

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

NACIFF LUIZ BARBOSA BUCHAUL

RECONSTRUÇÃO DA GUIA CANINA EM OURO

RELATO DE CASO CLÍNICO

RIO DE JANEIRO

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

NACIFF LUIZ BARBOSA BUCHAUL

RECONSTRUÇÃO DA GUIA CANINA EM OURO
RELATO DE CASO CLÍNICO

Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica

Orientadores: **Prof^a. Dra. Kátia Regina Hostilio Cervantes Dias**
Prof.Dr.Tiago Braga Rabello

Buchaul, Naciff Luiz Barbosa.

Reconstrução da guia canina em ouro: relato de caso clínico / Naciff Luiz Barbosa Buchaul.-
Rio de Janeiro : UFRJ/FO, 2015.

ix, 24 f. : il. ; 31 cm.

Orientadores: Kátia Regina Hostilio Cervantes Dias e Tiago Braga Rabello.

Dissertação (mestrado) -- UFRJ/FO, Programa de Pós-graduação para Graduados,
Mestrado Profissional em Clínica Odontológica, Dentística, 2015.

Referências bibliográficas: f. 25-26.

1. Oclusão Dentária. 2. Ajuste Oclusal - métodos. 3. Transtornos da Articulação Temporomandibular - prevenção e controle. 4. Atrito Dentário - terapia. 5. Dente Canino. 6. Humanos. 7. Dentística - Tese. I. Dias, Kátia Regina Hostilio Cervantes. II. Rabello, Tiago Braga. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, FO, Programa de Pós-graduação para Graduados, Mestrado Profissional em Clínica Odontológica, Dentística. IV. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

BUCHAUL, NACIFF LUIZ BARBOSA

RECONSTRUÇÃO DA GUIA CANINA EM OURO

RELATO DE CASO CLÍNICO

Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de **Mestre em Clínica Odontológica**.

Rio de Janeiro, 24 /03 /2015

Profa. Dra Kátia Regina Hostilio Cervantes Dias
DO- Prof.Associado do Departamento de Clínica Odontológica

Prof. Dr.Casimiro Abreu Possante de Almeida
DO- Prof. Dr. Adjunto do Departamento de Odontologia Social e Preventiva

Prof. Dr.Marcos de Oliveira Barcelheiro
DO- Prof. Dr. Adjunto IV da Universidade Federal Fluminense

DEDICATÓRIA

À minha **mãe, Celme**, pela perseverança na formação dos filhos.

À **esposa Cláudia**, pelo amor, dedicação e parceria.

Aos **meus filhos, João, Lya e Miguel**, pela motivação.

A G R A D E C I M E N T O S

Ao meu **Pai, Elias**, pelo exemplo de caráter e esmero.

Aos professores Amilcar Werneck de Carvalho Vianna e Pedro Vianna Born, pelo incentivo e oportunidade na vida acadêmica.

À coordenadora do curso de mestrado profissional e minha orientadora, professora Kátia Regina Hostilio Cervantes Dias pela dedicação e tornar possível à realização deste curso.

Aos colegas professores, amigos que me substituíram nas atividades docentes, para que pudesse cursar o mestrado.

Aos colegas de curso pelo carinho e disponibilidade.

*O egoísmo torna o homem abominável.
O ser ingrato é a pior das atitudes.
Alma egoísta é abismo interminável.
A ingratidão nega todas as virtudes.
Então, com desprendimento, agradeço a
Deus pela bem aventurança dos filhos
que me deu.*

Elias Buchaul Filho

Resumo

BUCHAUL, Naciff Luiz Barbosa. **Reconstrução da Guia Canina em Ouro: Relato de Caso Clínico**/Rio de Janeiro 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Clínica Odontológica)- Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Este relato visa mostrar a reconstituição da guia canina em um paciente com oclusão em balanceio bilateral, situação caracterizada pela ausência de desocclusão dos dentes posteriores, nas movimentações laterais da mandíbula. Com o objetivo de preservar estes dentes e suas estruturas periodontais, foram confeccionadas restaurações de ouro incisivo-palatina nos caninos superiores, sem comprometimento da estética, para que os mesmos pudessem atuar de forma alternada na desocclusão dos molares e pré-molares, durante as excursões mandibulares. O procedimento restaurador teve acompanhamento fotográfico e radiográfico ao longo de 19 anos, concluindo-se que o procedimento restaurador contribuiu para a preservação dos dentes posteriores e suas estruturas de suporte, eliminando as forças oclusais oblíquas que antes incidiam sobre estes elementos, devido à inexistência da guia canina que provocava perda óssea vestibular e conseqüente retração gengival.

Palavras-chaves: guia canina, desocclusão, oclusão em balanceio

Abstract

BUCHAUL, Naciff Luiz Barbosa. **Reconstrução da Guia Canina em Ouro: Relato de Caso Clínico**/Rio de Janeiro. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Clínica Odontológica)- Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

This report aims to show the reconstitution of canine guidance in a patient with bilateral balanced occlusion, a situation characterized by the absence of deocclusion of posterior teeth, the lateral shift of the mandible. In order to preserve these teeth and their periodontal structures, incisal-palatines gold restorations were placed on maxillary canines, without compromising aesthetics, so that they could act alternately on deocclusion molars and premolars, during mandibular excursions. The restorative procedure had photographic and radiographic follow-up over 19 years, concluding that the restorative procedure contributed to preserve the posterior teeth and their supporting structures, eliminating the oblique occlusal forces than before focused on these elements, due to the lack of canine guidance, which caused buccal bone loss and consequent gingival recession.

Keywords: canine guidance, deocclusion, balanced occlusion

Lista de Fotografias

Figura 1- Visão vestibular do paciente em oclusão cêntrica.

Figura 2- Movimento de trabalho do lado direito.

Figura 3- Movimento de trabalho do lado esquerdo.

Figura 4- Resultado do desgaste incisivo-palatino no dente 13.

Figura 5- Broca utilizada para fazer as perfurações retentoras.

Figura 6- Broca durante a primeira perfuração do dente 13.

Figura 7- Segunda perfuração sendo feita no dente 23.

Figura 8- Modelagem do padrão de fundição em resina acrílica no dente 13.

Figura 9- Visão palatina da modelagem no dente 13.

Figura 10- Aspecto interno da modelagem.

Figura 11- Padrão fundido em ouro.

Figura 12- Prova da fundição.

Figura 13- Visão palatina da cimentação.

Figura 14- Região de secção do canal de alimentação.

Figura 15- Guia canina do lado direito, com desocclusão posterior.

Figura 16- Guia canina do lado esquerdo, com desocclusão posterior.

Figura 17- Visão vestibular em 2010.

Figura 18- Visão oclusal das restaurações dos caninos em 2010.

Figura 19- Radiografia panorâmica em 2010.

Figura 20- Radiografias periapicais dos dentes 13 e 23 em 2010.

Figura 21- Visão lateral direita em oclusão cêntrica em 2010.

Figura 22- Visão lateral esquerda em oclusão cêntrica em 2010.

Figura 23- Guia canina, lado direito, em 2014.

Figura 24- Guia canina, lado esquerdo, com coroa de porcelana no dente 23, em 2014.

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------|----|
| INTRODUÇÃO..... | 10 |
| DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO..... | 12 |
| DISCUSSÃO..... | 22 |
| CONCLUSÃO..... | 24 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 25 |
| ANEXOS..... | 27 |

1. INTRODUÇÃO

Desde a publicação de D'Amico, de 1958 (5), que os estudos funcionais da oclusão dentária têm mostrado que os movimentos mandibulares laterais com desocclusão dos dentes posteriores promovida pelos caninos tem sido considerada por diversos autores como a melhor forma de oclusão, sendo denominada de guia canina.

Ao contrário deste formato, quando os caninos não oferecem uma relação entre antagônicos capaz de promover a desocclusão dos dentes posteriores, ocasionando contatos, ora do lado de trabalho, ora do lado de balanceio entre dentes posteriores antagônicos, o que pode ocorrer entre dois ou mais dentes, tal condição tem sido considerada bastante lesiva para as estruturas periodontais dos dentes que sofrem esta forma de contato, principalmente quando associada a algum tipo de patologia.

Atribui-se à associação entre trauma e doença periodontal, grandes perdas ósseas, que podem comprometer a permanência do elemento dentário.

Dentre as formas mais utilizadas para recuperação da guia canina, cabe citar:

- 1- Acréscimos de resina composta, embora com tendência a sofrer desgaste rapidamente, em razão da função.
- 2- A ortodontia também pode solucionar este tipo de situação. No entanto, muitas vezes recusada pelo paciente, em razão do desconforto pelo uso do aparelho, solução demorada e visitas constantes ao ortodontista.
- 3- A confecção de coroas totais, considerada mais agressiva.
- 4- A opção por facetas laminadas teria um risco maior de deslocamento, devido à direção das forças oclusais que incidirão sobre elas.

A apresentação do presente caso clínico tem por objetivo, mostrar uma forma eficaz, longa e simples de se recuperar a guia canina em um paciente que apresentava oclusão balanceada bilateral, caracterizada por apresentar contatos em todos os dentes posteriores, nos movimentos laterais mandibulares, com desgaste acentuado das superfícies oclusais destes dentes.

2. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO.

Paciente do sexo masculino, com 35 anos de idade, apresentava desgaste excessivo das superfícies oclusais dos dentes posteriores e retração gengival vestibular acentuada nos molares e pré-molares (figura 1).



Fig. 1 – Visão vestibular do paciente em oclusão cêntrica.

Ao exame funcional, nas excursões laterais, foram observados contatos simultâneos nos lados de trabalho e balanceio, com ausência total de função dos caninos (figuras 2 e 3).



Fig. 2 - Movimento de trabalho do lado direito



Fig. 3 – Movimento de trabalho do lado esquerdo

Pode se concluir que tal característica funcional poderia ser a causadora do desgaste excessivo dos dentes posteriores e que a retração gengival seria proveniente da perda óssea vestibular, causada pelas forças oblíquas resultantes deste tipo de função oclusal.

Para reduzir o processo abrasivo dos dentes e a paralisação da perda óssea vestibular, foi estabelecida a função canina com desoclusão posterior como forma de proteger as estruturas dentárias e periodontais dos molares e pré-molares.

O elemento 23 apresentava tratamento endodôntico. Por sua vez, os elementos 13, 33 e 44 encontravam-se hígidos. Optou-se então por um método bastante simples e conservador, atuando somente nos caninos superiores, com resultado funcional muito bom, o que será descrito a seguir.

Inicialmente foi feito um pequeno desgaste na superfície incisivo-palatina dos elementos 13 e 23, usando uma ponta diamantada cilíndrica nº3.069 (KG Sorensen®, Cotia, Brasil) (figura 4).



Fig. 4- Visão do desgaste incisivo-palatino no elemento 13.

Na sequência, foi feito uso de broca de perfuração de formato espiral (Whaledent International®, New York, EUA), usada normalmente para a instalação de pinos dentinários (Figura 5), que se caracteriza por não apresentar corte lateral (Figura 6).



Fig. 5- Broca utilizada para fazer perfurações retentoras

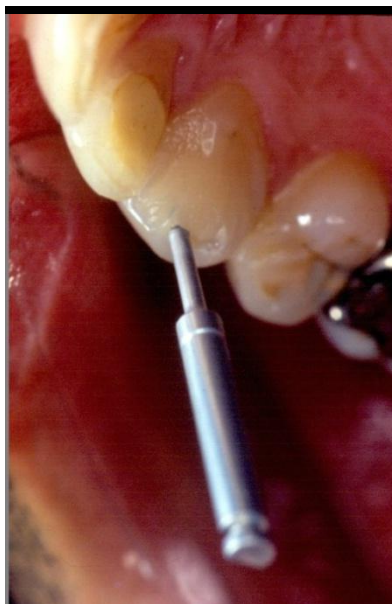


Fig. 6 – Broca durante a primeira perfuração do elemento 13.

Foram feitas duas perfurações paralelas, de aproximadamente 3mm de profundidade por 0,5mm de largura, acompanhando o longo eixo do dente (Figura 7).

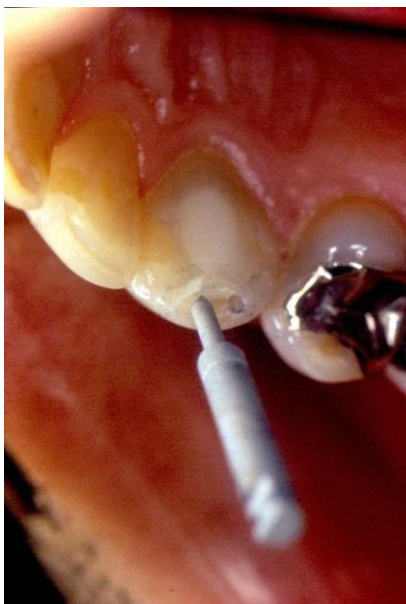


Fig.7 – Segunda perfuração sendo feita no elemento 23.



Fig.8– Modelagem do padrão de fundição em resina acrílica no elemento 13.

Foi selecionado fio de náilon no calibre dos orifícios criados, a seguir seccionado em dois segmentos iguais, os quais foram posicionados internamente, no total da profundidade, deixando uma pequena extremidade para fora, de forma que pudessem ser capturados pela resina acrílica (Duralay®, Reliance Dental Mfg, Illinois, EUA)), que foi utilizada na modelagem do padrão de fundição, feito diretamente sobre o preparo (Figuras 8 , 9 e 10).

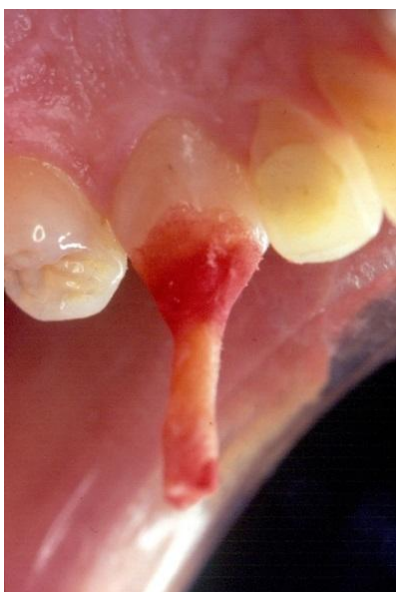


Fig.9 - Visão da modelagem no elemento 13



Fig.10 - Aspecto interno da modelagem

Para a remoção do padrão de restauração confeccionado, foi utilizado um bastão de resina, que serviu também como canal de alimentação para a posterior fundição em ouro (Figuras 11 e 12)



Fig. 11 - Padrão fundido em ouro

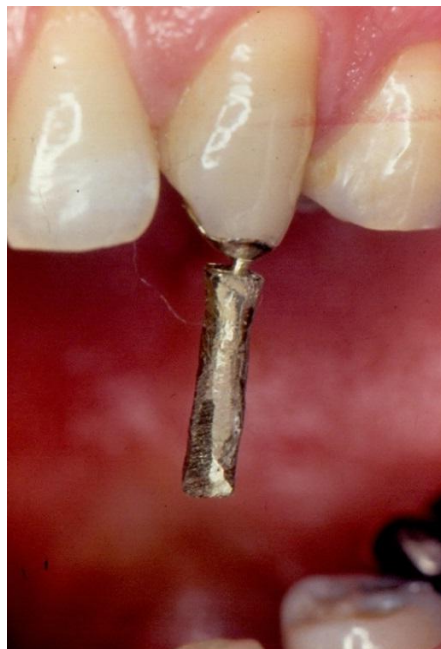


Fig. 12 - Prova de fundição

Para facilitar a prova, acabamento e posterior posicionamento da fundição no preparo, o canal de alimentação teve inicialmente reduzido o seu diâmetro, próximo à superfície da restauração, sendo removido posteriormente à cimentação (Figuras 13 e 14).



Fig.13 – Visão palatina da cimentação



Fig. 14 – Região de secção do canal de alimentação

Após a cimentação foi efetuado o seccionamento da haste metálica, com disco de carborundum fino (Dentorium®, New York, EUA).

O acabamento e polimento foram realizados com disco de lixa de papel de granulação fina, de $\frac{3}{4}$ " (E.C. Moore Company®, Dearborn, EUA) e a sequência de ogivas de borracha abrasiva para metais, linha Viking (K G Sorensen®, Cotia, Brasil). Foram tomados os cuidados necessários para evitar a geração de calor e vibração excessivos.

Embora tais restaurações representem o prolongamento dos caninos no sentido cérvico-oclusal, o grau de inclinação do ângulo vestibulo-incisal faz com que se tornem praticamente imperceptíveis na linha de sorriso do paciente. São, portanto, plenamente eficientes em promover a desoclusão posterior, protegendo bilateralmente os molares e pré-molares (Figuras 15 e 16).



Fig. 15 – Guia canina do lado direito, com desoclusão posterior.



Fig. 16 - Guia canina do lado esquerdo, com desoclusão posterior

Para localização no tempo, cabe informar que o planejamento e execução do tratamento até então apresentado foi efetuado em 1995.

Em 2010, portanto, quinze anos após a realização do procedimento, foi realizado registro fotográfico (Figuras 17 e 18) e radiográfico (Figuras 19 e 20).



Fig. 17 - Visão vestibular em oclusão cêntrica, em 2010



Fig. 18 - Visão oclusal das restaurações dos caninos em 2010.



Fig. 19 - Radiografia panorâmica em 2010



Fig. 20 - Radiografias periapicais dos dentes 13 e 23 em 2010.

Como pode ser observado nas imagens a seguir, a preservação dos dentes e o discreto aumento da retração gengival nos dentes posteriores, demonstram que a recomposição da guia canina contribuiu para a estabilização das estruturas periodontais (Figuras 21 e 22).



Fig. 21 - Visão lateral direita em oclusão cêntrica em 2010.



Fig. 22 - Visão lateral esquerda em oclusão cêntrica em 2010.

Em 2011, 16 anos após a conclusão do trabalho, foram realizados alguns outros procedimentos, por razões distintas das que motivaram o tratamento inicial.

O paciente teve indicada a extração do incisivo central superior esquerdo, dente 21, devido a processo de reabsorção ocasionado por tentativa de clareamento interno. Em consequência, recebeu um implante osseointegrado, submetendo-se também a cirurgia plástica periodontal, para remoção da tatuagem e quelóide existentes na região do canino superior esquerdo, dente 23. Foi feita a opção pela reconstituição protética do incisivo central direito e canino esquerdo, ambos superiores, dentes 11 e 23, respectivamente.

A restauração do dente 23 que funcionava perfeitamente como guia, deu lugar a uma coroa total por razões estéticas, pois apresentava extensa restauração classe V, vestibular, além de escurecimento coronário e comprometimento estético gengival.



Fig.23 - Guia canina, lado direito, em 2014.



Fig.24 - Guia canina, lado esquerdo, com coroa de porcelana no elemento 23, em 2014.

As fotografias acima (Figuras 23 e 24), tomadas em dezembro de 2014, demonstram que as alterações introduzidas promoveram ganho estético e aperfeiçoaram a guia anterior com o alongamento dos incisivos centrais, preservando, contudo, a guia canina em ambos os lados.

3. DISCUSSÃO

Associar a restauração da função e estética, mantendo a integridade dos tecidos de suporte dentários, pode ser um grande desafio. O sucesso a longo prazo destes casos depende, em grande parte, da obtenção simultânea de uma oclusão harmoniosa com estética satisfatória.

Condições funcionais orais comprometidas podem levar a problemas neuromusculares envolvendo a Articulação Têmporo-Mandibular (ATM), provocando dores freqüentes na região e cefaleias intermitentes (14).

Segundo Guarda Nardini (6), a articulação têmporo-mandibular está intimamente relacionada com a coluna vertebral, a base do crânio e a relação entre os maxilares. No diagnóstico da disfunção da ATM, é importante considerar as condições dentárias e o tipo de oclusão.

A retração gengival pode estar associada a distúrbios da oclusão e da disfunção têmporo-mandibular. O diagnóstico desta condição não deve prescindir do exame das relações inter-oclusais em movimento (3).

O estabelecimento de função mastigatória eficiente é fundamental para a odontologia. Tal condição deve ser caracterizada pela desocclusão dos dentes posteriores em função. Portanto, a guia anterior se faz necessária para a harmonia do sistema mastigatório (10).

A função oclusal baseada na guia canina pode ser uma das formas de se obter proteção para os dentes posteriores.

No vocabulário de termos protéticos, entende-se por guia canina um sistema de proteção posterior bilateral, promovido pela sobreposição vertical e horizontal dos caninos, desocluidando os dentes posteriores nas excursões laterais da mandíbula (10).

No entanto, segundo Ogawa et al. citados por Sapkota, B., Gupta, A. (10), cabe considerar que contatos possam ocorrer nos dentes posteriores, durante os primeiros 0,5 mm das excursões laterais que antecedem a desocclusão promovida pelos caninos.

Muito embora estudos tenham demonstrado que a função de grupo, caracterizada pelo contato dos dentes posteriores do lado de trabalho, estejam presentes com maior incidência que a guia canina (5), pesquisas mais recentes, valendo-se de outros materiais de registro, demonstram a maior prevalência desta (10).

Na busca pelo êxito da recuperação funcional e estética, o clínico não deve se ater exclusivamente às ferramentas de diagnóstico tradicionais, e sim, possuir um olhar crítico, capaz de prever o resultado antes mesmo de começar o tratamento (14).

Pode se definir a guia canina como uma forma terapêutica de função, mesmo não sendo descrita como um padrão predominante de oclusão (10).

Portanto, representa a forma de eleição, na busca de restabelecer o conforto do paciente, assim como zelar pela integridade dos dentes e demais componentes da articulação têmporo-mandibular.

4. CONCLUSÃO

Os fatos expostos, assim como os resultados obtidos, permitem estabelecer as seguintes conclusões:

- 1 – A técnica utilizada para reconstituição da guia canina mostrou-se eficaz, com relação à desocclusão dos dentes posteriores, nos movimentos laterais mandibulares;
- 2 – O procedimento mostrou-se eficaz na preservação das estruturas dentárias e periodontais;
- 3 – O acompanhamento clínico ao longo de quinze anos, permite concluir pela significativa longevidade do procedimento efetuado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. D'AMICO, A. Canine teeth – Normal functional relation of the natural teeth of man. *J South California Dent Assoc.* 1958; 26: 6-23, 49-60, 127-142, 175-182, 194-208, 239-241
2. DAWSON, PE. *Functional occlusion from TMJ to smile design.* 1 ed. St Louis: Mosby; 2007.
3. DOMINIAK, M., KALECINSKA, E., KRZYSZTON, E., *et al.* Correlation between temporomandibular dysfunction, disturbances of occlusion and gingival recession in a group of youth students. *Bull. Group. Int. Rech. Sci. Stomatol. Odontol.*, Mar. 2006; 47(1): 40-6.
4. FARIAS-NETO, A, CARNEIRO ADA, F.. Bilateral balanced articulation: science or dogma? *Dent Update*, Jun 2014; 41(.5):428--30,.
5. FERREIDOUN, P., ELNAZ MOSLEHI, F. Pattern of occlusal contacts in eccentric mandibular positions in dental students. *J. Dent. Res. Dent. Clin. Dent. Prospects*, Sum 2008; 2(3): 85-9.
6. GUARDA NARDINI, L. Temporomandibular joint examination reviewed. *Reumat.*, 2001; 53 (3): 244-9.
7. HERMANIDES, L., LARSON, K. Maxillary esthetics, mandibular function: a rationale for predictable treatment of the moderately worn dentition. *Compend Contin Educ Dent*, Sep. 2014; 35 (8): 583-7.
8. OGAWA,T, OGIMOTO,T, KOYANO K. The relationship between non-working side occlusal contacts and mandibular position. *J Oral Rehab*, Oct 2001 28(10):976-81.
9. OGAWA,T, OGIMOTO,T, KOYANO K K. Pattern of occlusal contacts in lateral positions. Canine protection and group function validity in classifying guidance pattern. *J Prosthet Dent*, Jul 1998. Jul; 80(1):67-74.

10. SAPKOTA, B., GUPTA, A. Pattern of occlusal contacts in lateral excursions (canine protection or group function). *Kathmandu Univ. Med. J.* Jan-Mar 2014; 12(45): 43-7.
11. SPEAR,FM, KOKICH,VG, MATHEWS,DP. Interdisciplinary management of anterior dental esthetics. *J Am Dent Assoc.* Feb.2006;137(2):160-9.
12. THAKRAL, G., THAKRAL, R., ARORA, S., SHARMA, N., CHAWLA, C. Amalgamating esthetics, function and comfort in full mouth rehabilitation – a case report. *J. Clin. Res.* Apr. 2014; 8(4):11-3.
13. Tri M. Le. Multidisciplinary Approach to a Full-Mouth Reconstruction. *J Cont Esth.* 2007:5:40-5.
14. YAMASHITA, A., KONDO, Y., YAMASHITA, J. Thirty year follow up of a TMD case treated based on the neuromuscular concept. *Cranio*, Jul 2014; 32(3): 224-34.

Segundo normas da RBO.

ANEXOS

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecidopara obtenção e utilização de imagens

Eu, Pedro Paulo Secco Freire, RG n. 049125370, residente à Av./Rua Iposeira n. 1291, Bairro São Conrado, na cidade do Rio de Janeiro, por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consinto que o Dr. Naciff Luiz B. Buchaul tire fotografias, faça vídeos e outros tipos de imagens de mim, sobre o meu caso clínico. Consinto que estas imagens sejam utilizadas para finalidade didática e científica, divulgadas em aulas, palestras, conferências, cursos, congressos, etc... e também publicadas em livros, artigos, portais de internet, revistas científicas e similares, podendo inclusive ser mostrado o meu rosto, o que pode fazer com que eu seja reconhecido.

Consinto também que as imagens de meus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, ultrassons, eletromiografias, histopatológicos (exame no microscópio da peça cirúrgica retirada) e outros, sejam utilizadas e divulgadas.

Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação.

Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens e também compreendi que o Dr. Naciff Luiz B. Buchaul e a equipe de profissionais que me atende e atenderá durante todo o tratamento não terá qualquer tipo de ganhos financeiros com a exposição da minha imagem nas referidas publicações.

Local, Rio de Janeiro 05 de abril de 2014.

Assinatura*: Pedro Paulo De Secco Freire

Paciente: Pedro Paulo Secco Freire

CPF: 536394647-53

RG: 049125370

ANEXO 2

Normas para submissão de artigos para a Revista Brasileira de Odontologia (RBO).

1. PADRÃO DE APRESENTAÇÃO

1.1 Os trabalhos quando enviados por correio devem ser apresentados impressos em folhas de papel tamanho A4 (lauda), fonte Arial tamanho 11, com espaço duplo e margem de 3 cm de cada lado, numeradas com algarismos arábicos no ângulo inferior direito e ter até o máximo de 11 (onze) laudas, com 25 (vinte e cinco) linhas cada. A página de identificação não constará do total de 11 laudas e deverá conter o título (português/inglês), resumo/abstract (máximo de 120 palavras), palavras-chave/keywords, nome dos autores (com titulação máxima, disciplina e instituição a que cada autor está afiliado, cidade, estado e país). Se o autor não pertencer a nenhuma instituição de ensino, deverá colocar sua formação (por exemplo: cirurgião-dentista ou clínico privado).

1.2 Tabelas (ou gráficos) e quadros: Deverão ser numerados em algarismos romanos, com apresentação resumida e objetiva, para compreensão do trabalho. Os dados originais deverão ser apresentados sintetizados, enviando somente a média dos resultados e não os valores das amostras individualmente. As tabelas de análise de variância devem ser evitadas. Sempre que possível, valores quantitativos deverão ser apresentados na forma de gráficos, que devem ser mandados em Excell em arquivo separado. O autor deverá optar por tabela ou gráfico e não será permitida utilização das duas modalidades mencionadas. As tabelas ou gráficos e quadros farão parte da contagem total de 11 páginas pedidas para cada artigo.

1.3 Figuras (desenhos, fotografias e gráficos): Deverão se limitar a 4 (quatro) por trabalho e numeradas em algarismos arábicos. Imagens fotográficas deverão ser apresentadas como fotografias e com cópia, tendo dimensões de 12 x 9 cm ou 9 x 9 cm (quando quadradas), em papel brilhante e de preferência em cores, sendo assinalado, em seu verso, a lápis, o número da figura e o lado superior da mesma, bem como o título do trabalho resumido para posterior identificação. Não devem estar coladas nas folhas de legendas. Poderão ser enviadas, preferencialmente, em formato de imagem JPEG ou TIFF com 300 dpi de resolução.

1.4 Os desenhos e gráficos devem ser entregues em CD ou DVD, em arquivo separado no programa Excell, com cópia impressa. Os gráficos também poderão ser entregues em Excell em arquivo separado. As figuras e suas legendas deverão constar em folhas separadas e não numeradas (não fazendo parte da contagem total de 11 laudas).

1.5 Todas as pesquisas que envolverem estudos com seres humanos e animais deverão estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, devendo ter o consentimento por escrito do paciente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Deve ser enviada a cópia do parecer do CEP. A ausência deste documento implicará na devolução do trabalho.

1.6 Os originais e as figuras não serão devolvidos aos autores.

1.7 Os originais com avaliação “desfavorável” serão devolvidos aos autores, revogando-se a transferência de direitos autorais. Os originais com avaliação “sujeito a modificações” serão remetidos aos autores para que as modificações sugeridas sejam realizadas, no prazo máximo de até 60 dias, e, posteriormente, reavaliados. Os artigos aprovados pela RBO terão um prazo de até 12 meses para publicação.

1.8 So serão aceitos trabalhos coma até 6 seis autores.

2. ESTRUTURA DO TRABALHO

2.1 PÁGINA DE ROSTO

- Título do trabalho: em português e em inglês - corpo 14 pontos - até 80 caracteres.
- Nome do(s) autor(es), titulação máxima e referência à instituição a que pertence(m):
Exemplos: Ana Emilia Figueiredo de Oliveira (professora doutora de Radiologia da FO/UFMA); Paulo Sérgio Vanzillotta (Professor de Prótese do CAP/Associação Brasileira de Odontologia – RJ); Daniel Lopes Valle (cirurgião-dentista, clínica particular).
- Endereço, telefone e e-mail dos autores para futuros contatos. Indicar o autor principal para que seja divulgado o seu contato (rua, bairro, cidade, CEP, estado, país, e-mail, telefones).
- Resumo - Não deve exceder a 120 palavras. Deve conter resumidamente o objetivo, material e método, resultados e conclusões.

- Palavras-chave - Palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do trabalho, fornecidas pelo próprio autor.
- Abstract - Resumo em inglês.
- Keywords - Palavras-chave em inglês.
- Observação - A página de rosto (identificação) não fará parte da contagem total de 11 laudas.

2.2 TEXTO

• Introdução (com o objetivo do estudo); • Material e Método; • Resultados; • Discussão; • Conclusão • Referências Bibliográficas - Conter, no máximo, 20 referências bibliográficas. Nos casos de Revisão da Literatura, serão permitidas até 40 referências. Os autores devem ser citados em ordem alfabética e numerados.

2.3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências devem ser apresentadas no estilo Vancouver.

Exemplos de como organizar as referências bibliográficas.

1. Modelos de referências no todo e em parte:

Autor:

Ex.: Autor 1, Autor 2, Autor 3, Autor 4, Autor 5, Autor 6. Título da obra. Edição. Local de Publicação: editora; ano de publicação.

Com Autor(es) Filados a uma Entidade/Organização:

Ex.: Autor(es) (nome da entidade/organização). Título do livro. Edição. Local de Publicação: editora; ano de publicação. Paginação.

Com Editor, Organizador, Coordenador:

Ex.: Autor(es) do livro, indicação correspondente. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação.

Autor Corporativo (Entidade/Instituição):

Ex.: Nome da Instituição. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação.

Obras Sem Autoria:

Ex.: Nome do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação.

Capítulo de Livro:

Ex.: Autor(es) do capítulo. Título do capítulo: subtítulo. In: Autor(es) do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação. página inicia-final do capítulo.

OBS.: Quando o autor do capítulo for o mesmo do livro a referência pode ser feita da seguinte maneira, veja abaixo.

Ex.: Autor(es) do capítulo. Título do livro: subtítulo. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação. Capítulo número, Título do capítulo; página inicia-final do capítulo.

TCC, Dissertações e Teses:

Ex.: Autor. Título do trabalho: sub-título se houver. [identificação do trabalho]. Local de apresentação: Nome da Universidade; Ano. Total de páginas. Grau.

Anais de Congressos:

Ex.: Autor(es)/Editor(es). Título do evento precedido da designação anais; Ano mês dia da realização do evento; Local de realização do evento, País. Local de publicação: Editora; Ano. Número de páginas.

Trabalhos Apresentados em Eventos:

Ex.: Autor do trabalho. Título do trabalho. Localização do trabalho: Autor(es)/Editor(es). Título do documento. Título do evento; Ano mês dia; Local de realização do evento cidade e país. Local da publicação: Editora; ano. Páginas inicial-final.

Trabalhos Não Publicados:

Ex.: Autor. Título do trabalho. Cidade, Ano. Folhas. Informação do trabalho.

Bula de Remédio:

Ex.: Nome do remédio. Responsável. Cidade: Laboratório; Ano. Informação.

2. Modelos de referências de periódicos, artigos de periódicos e jornais:

Periódico no Todo:

Ex.: Nome do periódico. Ano; volume (número).

Artigo de Periódico:

Ex.: Autor. Título do artigo. Nome do periódico. Ano, volume (número): página inicial-final.

Artigo de Periódico Sem Autor:

Ex.: Título do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final.

Artigo de Periódico Contendo Retratação:

Ex.: Autor. Título do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final da retratação. Retratação de: Autor(es) do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final do artigo retratado.

Artigo de Periódico Retratado:

Ex.: Autor. Título do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final do artigo. Retratação em: Autor(es) do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final retratadas.

Artigo de Periódico Publicado com Errata:

Ex.: Autor(es). Título do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final do artigo. Errata em: Autor(es) do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final da errata.

3. Modelos de referências em meios eletrônicos:

Monografia no Todo (Livros, Folhetos Etc...):

Ex.: Autor pessoa ou entidade. Título do documento. [acesso ou captura]. Cidade; Ano.
Disponível em: endereço eletrônico. Autor pessoa ou entidade. Título do documento. [tipo do suporte]. Local: editora; Ano. Descrição física do suporte.

TCCs, Dissertações e Teses:

Ex.: Autor. Título do trabalho: sub-título se houver. [identificação do trabalho]. Local de apresentação: Nome da Universidade; Ano. Total de páginas. Grau. [citado em: dia mês

abreviado ano]. Endereço eletrônico.

Artigo de Periódico (Internet)

Ex.: Autor pessoa ou entidade (na ausência faz a entrada pelo título). Título do documento.

Nome do periódico. [formato da publicação]. Ano mês [quando acessou dia, mês e ano]; volume: página inicial-final. Disponível em: endereço eletrônico.

DVD ou Cd-Rom

Ex.: Autor pessoa ou entidade. Título do documento [meio eletrônico]. Cidade: Editora; Ano.

4. Exemplo de grafia dos nomes:

Arnold McDonald – McDonald, A

José Santos Júnior – Santos J, Jr

Eduardo Roquete-Pinto - Roquete-Pinto, E

Heitor Espírito Santo - Espírito Santo, H

