



**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**TIAGO JORGE GARCIA**

**PROTETOR BUCAL PERSONALIZADO COMO FORMA DE PREVENÇÃO A  
TRAUMAS ORAIS EM ATLETAS: relato de caso**  
PERSONALIZED MOUTHGUARD AS A WAY TO PREVENT ORAL TRAUMA  
IN ATHLETES: case report

SALVADOR  
2024

**TIAGO JORGE GARCIA**

**PROTETOR BUCAL PERSONALIZADO COMO FORMA DE PREVENÇÃO A  
TRAUMAS ORAIS EM ATLETAS: relato de caso**  
PERSONALIZED MOUTHGUARD AS A WAY TO PREVENT ORAL TRAUMA  
IN ATHLETES: case report

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dra. Cristal  
Fernandez de Carvalho

SALVADOR  
2024

Dedico este trabalho a todas as pessoas  
que me apoiaram incansavelmente ao  
longo desta jornada acadêmica.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por dar-me força nesta conquista.

Aos meus pais Telmario Malvar e Silvia Garcia, pelo apoio e incentivo para vencer mais esta etapa.

A Minha irmã Juliana Garcia, pelas dicas e ajuda.

A orientadora, Prof. Dra. Cristal Fernandez de Carvalho, pelos ensinamentos passados, pela amizade, pela compreensão e pela brilhante orientação.

A minha dupla acadêmica e namorada Ellen Cathalá, pelo convívio de vários anos, pelas palavras carinhosas de incentivo e ajuda na correção deste trabalho.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e a todos colegas professores.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu êxito profissional.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2 RELATO DE CASO</b>	<b>10</b>
<b>3 DISCUSSÃO</b>	<b>14</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>18</b>
<b>ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	<b>20</b>
<b>ANEXO B – DIRETRIZES PARA AUTORES</b>	<b>21</b>
<b>ANEXO C – ARTIGOS REFERENCIADOS</b>	<b>33</b>

## RESUMO

A busca por melhores condições de saúde e estética tem levado cada vez mais pessoas a incorporarem a prática de esportes e exercícios físicos em suas rotinas diárias. Com esse aumento de atividades, observa-se também um crescimento nos casos de traumas na região orofacial associados a essas práticas. Nesse contexto, o protetor bucal se torna um equipamento de proteção individual indispensável para a prevenção de tais lesões. O objetivo deste trabalho é mostrar, através de um relato de caso, a confecção de um protetor bucal personalizado para um atleta de boxe, na busca pela prevenção à traumas bucais. Paciente, 21 anos, do gênero masculino, atleta amador de boxe, procurou um consultório odontológico particular em Salvador, Bahia, manifestando o desejo de encontrar uma forma de proteção eficaz contra traumas durante a prática de esportes e que, ao mesmo tempo, não afetasse seu desempenho. Durante a anamnese, o paciente relatou que já fazia uso um protetor bucal pré-fabricado, que não se ajustava bem à sua boca e o deixava com dificuldades para respirar e se comunicar adequadamente durante os treinos e competições. Diante do caso apresentado, foi indicado a confecção de um protetor bucal personalizado (tipo III) como forma de tratamento. Deste modo, o relato desse caso busca ampliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas acerca do protetor bucal personalizado, mostrando seus benefícios e processo de confecção, além de ressaltar o papel fundamental desses profissionais na orientação e incentivo ao uso dos protetores bucais pelos pacientes atletas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Protetores bucais. Esportes. Trauma.

## **ABSTRACT**

The search for better health and aesthetic conditions has led more people to incorporate sports and physical exercise into their daily routines. With this increase in activities, there is also an increase in cases of trauma to the orofacial region associated with these practices. In this context, the mouthguard becomes essential personal protective equipment for preventing such injuries. The objective of this work is to show, through a case report, the manufacture of a personalized mouthguard for a boxing athlete, in the search for prevention of oral trauma. Patient, 21 years old, male, amateur boxing athlete, sought a private dental office in Salvador, Bahia, expressing the desire to find an effective way of protecting against trauma during sports which, at the same time, did not affect their performance. During the anamnesis, the patient reported that he was already using a prefabricated mouth guard, which did not fit well in his mouth, and left him with difficulty breathing and communicating properly during training and fights. Given the case presented, a confection of a personalized mouthguard (type III) was indicated as a form of treatment. Therefore, this case report seeks to expand the knowledge of dental surgeons about personalized mouthguards, showing their benefits and manufacturing process, and highlighting the fundamental role of these professionals in guiding and encouraging the use of mouthguards by athlete patients.

**KEY-WORDS:** Mouthguards. Sports. Trauma.

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a busca por melhores condições de saúde e estética faz com que a população insira cada vez mais a prática de esportes e exercícios físicos na sua rotina. Concomitantemente, tem sido registrado com o passar dos anos um aumento do número de traumas em região orofacial durante a prática dessas atividades, em especial nas artes marciais<sup>1,2</sup>.

As principais injúrias que acometem a cavidade oral dos atletas durante a prática de esportes são: sangramento gengival, corte em tecidos moles adjacentes (lábios, gengiva, bochechas e língua), fraturas dento alveolar e avulsões dentárias<sup>3</sup>. O protetor bucal é um dispositivo que foi desenvolvido para reduzir possíveis danos e injúrias decorrentes da prática esportiva. A sua utilização deve fornecer proteção aos elementos dentários, à mandíbula, aos tecidos moles adjacentes e, também, proteger o cérebro contra possíveis concussões decorrentes de fortes impactos na região orofacial<sup>4,5</sup>.

Existem, até o presente momento, três tipos de protetor bucal no mercado; os universais ou de estoque (tipo I), que são os mais baratos, pré-fabricados e tem tamanhos pré-estabelecidos (P, M, G), porém, não se ajustam bem à boca do atleta; os termoplásticos (tipo II), que são moldáveis em água quente e por isso são popularmente conhecidos como “ferve e morde”; por fim, os personalizados (tipo III) que são feitos sob medida, por um cirurgião-dentista, através da confecção de um molde da boca do paciente e se ajustam perfeitamente ao usuário<sup>6,7</sup>.

Os protetores bucais são a principal forma de prevenção e proteção contra traumas orais no esporte, dentre eles destaca-se os protetores individualizados como os mais efetivos contra injúrias na cavidade bucal<sup>8</sup>. A partir de um estudo, foi observado que o risco de lesões bucais pode ser de 1,6 a 1,9 vezes maior em atletas que não usaram o protetor em sua rotina esportiva<sup>9</sup>. Em contrapartida, apesar da sua eficácia comprovada, a adesão dos atletas ao uso de protetor bucal ainda é baixa. Esse fato, segundo relato dos próprios esportistas explica-se por fatores como seu elevado custo, dificuldade de comunicação durante as atividades, má adaptação a arcada dentária, dificuldade de respiração e, também pela falta de instrução<sup>7,10</sup>.

Dado o exposto, justifica-se a realização desse trabalho pois o cirurgião-dentista, especialista na área do esporte, precisa saber acerca das vantagens

do protetor bucal personalizado em relação aos outros modelos disponíveis no mercado, bem como a importância da sua utilização durante a prática esportiva como forma de prevenção à traumas bucais. Com isso, o cirurgião-dentista poderá instruir seus pacientes sobre a escolha ideal do tipo de protetor bucal, considerando os requisitos específicos de cada esporte, a fim de maximizar a proteção e minimizar os riscos de lesões bucais.

O objetivo deste trabalho é mostrar, através de um relato de caso, a confecção de um protetor bucal personalizado (tipo III) para um atleta de boxe, na busca pela prevenção à traumas bucais.

## 2 RELATO DE CASO

Esse relato de caso está em processo de aprovação junto ao comitê de ética em pesquisa, sob o protocolo CAAE 84544224.0.0000.5544. Paciente, 21 anos, do gênero masculino, procurou um consultório odontológico particular em Salvador, Bahia, com o desejo de encontrar uma forma de proteção eficaz contra traumas durante a prática de esportes e que, ao mesmo tempo, não afetasse seu desempenho. Durante a anamnese, o paciente relatou ser atleta de boxe e fazer uso de protetor bucal termoplástico (tipo II). No entanto, ele contou que esse protetor não se ajustava perfeitamente à sua boca, o que o incomodava e o deixava com dificuldades para respirar e se comunicar adequadamente durante os treinos e competições. Ao exame extraoral, o paciente apresentou bom estado geral, sem presença de alterações sistêmicas. Já no exame intraoral, foram observadas facetas em resina composta nos dentes 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, e 2.3 em bom estado, mas que haviam sido fraturadas anteriormente após um golpe sofrido durante o treinamento, no qual estava utilizando o protetor termoplástico, o que o motivou a buscar um protetor mais eficiente.

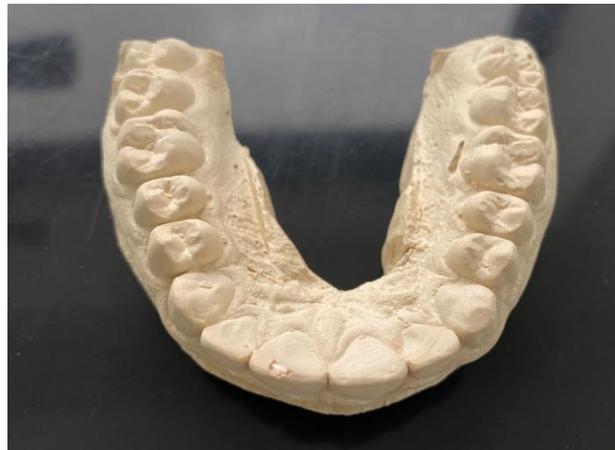
Tendo em vista a queixa principal do paciente e sua condição enquanto praticante de boxe, o tratamento escolhido foi a confecção de um protetor bucal personalizado (tipo III) para a arcada superior. Essa conduta foi adotada devido à obrigatoriedade do uso do protetor bucal nessa categoria de esporte e para proteger o atleta com mais efetividade contra possíveis traumas orofaciais, assim como melhorar as suas funções básicas tais como: fala, hidratação e respiração durante a prática esportiva.

Para dar início a confecção do protetor bucal personalizado, foram realizadas duas moldagens da arcada superior e uma da arcada inferior, utilizando moldeiras metálicas número 7 e alginato Hydrogum 5 (Zhermack Spa®, Badia Polenise, Itália), para copiar fielmente as estruturas anatômicas. Em seguida, os moldes foram desinfetados com hipoclorito de sódio a 10% por 10 minutos e feito o vazamento com Gesso Especial Elite Rock Sandy Brown tipo IV (Zhermack Spa®, Badia Polenise, Itália).

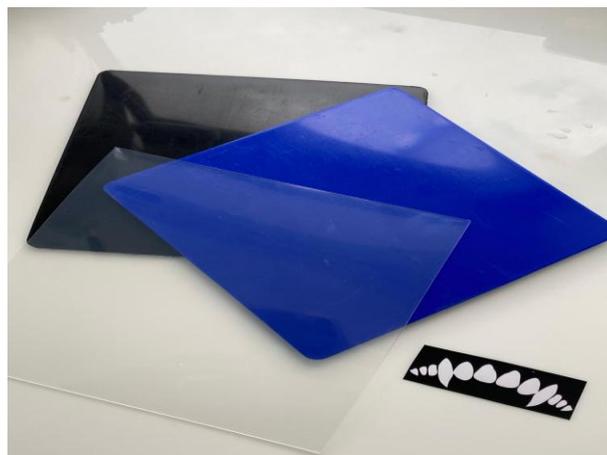
Após o vazamento dos três modelos, foi feita a montagem em articulador 4000-S (Bioart®, São Carlos, São Paulo, Brasil) em máxima intercuspidação habitual, utilizando a mesa de camper e um modelo de cada arco dentário.

Com o outro modelo da arcada superior, foram delimitadas duas áreas: uma na região vestibular até o fundo de vestibulo e outra na região palatina, considerando 10mm além da margem gengival, para determinar a extensão do protetor bucal. Em sequência, o modelo foi recortado utilizando recortadores de gesso e palato, conforme as delimitações feitas anteriormente (Figura 1).

Dando continuidade ao processo de confecção, foram utilizadas três placas em Etil, Vinil e Acetato (EVA) (Bioart®, São Carlos, São Paulo, Brasil) de diferentes cores escolhidas previamente pelo paciente. As placas de cor azul e preta tem a espessura de 3mm, e a transparente de 1mm (Figura 2). Posteriormente, foi aplicado o isolante Cel-lac (SS White®, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil) em todo o modelo para que a placa não ficasse aderida ao gesso após a termoplastificação.



**Figura 1:** Modelo de gesso do arco superior recortado.

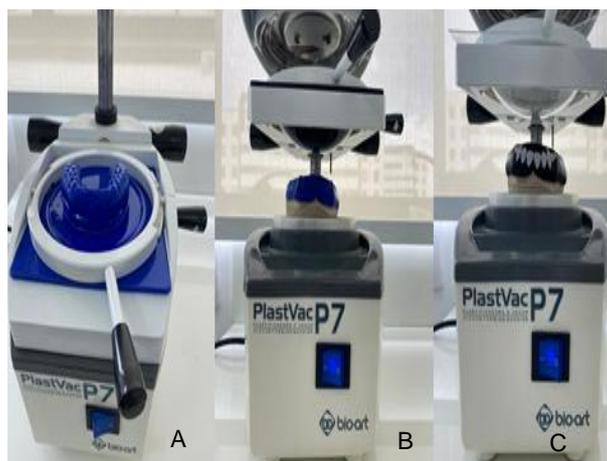


**Figura 2:** Placas em EVA e adesivo personalizado.

Na sequência, o modelo foi transferido para plastificadora à vácuo PlastVac P7 (Bioart®, São Carlos, São Paulo, Brasil) onde ocorreu aquecimento

das placas e a adaptação de cada uma delas por vez ao modelo de gesso através do deslocamento da base móvel do equipamento (Figura 3). Entre a placa azul e a preta, foi realizado o desgaste com a fresa Maxicut (American Burns®, Palhoça, Santa Catarina, Brasil) na região oclusal dos dentes posteriores para redução da espessura do protetor nessa região.

Após a adaptação das placas de EVA ao modelo, foram cortados os excessos, feitos alívios nas regiões de freio e bridas labiais com fresa Maxicut (American Burns®, Palhoça, Santa Catarina, Brasil), e em seguida, o acabamento e polimento com escova Scotch Brite média e fina (Dhpro®, Paranaguá, Paraná, Brasil) para deixar a superfície do protetor bucal lisa e todos os seus ângulos arredondados. Após essas etapas, a superfície oclusal do protetor bucal foi aquecida com o auxílio de uma lamparina a álcool, e o modelo de gesso do arco antagonista, montado anteriormente em articulador, foi utilizado para copiar com exatidão os contatos oclusais no protetor (Figura 4 A e B).



**Figura 3:** Sequência de termoplastificação das placas em EVA.



**Figura 4:** (A) Contatos oclusais copiados. (B) Encaixe do protetor bucal com modelo antagonista.



**Figura 5:** Protetor bucal com espessura aproximada de 5mm.

Na segunda consulta, o paciente recebeu o protetor bucal personalizado, que passou por ajustes finais na boca para garantir sua adequação. Isso envolveu a verificação do arredondamento dos ângulos a fim de evitar possíveis traumas à mucosa e a confirmação da ausência de báscula. Também foi verificado a interferência do protetor bucal com o espaço livre funcional, evitando assim problemas relacionados  fala, deglutio e dores musculares no atleta, bem como aos contatos oclusais que devem estar distribuídos, evitando sobrecarregar uma região específica do arco. Após a conclusão dos ajustes, o paciente recebeu instrues sobre como cuidar e armazenar adequadamente o protetor bucal, incluindo evitar temperaturas altas e umidade, lavar o protetor sempre após o uso e secar adequadamente antes de guardar. Além disso, foi aconselhado a relatar qualquer incomodo ao dentista e realizar consulta de retorno após 15 dias de uso e, posteriormente conforme a individualidade do paciente.



**Figura 6:** (A) Paciente com protetor bucal em posio. (B) Protetor bucal entregue com caixa para armazenamento.

### 3 DISCUSSÃO

No mundo do esporte, o traumatismo orofacial não é apenas um acidente, mas sim uma realidade em que a maioria dos atletas se deparam ao longo de suas carreiras, sobretudo os que praticam esportes de contato<sup>1,2,11</sup>, que é o caso do paciente no relato supracitado. Essas lesões, podem resultar em danos significativos e impactar diretamente na qualidade de vida de um atleta<sup>2</sup>, tornando essencial a utilização de equipamentos de proteção individual, tais como o protetor bucal, para se prevenir de traumas inerentes à prática desses esportes<sup>2,3,12</sup>.

Desse modo, as principais lesões que afetam a cavidade oral durante as práticas esportivas são as fraturas dentoalveolares, as avulsões dentárias e os cortes na região de lábios, gengiva, língua e bochechas, geralmente concentrados na parte anterior da maxila<sup>3,13</sup>. Tais informações se relacionam com o caso clínico, no qual o paciente foi vítima de fratura nos dentes ântero-superiores durante um treinamento de boxe antes de procurar o atendimento odontológico.

Diversos estudos na literatura mostram que o protetor bucal é a principal forma de prevenção contra traumas orais no esporte<sup>4,5,8</sup>. Esse dispositivo, amortece o impacto dos golpes sofridos, distribuindo as forças de maneira uniforme ao longo da boca e, assim, reduzindo o risco de danos severos aos dentes, estruturas ósseas e tecidos moles adjacentes<sup>8</sup>. Knapik et al.<sup>9</sup>, em 2007, mostrou em seu estudo que o risco de lesões bucais pode ser de 1,6 a 1,9 vezes maior em atletas que não usaram o protetor em sua rotina esportiva, evidenciando, assim, a eficácia do uso desse equipamento.

Atualmente, existem três diferentes modelos de protetores bucais disponíveis no mercado<sup>6,7,8,14</sup>, porém as pesquisas feitas por Esmailpoor et al.<sup>10</sup>, em 2021, e por Almeida et al.<sup>2</sup>, em 2013, indicam que os mais populares entre os atletas são os do tipo I e II. Isso acontece devido aos seus baixos custos, falta de informação e facilidade de obtenção desses equipamentos através de lojas de artigos esportivos, sem a necessidade de uma avaliação odontológica. No entanto, o problema é que esses protetores apresentam baixa eficácia contra traumas, não se ajustam à arcada dentária do atleta e são volumosos, o que traz para os usuários dificuldades de comunicação,

hidratação e respiração durante o seu período de uso<sup>7,10,15</sup>. Sendo assim, como no caso descrito, em que o paciente fazia uso de um protetor termoplástico e se queixou de dificuldades para respirar e falar durante os treinos e lutas.

Conforme descrito na literatura, o protetor bucal do tipo III apresenta diversas vantagens em comparação aos pré-fabricados e termoplásticos. Ele oferece uma maior eficácia na proteção contra traumas, é mais resistente a impactos, proporciona conforto e se ajusta perfeitamente à arcada dentária, sem comprometer o espaço funcional livre. Isso permite ao atleta manter a capacidade de comunicação e respiração durante o uso do equipamento sem qualquer complicação<sup>4,14,15</sup>. Portanto, diante das evidências trazidas pela literatura e das queixas relatadas pelo paciente, o plano de tratamento proposto foi a confecção de um protetor personalizado.

Para a confecção do protetor bucal personalizado, foram utilizadas placas de etil, vinil e acetato (EVA), a literatura destaca que esse material é flexível, resistente e de alta durabilidade, sendo o mais indicado devido a sua capacidade de absorver e dissipar a força de grandes impactos. As placas de EVA possuem diferentes espessuras e podem ser superpostas para confecção do protetor bucal personalizado, como no caso apresentado<sup>16</sup>.

Apesar de ser considerado um custo financeiro alto por algumas pessoas<sup>10,14</sup>, a aquisição de um protetor bucal personalizado representa, na verdade, um investimento na carreira esportiva e na qualidade de vida de um atleta, visto que proporciona maior conforto e segurança<sup>4,8,15</sup>. Além disso, evitar lesões orofaciais graves não só preserva a integridade física dos desportistas contra danos irreversíveis, mas também evitam futuros gastos associados a tratamentos odontológicos reabilitadores necessários após traumas orais<sup>2</sup>, sendo uma decisão financeiramente sábia a longo prazo.

Embora a especialidade da Odontologia do esporte seja “nova” e conte atualmente com apenas 44 profissionais especializados no Brasil<sup>17</sup>, a conscientização sobre a utilização do protetor bucal é fundamental para prevenir lesões traumáticas nos atletas<sup>2,8</sup>. Desse modo, todos os cirurgiões-dentistas, mesmo que não sejam especialistas em Odontologia do esporte, devem compreender a importância e saber indicar corretamente o uso desse dispositivo.

Os profissionais de odontologia, devem ter a responsabilidade de orientar seus pacientes atletas sobre os benefícios do protetor bucal personalizado e incentivar o seu uso regular<sup>2</sup>. Essa abordagem não apenas protege a saúde bucal dos esportistas, mas também promove uma cultura de segurança e prevenção dentro das práticas esportivas.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O uso do protetor bucal é essencial durante a prática esportiva para prevenir traumas orofaciais, sendo o personalizado (tipo III) o mais recomendado devido à sua alta eficácia na proteção contra lesões orais. Este, oferece maior conforto e segurança em comparação aos demais tipos disponíveis no mercado, promovendo melhor condição de saúde e qualidade de vida aos atletas.

## REFERÊNCIAS

1. Hadizadeh M, Azri IDM, Mohafez H, Hafiz EB, Sougajima Y, Arzi MDM. Association between levels of sports participation and oral injuries among combat athletes. *Rev Bras Med Esporte* 2021; 27(1):75-9. doi:10.1590/1517-8692202127012020\_0035.
2. Almeida Júnior P, Souza VAN, Galvão PMX, Carvalho RWF. Conhecimento e utilização de protetor bucal entre praticantes de artes marciais. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* 2013;13(3)55-62. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-52102013000300008](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102013000300008). Data de acesso: 27/05/2023.
3. Semencio KAP, Ribeiro ER, Scudeler LC, Frozoni M, Prado M, De-Jesus-Soares A. Prevalência de injúrias dentárias e orofaciais e o conhecimento dos atletas sobre as condutas emergenciais. *Rev. Bras. Odontol.* 2017;74(2):88-95. doi:10.18363/rbo.v74n2.p.88.
4. Souza BC. Influência do uso de protetores bucais sobre o consumo de oxigênio: artigo de revisão. *Rev. Bras. Odontol.* 2017;74(2):150-4. doi:10.18363/rbo.v74n2.p.150
5. Gould TE, Piland SG, Caswell SV, Ranalli D, Mills S, Ferrara MS, Courson R. National athletic trainers' association position statement: preventing and managing sport-related dental and oral injuries. *J Athl Train.* 2016;51(10):821-39. doi:10.4085/1062-6050-51.8.01.
6. Sliwkanich L, Ouanounou A. Mouthguards in dentistry: current recommendations for dentists. *Dent Traumatol.* 2021;37(5):661-71. doi:10.1111/edt.12686.
7. Parker K, Marlow B, Patel N, Gill DS. A review of mouthguards: effectiveness, types, characteristics and indications for use. *Br Dent J.* 2017; 222(8):629–33. doi:10.1038/sj.bdj.2017.365.
8. Sports mouthguards. *Int Dent J.* 2023;73(1):3-4. doi:10.1016/j.identj.2022.11.016.
9. Knapik JJ, Marshall SW, Lee RB, Darakjy SS, Jones SB, Mitchener TA, et al. Mouthguards in sport activities: history, physical properties and injury prevention effectiveness. *Sports Med.* 2007;37(2):117–44. doi:10.2165/00007256-200737020-00003.
10. Esmaeilpoor A, Mohebbi SZ, Moghadam N, Ahmadian M, Razeghi S, Khami MR. Self-reported experience of orofacial injury, preventive practice, and knowledge of Iranian adolescent martial art athletes towards sports-related orofacial injuries. *BMC Sports Sci Med Rehabil.* 2021; 13(1):134. doi:10.1186/s13102-021-00363-4.

11. Allison P, Tamimi F. Mouthguards should be worn in contact sports. *Br J Sports Med.* 2020; 54(17):1016-7. doi:10.1136/bjsports-2020-102041.
12. Roberts HW. Sports mouthguard overview: Materials, fabrication techniques, existing standards, and future research needs. *Dent Traumatol.* 2023; 39(2):101-8. doi:10.1111/edt.12809.
13. Sarao SK, Rattai J, Levin L. Dental trauma among hockey players: preventive measures, compliance and injury types. *J Can Dent Assoc.* 2021; 87(18). Disponível em: <https://jcda.ca/sites/default/files/l8.pdf>. Data de acesso: 02/05/2023.
14. Newsome PRH, Tran DC, Cooke, MS. The role of the mouthguard in the prevention of sports-related dental injuries: A review. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2001;11(6):396-404. doi:10.1046/j.0960-7439.200.00304.x.
15. Lässig J, Schulze A, Kwast S, Falz R, Vondran M, Schröter T, Borger M, Busse M. Effects of Custom-made Mouthguards on Cardiopulmonary Exercise Capacity. *Int J Sports Med.* 2021;42(5):448-55. doi:10.1055/a-1236-3814.
16. Santiago E, Simões R, Soaeres D, Pereira JA, Caldas T. Protector Bucal "Custom-Made". Indicações, Confecção e Características Essenciais. *ArquiMed.* 2008; 22(1):25-33.
17. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Busca por profissionais. [Internet]. Salvador. 2024. Acesso em 11/07/2024. Disponível em <https://website.cfo.org.br/busca-profissionais/>

# ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA BAHIANA DE  
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA -  
FBDC



## COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Protetor bucal personalizado como forma de prevenção a traumas orais em atletas: relato de caso

**Pesquisador:** Cristal Fernandez de Carvalho

**Versão:** 1

**CAAE:** 84544224.0.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

### DADOS DO COMPROVANTE

**Número do Comprovante:** 133612/2024

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Protetor bucal personalizado como forma de prevenção a traumas orais em atletas: relato de caso que tem como pesquisador responsável Cristal Fernandez de Carvalho, foi recebido para análise ética no CEP Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - FBDC em 07/11/2024 às 13:35.

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

**Bairro:** BROTAS

**CEP:** 40.285-001

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)2101-1921

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br

## **ANEXO B – DIRETRIZES PARA 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. Os trabalhos de revisão somente serão aceitos mediante análise criteriosa da relevância do tema ou a convite dos editores. 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 Para os trabalhos redigidos em inglês (o uso inglês americano ou britânico é aceito, mas não uma mistura dos dois), o conteúdo dos textos deve ser acompanhado de documento que comprove sua revisão por profissionais com proficiência na língua inglesa.

1.3 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.

1.4 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).

1.5 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.

1.6 O conteúdo dos textos das citações e das referências são de inteira responsabilidade dos autores.

1.7 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.

1.8 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 - CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

2.1 Os trabalhos serão avaliados primeiramente quanto ao cumprimento das normas de publicação, sendo que no caso de inadequação serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e conveniência da sua publicação. Os editores avaliarão os manuscritos pelo site Plagiarism detect ou Plagium logo após a submissão. Isto não tem relação com a simples repetição de nomes / filiações, mas envolve frases ou textos utilizados.

2.2 Após aprovado quanto às normas, os trabalhos serão submetidos à apreciação quanto ao mérito científico e precisam de, pelo menos, dois relatores, que deverão emitir pareceres contemplando as categorias: inadequado para publicação; adequado, mas requerendo modificações; ou adequado para publicação sem retificações.

2.3 O Conselho Editorial dispõe de plena autoridade para decidir sobre a pertinência da aceitação dos trabalhos, podendo, inclusive, devolvê-los aos autores com sugestões para que sejam feitas as alterações necessárias no texto e/ou ilustrações. Neste caso, é solicitado ao autor o envio da versão

revisada contendo as devidas alterações e as que porventura não tenham sido adotadas deverão estar justificadas através de carta encaminhada pelo autor. Esta nova versão deverá ser enviada no prazo máximo de 07 dias e o trabalho será reavaliado pelo Corpo Editorial da Revista.

2.4 É garantido, em todo processo de análise dos trabalhos, a não identificação dos autores ou do avaliador. O nome dos autores é, propositalmente, omitido para que a análise do trabalho não sofra qualquer influência e, da mesma forma, os autores, embora informados sobre o método em vigor, não fiquem cientes sobre quem são os responsáveis pelo exame de sua obra. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos revisores, o Conselho Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor.

2.5 Os conceitos emitidos nos trabalhos publicados serão de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Conselho Editorial ou dos Editores.

### 3 - DA CORREÇÃO DAS PROVAS TIPOGRÁFICAS

3.1 As provas tipográficas contendo a versão revisada dos trabalhos serão enviadas ao autor correspondente por meio da plataforma ou correio eletrônico.

3.2 O autor dispõe de um prazo de 03 dias para correção e devolução do original devidamente revisado.

3.3 A omissão do retorno da prova significará a aprovação automática da versão sem alterações. Apenas pequenas modificações, correções de ortografia e verificação das ilustrações serão aceitas. Modificações extensas implicarão na reapreciação pelos assessores e retorno ao processo de arbitragem.

### 4 - DA APRESENTAÇÃO

4.1 Estrutura de apresentação da página de rosto

- 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. Além disso, deve constar o e-mail de todos os coautores. Os autores devem garantir que o manuscrito não foi previamente publicado ou não está sendo considerado para publicação em outro periódico.

- Endereço completo do autor principal, com telefone, fax e e-mail, a quem deverá ser encaminhada eventual correspondência.

- O autor deverá colocar a área de conhecimento referente ao tema do manuscrito, de acordo com as seguintes áreas:

- Áreas Temáticas: Anatomia; Biologia Craniofacial; Biologia Pulpar; Bioquímica; Cariologia; Ciências do Comportamento; Cirurgia Bucomaxilofacial; Controle de Infecção; Dentística; Disfunção Temporomandibular; Estomatologia; Farmacologia; Fisiologia; Imaginologia; Implantodontia - Clínica Cirúrgica; Implantodontia – Clínica Protética; Implantodontia Básica e Biomateriais; Imunologia; Materiais Dentários; Microbiologia; Oclusão; Odontogeriatrics; Odontologia Hospitalar; Odontologia Legal; Odontologia Social; Odontopediatria; Ortodontia; Ortopedia; Patologia Oral; Periodontia; Prótese; Saúde Coletiva; Terapia Endodôntica.

Para garantir o cegamento da avaliação por pares, a folha de rosto deve ser anexada como documento suplementar, **SEPARADAMENTE** do arquivo que contém o corpo do trabalho.

#### 4.2 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) ou em espanhol (Resumen). 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 (<http://www.bipm.org> ou <http://www.inmetro.gov.br/consumidor/unidLegaisMed.asp>).

#### - 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.

Conclusão(ões): deve(m) ser pertinente(s) aos objetivos propostos e justificados nos próprios resultados obtidos. A hipótese do trabalho deve ser respondida. Devem ser apresentadas concisamente e estar estritamente fundamentadas nos resultados obtidos. O detalhamento dos resultados, incluindo valores numéricos etc., não deve ser repetido.

Agradecimentos (quando houver): agradecer às pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo. Especificar auxílios financeiros citando o nome da organização de apoio de fomento e o número do processo.

Autoria: Todos os autores devem ter feito contribuições substanciais para: (1) a concepção e desenho do estudo, ou aquisição de dados, ou análise e interpretação dos dados, (2) redação do artigo ou revisão crítica para conteúdo intelectual importante, (3) aprovação final da versão a ser submetida.

RELATO DE CASO: Deve ser dividido em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s), Discussão e Considerações finais.

REVISÃO DE LITERATURA: Deve ser dividida em Introdução, Revisão de literatura, Discussão (serão aceitas também revisões discutidas) e Considerações finais. Deve ter um conteúdo descritivo-discursivo, com foco numa apresentação e discussão abrangente de questões científicas importantes e inovadoras.

PONTO DE VISTA / CARTA AO EDITOR: devem incluir evidências que sustentem a opinião do(s) autor(es) sobre o conteúdo científico ou editorial da RFOUFBA.

Figuras ou tabelas não são permitidas.

A identificação de autoria NÃO pode constar no corpo do trabalho, devendo ser removida também da opção Propriedades no Word.

## 5 - DA NORMALIZAÇÃO TÉCNICA

O texto deve ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão .doc ou .docx.) e apresentar-se em fonte Times New Roman tamanho 12. Os parágrafos devem ter recuo da primeira linha de 1,25cm e

espaçamento entre as linhas de 1,5. A página deve ser configurada em papel A4, margens de 3cm em cada um dos lados e perfazendo um total de no máximo 15 páginas, excluindo referências e ilustrações.

Evitar ao máximo as abreviações e siglas. Em determinados casos, sugere-se que na primeira aparição no texto, deve-se colocar a expressão por extenso e a abreviatura e/ou sigla entre parênteses. Exemplo: Febre Hemorrágica do Dengue (FHD).

As notas de rodapé devem ser indicadas por asteriscos e restritas ao mínimo indispensável. Marcas comerciais de produtos e materiais não devem ser apresentadas como nota de rodapé e sim colocadas entre parênteses, seguidas da cidade, estado e país da empresa (Ex: Goretex, Flagstaff, Arizona, EUA).

### 5.1 Ilustrações

O material ilustrativo compreende tabelas, quadros e figuras. As figuras representam uma demonstração esquemática das informações por meio de gráficos, diagramas, fluxogramas, mapas, desenhos, radiografias, fotografias e outros. Todas as ilustrações devem estar em preto e branco ou em tons de cinza e devem ser inseridas ao longo do texto em Word, conforme ordem de citação, com suas respectivas legendas e fontes, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos e limitadas a um máximo de seis. Devem também ser enviadas separadamente, em arquivos individuais.

As tabelas e quadros devem ser elaborados em linhas e colunas, sem espaços extras e sem recursos de “quebra de página”. Devem apresentar-se em fonte Times tamanho 9 e com espaçamento simples entre linhas. Não devem ultrapassar uma página (formato A4). Cada dado deve ser inserido em uma célula separada e é importante que apresentem informações sucintas. As legendas devem ser claras, concisas e colocadas na parte superior dos mesmos. Para o envio em separado, podem ser confeccionados nos programas Excel ou Word, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”).

As figuras devem ser confeccionadas com resolução mínima de 300dpi e tamanho máximo de 6cm x 8cm (altura x largura). Se houver texto no interior da ilustração, deve ser formatado em fonte Times tamanho 9. As legendas devem ser claras, concisas e colocadas na parte inferior das mesmas. Para o envio em separado, os arquivos devem estar em formato JPG, TIFF ou GIF. 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.

## 5.2 Citação de autores

A citação dos autores no texto poderá ser feita de duas maneiras: 1) Apenas numérica:

" a interface entre bactéria e célula <sup>3,4,7-10</sup>" ou 2) 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>

## 5.3 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.

## 6 - DA SUBMISSÃO DO TRABALHO

6.1 A submissão dos trabalhos deverá ser feita pelo site

<https://periodicos.ufba.br/index.php/revfo>.

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.

6.3 Declaração assinada por todos os autores de concordância com a cessão de direitos autorais.

6.4 Deverá acompanhar o trabalho uma declaração de conflito de interesse.

Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possagerar conflito de interesse, esta possibilidade deverá ser informada.

6.5 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.**

**CHECK-LIST: verificar antes do envio do artigo à revista**

- Carta de submissão;
- Declaração de Cessão de Direitos Autorais;
- Declaração de Conflito de Interesse;
- Arquivo de folha de rosto (Title Page, em formato DOC).
- Arquivo do texto principal (Main Document, manuscrito), em formato DOC. O texto deve apresentar-se em fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre as linhas de 1,5, em folhas A4, com margens de 3 cm e com no máximo 15 páginas, excluindo referências e ilustrações (gráficos, fotografias, tabelas etc.);
- Tabelas, em formato DOC.
- Figuras: Fotografias, micrografias, radiografias, gráficos, desenhos, esquemas e demais ilustrações vetoriais (resolução mínima de 300 DPI e tamanho máximo de 6 cm de altura x 8 cm de largura, em formato TIFF, JPG OU GIF). Cada uma das figuras deve ser submetida em arquivos separados e individuais. Também devem ser inseridas no arquivo de texto, conforme sua ordem de citação.
- Lista de referências, de acordo com as normas do Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals (Vancouver, JAMA, 1997;277:927-34);
- Trabalho que envolva estudo com seres humanos e animais deverá apresentar a carta de aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa registrado no CONEP.

#### Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

## **ANEXO C – ARTIGOS REFERENCIADOS**

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