para finalizar a sessão foi feito o acabamento, removendo excessos de material com pontas diamantadas (3195FF e 3118FF, KG Sorensen, Cotia, Brasil), além da colocação do elástico de separação novamente em região distal dos incisivos centrais, para o diastema central ser ainda mais fechado e obter espaço para acrescentar resina em região distal das unidade 1.1 e 2.1.

A sessão seguinte ocorreu após 2 dias e foi realizado o mesmo passo a passo no que diz respeito às etapas restauradoras, no entanto foi feito na região distal dos incisivos centrais.

Em seguida, realizou-se o acabamento das restaurações com pontas diamantadas (3195FF e 3118FF, KG Sorensen, Cotia, Brasil), e a anatomia secundária com discos Sof-lex (Pop On Kit – 3M, São José do Rio Preto, SP, Brasil) (figura 6). O polimento das unidades 1.2, 1.1, 2.1 e 2.2, foi feito com borracha de silicone (Kit Dhpro, Brasil) e com discos de feltro (Diamond, FGM, Joinville, SC, Brasil), juntamente à pasta diamantada para polimento (Diamond, FGM, Joinville, SC, Brasil). Dessa forma, obteve-se a lisura superficial adequada das restaurações e um resultado satisfatório. A paciente relatou total satisfação com a finalização do caso (figura 7).



**Figura 6:** (A) Colocação elástico de separação ortodôntico. (B) Confeção da camada palatina. (C) Fase de acabamento das restaurações.



**Figura 7:** (A) Resultado final imediato. (B) Vista frontal da paciente após resultado final.

### 3. DISCUSSÃO

A odontologia atual prega que para a execução de procedimentos o cirurgião dentista deve optar por um tratamento mais conservador possível, ou seja, com maior preservação de estrutura dental saudável, com intuito de obter um bom prognóstico em estética, mas também em aspectos funcionais e biológicos<sup>9</sup>.

A estética do sorriso é fundamental para o bem-estar humano, elevação da sua autoestima e inserção social. Um sorriso harmônico depende diretamente da forma e cor, contorno e alinhamento dos dentes presentes na linha do sorriso<sup>10,11</sup>.

Seguindo a ideia de técnicas minimamente invasivas o uso de clareadores caseiros associados ao clareamento dental em consultório tornou-se popular, já que se referem a procedimentos seguros para os tecidos moles e eficaz para clarear dentes vitais<sup>12</sup>. Para o presente caso clínico optou-se por essa técnica de clareamento associado, com peróxido de hidrogênio a 35% em consultório e 6,5% para o uso caseiro, já que apesar das duas técnicas separadamente apresentarem resultados satisfatórios, a associação parece promover maior estabilidade de cor a longo prazo<sup>13</sup>. Assim, foi obtido a homogeneização da cor e aumento da luminosidade dos dentes.

A integração de especialidades pode ser necessária para se alcançar o melhor resultado estético. O presente caso evidencia o papel desta integração uma vez que a cirurgia periodontal se mostrou fundamental não apenas para se alcançar um contorno gengival adequado, mas para permitir que a própria estética branca alcançasse resultados satisfatórios. No caso apresentado foi realizada a cirurgia de frenectomia labial, a qual representa uma técnica de remoção do freio labial hipertrófico, contribuindo para a estabilidade e prevenção da recidiva de diastemas, além do aumento de coroa clínica, retirando 2mm de altura de tecido gengival e osteotomia com osteoplastia para restabelecer a distância biológica adequada, sendo essa de pelo menos 3mm entre a junção cimento esmalte e a crista óssea alveolar<sup>8,14,15</sup>.

Com a integridade do periodonto respeitada, e o contorno gengival estabelecido permitindo proporções dentárias adequadas é possível a realização de restaurações, sejam elas diretas ou indiretas. As restaurações diretas, em relação as indiretas, tem como grande vantagem a possibilidade de restaurar com pouco ou nenhum desgaste dental, necessitando de maior desgaste apenas em situações de dentes vestibularizados ou com alterações de cor severas, além de possibilitar reparos com maior facilidade, sem precisar realizar a troca de toda a peça, como ocorre com as cerâmicas<sup>6</sup>.

O recobrimento da face vestibular dos dentes anteriores permite a obtenção de formas e cores harmônicas para cada paciente e a atual disponibilidade no mercado



de resinas compostas, variando pigmentação, translucidez, opacidades e cores possibilita obter uma estética de muita semelhança com dentes naturais<sup>10</sup>. No presente caso clínico optou-se por utilizar o sistema restaurador adesivo de uso direto com intuito de entregar um sorriso estético à paciente sem desgaste de tecido sadio.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A combinação de procedimentos cirúrgicos, tais como frenectomia labial e aumento de coroa clínica e procedimentos estéticos, como clareamento dental e reanatomização com resina composta direta levam a ganhos estéticos e funcionais garantindo o aumento da auto estima da paciente e melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- 1 Torre EN, Martos J. Restaurações diretas em dentes anteriores. In: Silva AF, Lund RG. *Dentística restauradora: Do planejamento á execução*. 1. Ed. Rio de Janeiro: Santos; 2019. (p.113-27)
- 2 Deliperi S. Clinical Evaluation of non-vital tooth whitening and composite resin restorations: Five-year results. *Eur J Esthet Dent*. 2008; 3(2): 148-59.
- 3 Nagaveni NB, Umashankara KV, Radhika NB, Satisha TS. Management of tooth discoloration in non-vital endodontically treated tooth-A report of 6 year follow-up. *J Clin Exp Dent*. 2011; 3(2):180-183.
- 4 Conceição EN. Faceta Direta de Resina Composta. In: Conceição EN. *Dentística Saúde e Estética*. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. (p.358-83).
- 5 Campos KMG, Rodrigues RA, Figueredo CHMC, Guenes GMT, Alves MASG, Rosendo RA e et al. Facetas diretas anteriores: Uma revisão de literatura. *RSD*. 2021; [citada em: 11/05/2022]; 10(6). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/15729/14327>.
- 6 Carrijo DJ, Ferreira JLF, Santiago FL. Restaurações estéticas anteriores diretas e indiretas: Revisão de literatura. *Uningá Journal*. 2019;56(S5): 1-11.
- 7 Trevisani RS, Meusel DRDZV. Aumento de coroa clínica em dentes anteriores – relato de caso clínico. *J Oral Invest*. 2014;3(2): 19-24.
- 8 Calisir M, Ege B. Evaluation of patient perceptions after frenectomy operations: A comparison of neodymium-doped yttrium aluminum garnet laser and conventional techniques in the same patients. *Niger J Clin Pract*. 2018;21: 1059-64.
- 9 Mioso FV, Lima FG. Restaurações diretas em dentes anteriores. In: Silva AF, Lund RG. *Dentística restauradora: Do planejamento á execução*. 1. Ed. Rio de Janeiro: Santos; 2019. (p.153-68).
- 10 Huhtala MFRL, Pagani C, Torres CRG. Facetas estéticas diretas. In: Torres CRG. *Odontologia restauradora estética e funcional: Princípios para a prática clínica*. 1. Ed. São Paulo: Santos; 2013. (p.667-83).
- 11 Zimmerl B, Jeger F, Lussi A. Bleaching of nonvital teeth: A clinically relevant literature review. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*. 2010;120(4): 306-13
- 12 Giannini M, Silva AP, Cavalli V, Paes Lema AF. Effect carbamide peroxide-based bleaching agents containing fluoride or calcium on tensile strength of human enamel. *J Appl Oral Sci*. 2006;14(2): 82-7
- 13 Siqueira MR, Rezende E, Calixto AL, Kossart S. Associando o clareamento de consultório e caseiro para aumentar a longevidade-relato de caso. *Full Dentistry in Science*. 2011; 2(7): 305-12.
- 14 Araújo AL, Souza TM, Sá JL. Cirurgia periodontal para aumento de coroa clínica. *Research, Society and Development*. 2021; 10(16): e397101624227.

- 15 Rissato M, Trentin MS. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com finalidade restauradora – revisão de literatura. RFO, Passo Fundo. 2012; 17(2): 234-39.

## **ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**

## **ANEXO B – DIRETRIZES PARA OS AUTORES**

### **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. Ensaaios 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 partesuperior 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 C – ARTIGOS REFERENCIADOS**

Os artigos referenciados desde trabalho encontram-se anexados no e-mail encaminhado.