

Amanda Lopes de Carvalho

Hospitalização decorrente de infecções odontogênicas em
crianças: um retrato da realidade atual brasileira – Relato de
caso

Brasília
2018

Amanda Lopes de Carvalho

Hospitalização decorrente de infecções odontogênicas em
crianças: um retrato da realidade atual brasileira – Relato de
caso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Odontologia da Faculdade de
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília,
como requisito parcial para a conclusão do curso
de Graduação em Odontologia.

Orientador: Profa. Dra. Erica Negrini Lia

Co-orientador: Dra. Cláudia Lúcia Moreira

Brasília
2018

À minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois Ele é o causador de todas as coisas, por ter me colocado na família em que nasci, por me apresentar pessoas maravilhosas durante a graduação, que me ajudaram a crescer e ver a profissão linda que executarei futuramente.

A todos os professores de Odontologia da UnB, principalmente à Professora Erica Negrini Lia que abriu meus olhos para uma odontologia humanizada e aceitou me orientar, sem perceber ela demonstra por meio da profissão ser uma pessoa incrível e extremamente humana e ao Professor Edson Dias Costa Junior, uma pessoa incrível, disposta a ajudar os alunos a qualquer momento e que mostrou a importância de um clínico geral bem formado. Esses dois professores são responsáveis pela minha paixão pela Odontologia e me fazem querer ser uma profissional melhor.

Aos meus pais e avós, não tenho como agradecer, pois se estou formando é por eles e graças a todo esforço deles. Não poderia ter família melhor.

À minha co-orientadora e grande profissional e pessoa, Dra Cláudia Lúcia Moreira por toda ajuda.

Ao meu namorado que me apoia em todos os momentos e acredita em cada passo meu.

À minha colega de turma Thaís que é extremamente caridosa e se dispõe sempre a me ajudar durante todo curso.

E às Professoras Emília Biato e Cristiane Tomaz que se dispuseram a participar da minha banca.

Muito Obrigada!

EPÍGRAFE

“Se você continuar a acreditar, o seu sonho se tornará realidade.”

–Charles Perrault, *Cinderela*;

RESUMO

Lopes de Carvalho, Amanda. Hospitalização decorrente de infecção odontogênica em crianças: um retrato da realidade atual brasileira – Relato de caso. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Infecções odontogênicas podem evoluir para quadros graves, como a celulite facial e ainda ocorrem na atualidade em locais nos quais a prevalência de cárie ainda se encontra em altos patamares. O objetivo deste trabalho é relatar dois casos de celulite facial em crianças de 6 anos de idade, decorrentes de infecção odontogênica relacionada a dentes decíduos, que resultaram em internação hospitalar. Discutiu-se também sobre a antibioticoterapia de escolha e os fatores socioeconômicos relacionados ao desencadeamento de cárie severa nessas crianças.

ABSTRACT

ABSTRACT

Lopes de Carvalho, Amanda. Lopes de Carvalho, Amanda. Hospitalization due to odontogenic infection in children: a picture of the current Brazilian reality– Case report. 2018. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

Odontogenic infections can progress to severe conditions, such as facial cellulitis, and still occur today, in places where the prevalence of caries is still high. The objective of this study is to report two cases of facial cellulitis in children of 6 years of age, due to odontogenic infection related to primary teeth, which resulted in hospital admission. We also discussed the antibiotic therapy of choice and the socioeconomic factors related to the onset of severe caries in these children.

SUMÁRIO

ARTIGO CIENTÍFICO.....	17
FOLHA DE TÍTULO.....	19
Resumo.....	21
Abstract.....	23
Introdução.....	24
Referências.....	30
Anexos.....	36
Normas da Revista.....	36

ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

Lopes de Carvalho, Amanda; Negrini Lia, Erica; Lúcia Moreira, Cláudia. Hospitalização decorrente de infecção odontogênica em crianças: um retrato da realidade atual brasileira – relato de caso.

Apresentado sob as normas de publicação da Revista Odonto Ciência.

FOLHA DE TÍTULO

Hospitalização decorrente de infecções odontogênicas em crianças: um retrato da realidade atual brasileira – Relato de caso

Hospitalization due to odontogenic infection in children: a picture of the current Brazilian reality– Case report

Amanda Lopes de Carvalho¹

Erica Negrini Lia²

Cláudia Lúcia Moreira³

¹ Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

² Professor Adjunto de Odontopediatria e Farmacologia da Universidade de Brasília (UnB).

³ Cirurgiã Dentista e Aluna de Mestrado em Odontologia da Univesidade de Brasília (UnB).

Correspondência: Prof. Dr. Erica Negrini Lia

Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF

E-mail: ericalia70@gmail.com / Telefone: (61) 31071849

RESUMO

Hospitalização decorrente de infecção odontogênica em crianças: um retrato da realidade atual brasileira – Relato de caso

Resumo

Infecções odontogênicas podem evoluir para quadros graves, como a celulite facial e ainda ocorrem na atualidade em locais nos quais a prevalência de cárie ainda se encontra em altos patamares. O objetivo deste trabalho é relatar dois casos de celulite facial em crianças de 6 anos de idade, decorrentes de infecção odontogênica relacionada a dentes decíduos, que resultaram em internação hospitalar. Discutiu-se também sobre a antibioticoterapia de escolha e os fatores socioeconômicos relacionados ao desencadeamento de cárie severa nessas crianças.

Palavras-chave

Antibioticoterapia, Crianças, Celulite Facial, Fatores Socioeconômicos, Infecções Odontogênicas

ABSTRACT

Hospitalization due to odontogenic infection in children: a picture of the current Brazilian reality– Case report

Abstract

Odontogenic infections can progress to severe conditions, such as facial cellulitis and still occur today in places where the prevalence of caries is still high. The objective of this study is to report two cases of facial cellulitis in children of 6 years of age, due to odontogenic infection related to primary teeth, which resulted in hospital admission. We also discussed the antibiotic therapy of choice and the socioeconomic factors related to the onset of severe caries in these children.

Keywords

Antibiotic therapy, Children, Facial Cellulite, Socioeconomic Factors, Odontogenic Infections

INTRODUÇÃO

Infecções odontogênicas decorrentes da cárie dentária e suas complicações (pulpite, abscessos periapicais, dentre outras) são comuns em países com alta prevalência de cárie, ainda nos dias atuais(1). A celulite facial pode ser uma complicação com alta gravidade, sobretudo, quando, sob determinadas condições, evolui para sepse, com risco de óbito. Grande parte das celulites faciais pode ser atribuída às infecções odontogênicas(2). A evolução de quadros de menor para maior gravidade ocorre com maior frequência em indivíduos dependentes do serviço público de saúde e que têm pouco ou nenhum acesso à prevenção e tratamento odontológico (3). Ainda são fatores de risco: alcoolismo, diabetes mellitus e imunossupressão (3).

Em crianças, os riscos associados à infecção odontogênica devem ser considerados e, quando determinados, não devem limitar o tratamento ao manejo odontológico, mas incluir a equipe médica devido à necessidade de internação hospitalar para monitoramento do quadro de saúde geral e acompanhamento da evolução do paciente(4). Além desses, outros profissionais da área da saúde, como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas têm participação de extrema importância, pois a complexidade desses casos exige abordagem multidisciplinar. A hospitalização bem como o acionamento de equipes multidisciplinares geram custos elevados ao sistema de saúde, o que poderia ser evitado se a política de prevenção em saúde bucal de fato fosse efetiva.

O objetivo deste trabalho é relatar dois casos de celulite facial em crianças de 6 anos de idade em estado de vulnerabilidade social, decorrentes de infecções odontogênicas que resultaram em internação hospitalar e discutir sobre fatores socioeconômicos relacionados ao desencadeamento de cárie severa apresentado.

Relato de caso 1

SCRM, 6 anos de idade, gênero feminino, residente em Sobradinho-DF, compareceu à Clínica Odontológica do Hospital Universitário de Brasília (HUB), acompanhada da mãe, em setembro de 2017 para iniciar tratamento. Na primeira consulta,

foram realizados anamnese e exame físico, instrução de higiene bucal para a paciente e sua mãe. A mãe relatou grande resistência da criança para permitir o tratamento odontológico, inclusive com tentativas anteriores frustradas, além do consumo frequente de carboidratos refinados, o que motivou solicitação de diário alimentar. Durante o exame físico, notou-se a presença de lesões cavitadas em dentina em todos os molares decíduos e primeiros molares permanentes inferiores e de grande quantidade de biofilme nas superfícies dentárias. Na segunda consulta, foi realizado o exame radiográfico, elaboração do plano de tratamento e iniciou-se o tratamento dos molares decíduos inferiores do lado esquerdo, por meio de técnica restauradora atraumática. Na terceira consulta, a paciente compareceu com quadro de celulite facial do lado esquerdo, acompanhado por febre, dor e inapetência. Diante da gravidade do quadro clínico, a paciente foi encaminhada ao pronto-atendimento médico do HUB, e após os primeiros socorros, foi direcionada à enfermaria pediátrica, onde permaneceu durante 11 dias para realização de antibioticoterapia endovenosa com clindamicina. Ainda, durante a avaliação médica, constatou-se a presença de verminose e pediculose. Nos primeiros dias de hospitalização, a paciente apresentou resistência para realização da higiene bucal. Após 7 dias de hospitalização, houve a remissão do quadro de celulite facial e a criança passou por novo atendimento odontológico, sendo diagnosticado o dente 65 como a fonte de infecção. Realizou-se o tratamento endodôntico do dente 65 e a paciente ainda permaneceu por mais 4 dias hospitalizada. Após a alta hospitalar, procedeu-se à continuidade do atendimento odontológico, sendo realizadas restaurações, extrações dentárias e instalação de mantenedores de espaço, com melhora significativa do comportamento da criança, que passou a aceitar o tratamento sem maior resistência. Além disso, a criança foi encaminhada à nutricionista, para orientação mais precisa e detalhada quanto a sua dieta. A avaliação do serviço social relatou que a criança reside com seus genitores e dois irmãos mais velhos (19 e 17 anos) e a renda familiar provém do trabalho informal do pai, que é ajudante de pedreiro, e recebe em torno de 820 reais por mês e de 260 reais provindos do estágio remunerado de um dos filhos. A família é beneficiária do Programa Bolsa-família, recebendo 260 reais ao mês.

Relato de caso 2

ERTA, 6 anos, gênero masculino, residente em Águas Lindas-GO, foi encaminhado pela Pediatria Clínica Odontológica do Hospital Universitário de Brasília em Novembro de 2017. O paciente encontrava-se hospitalizado na enfermaria da Pediatria do HUB, com diagnóstico de gengivoestomatite por herpes vírus, faringoamigdalite e celulite facial. A mãe relatou que, no início de novembro de 2017, a criança apresentou quadro febril e dor em membros inferiores com dificuldade de deambulação durante 15 dias e que procurou atendimento médico após 3 dias do início dos sintomas. À época fora iniciado tratamento com azitromicina, sem melhoras e com evolução com lesões aftosas em toda a mucosa bucal, acompanhadas por odinofagia. Sem melhora do quadro, a mãe procurou novamente atendimento médico e o antibiótico foi trocado para cefalexina, que foi ministrada durante 5 dias. Novamente, sem melhora, a cefalexina foi suspensa e introduzida a amoxicilina por mais 5 dias; porém continuando sem qualquer alteração do quadro. O paciente foi então internado no Hospital Materno-Infantil de Brasília (HMIB) e posteriormente transferido para a Enfermaria de Pediatria do Hospital Universitário de Brasília (HUB), onde se introduziu a ampicilina associada à sulbactam por via endovenosa, com melhora do quadro. Durante a permanência no HUB, a criança foi encaminhada à Clínica Odontológica em função de quadro de celulite facial. Ao chegar na Clínica Odontológica, paciente foi atendido com urgência sendo identificada a necessidade de extração dos dentes 71 e 75. Um dia após as extrações dentárias, o paciente recebeu alta com ausência de dor local e foi prescrito amoxicilina associada a clavulanato de potássio por mais 10 dias. Em março de 2018, o paciente retornou à Clínica Odontológica do HUB para continuar seu tratamento e, nesta etapa, foi realizada instrução de higiene bucal a ele e sua mãe. A criança apresentou quadro de cárie severa, com extensas lesões, acometendo a funcionalidade e estética dentária. De acordo com a mãe, aos 4 meses de idade o paciente já havia tido seu primeiro contato com açúcares e mamadeira. A criança reside com pai, mãe, ambos com 41 anos, um irmão de 12 anos e um primo de 8 anos, em casa de alvenaria sem saneamento

básico, rua sem asfalto e a renda familiar varia mensalmente, pois o pai não tem emprego fixo com carteira assinada e a mãe trabalha como técnica de enfermagem; sendo a renda mensal em torno de 2.000 reais.

Discussão

Atualmente no Brasil, a despeito da grande oferta de serviços odontológicos, medidas de prevenção e tratamento direcionados à saúde bucal, ainda são prevalentes casos em que pessoas de baixa renda nunca consultaram um dentista e apresentam casos graves relacionados à cárie (5). Segundo o estudo epidemiológico SB Brasil 2010(6), a média do ceo-d (número médio de dentes decíduos cariados, perdidos e restaurados) em crianças com 5 anos de idade na região Centro Oeste foi de 3,0. Ao comparar os resultados provenientes do estudo epidemiológico SB Brasil 2010 com o SB Brasil 2003 (7), nota-se que a média do número de dentes cariados diminuiu de 2,8 para 2,43, sendo pouco significativa; enquanto o número médio de dentes não tratados manteve-se igual, sendo a porcentagem dos dentes tratados inferior a 20%. Ainda, de acordo com os resultados encontrados no SB Brasil 2010, a porcentagem de jovens que, aos 12 anos, nunca tiveram acesso a tratamento odontológico gira em torno de 18%. Entretanto, por representar valores médios, esses números podem não refletir com precisão o real estado de saúde bucal da população estudada, visto que há diversos fatores que influenciam esse resultado, por exemplo, o padrão sócio-econômico.

Aspectos econômicos e sociais têm grande influência sobre a saúde em geral, pois indivíduos com melhores condições financeiras podem ter acesso a serviços privados de saúde, nos quais os atendimentos são mais rápidos e de melhor qualidade técnica, sendo assim mais efetivos (8). Além disso, o despreparo profissional também existe, a exemplo de um dos casos apresentados, no qual a mãe relatou recorrer ao Conselho Tutelar para conseguir o atendimento odontológico de seu filho. O atendimento odontológico foi negado sob a justificativa de

necessidade de pessoal especializado em função de falta de colaboração da criança para realização dos procedimentos.

Estudos realizados por meio de entrevistas com mães de famílias brasileiras, que ganham em média um salário mínimo por mês, identificaram melhor acesso à saúde bucal para os filhos na atualidade em comparação com períodos anteriores (9). As entrevistadas citaram programas educacionais direcionados à higiene bucal existentes em escolas; entretanto relataram dificuldade de acesso ao tratamento restaurador e reabilitador, a despeito da existência de programas como "Saúde da Família" e "Centro de Especialidades Odontológicas". As dificuldades foram a demora para conseguir o atendimento e a incapacidade de atendimento das demandas de todas as necessidades apresentadas, o que resultou muitas vezes no tratamento mutilador, como a extração dentária. Além disso, afirmaram que, se tivessem condições financeiras, recorreriam ao sistema privado de saúde antes de procurar o público (9).

O hábito da realização de visitas periódicas ao dentista não é comum na população que pertence às camadas socioeconômicas inferiores (10). Na maioria dos casos, a ida ao dentista ocorre em caso de odontalgia e não para abordagens preventivas. Em localidades mais pobres, a necessidade do atendimento odontológico está associada a momentos relacionados à dor dentária (10). Estudos verificaram que a consulta odontológica periódica é mais frequente entre pessoas com alto padrão socioeconômico (8). Ademais, os profissionais atuam de forma mais direcionada ao tratamento da doença já estabelecida e não para prevenir sua ocorrência. Trabalhos de prevenção em saúde bucal deveriam ser realizados em todo centro de saúde, porém, mesmo nos que já existem, são pouco utilizados (11).

Os responsáveis pelas crianças muitas vezes não têm condições de reconhecer sinais clínicos iniciais de uma doença dentária, o que torna comum a evolução para quadros mais complexos e graves, gerando a necessidade do atendimento de urgência ou até mesmo hospitalizações (11). Por desinformação, não é incomum encontrar situações nas quais os responsáveis deixam de dar a devida importância aos dentes decíduos, em função de sua exfoliação natural. Os pais são responsáveis pela escovação dentária e controle de alimentação de seus filhos, mas nem sempre são devidamente orientados

para tal (11), como consequência os genitores apresentam dificuldades para gerir os cuidados necessários com sua própria saúde e também com a de seus filhos, fato responsável pelo alto índice de cárie dentária entre a população de baixa renda.

A cárie dentária é a causa mais comum das infecções odontogênicas, que atingem a polpa dentária e podem alcançar o periápice, tecidos circunjacentes e, nos casos mais graves, até mesmo se disseminar por via hematogênica, com risco de óbito. A celulite facial ocorre em situações em que a coleção purulenta proveniente dessas infecções não é capaz de ser drenada pela superfície cutânea ou mucosa, assim se estende pelos planos fasciais profundos (12). A sintomatologia comumente observada inclui disfagia, dispneia, edema facial com limites imprecisos, febre, inapetência, prostração e trismo (13). Nesses casos, a hospitalização é necessária, cuja duração varia de acordo com a gravidade da infecção e idade do paciente (13). O objetivo do tratamento é controlar a infecção e posteriormente remover o agente causador (4), por meio de extração ou tratamento endodôntico (13). Crianças necessitam de atenção especial, visto a progressão de o quadro ser mais rápida quando comparada a pacientes adultos (14), dependendo da virulência do agente agressor e do sistema imune do paciente (4).

Os antibióticos mais utilizados para o tratamento de quadros associados à infecção odontogênica pertencem ao grupo das penicilinas, por apresentar amplo espectro de ação, baixo custo e mínimos efeitos adversos (15,16). Portanto, são de primeira escolha, exceto em casos de hipersensibilidade ou resistência bacteriana. Geralmente, o esquema mais utilizado é a associação da amoxicilina com o clavulanato de potássio ou ácido clavulânico, administrado via oral nos casos mais brandos ou via endovenosa nos casos mais graves (16). É de extrema importância que o antibiótico de escolha tenha amplo espectro antimicrobiano, pois a infecção odontogênica é polimicrobiana (17). Sabe-se que os grupos de bactérias aeróbias *Viridans Streptococci and Staphylococci* são os mais encontrados nessas infecções e ainda há a presença de bactérias anaeróbias, tanto gram positivas quanto gram negativas. As bactérias mais encontradas nas celulites faciais em crianças são aeróbias, sendo a mais comum a *Streptococcus pyogenes* (14). Entretanto, a resistência bacteriana pode ocorrer e um dos causadores disso é a produção das beta-lactamases, enzimas

produzidas por microrganismos gram-negativos que destroem o anel beta-lactâmico das penicilinas. Tal situação é contornada por meio da adição de um inibidor de beta-lactamases à penicilina, como o ácido clavulânico ou o clavulanato de potássio (17)

Nos casos relatados, a renda familiar é baixa, houve nítida falta de orientação em relação aos cuidados de higiene e saúde aos responsáveis, e a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos públicos foi uma importante barreira identificada. Esses fatos lamentavelmente ainda fazem parte da realidade de países subdesenvolvidos (18). A discussão acerca do assunto é de grande relevância para a percepção de que, ainda, na atualidade, a despeito da quantidade de informações disponíveis, a cárie dentária ainda pode levar a quadros graves, com risco de morte e impacto econômico sobre o sistema de saúde. Entretanto, as causas da sua ocorrência são de natureza multifatorial, e incluem também fatores socioeconômicos e culturais.

REFERÊNCIAS

1. Dar-Odeh N, Fadel HT, Abu-Hammad S, Abdeljawad R, and Abu-Hammad AO. Antibiotic Prescribing for Oro-Facial Infections in the Paediatric Outpatient: A Review.” *Antibiotics*. 2018 Apr;7 (2): 38.
2. Olsen I, van Winkelhoff. AJ. Acute Focal Infections of Dental Origin. *Periodontology 2000*. 2014 Jun; 65 (1): 178.
3. Wang J, Ahani A, Pogrel MA. A five-year retrospective study of odontogenic maxillofacial infections in a large urban public hospital. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005 Sep;34(6):646– 649.
4. Zambrano G, Rondón R, Guerra ME. Diente más afectado por la celulitis facial de origen odontogénico en niños venezolanos. *Rev Odontopediatr Latinoam* 2016; 6(2):81-9.

5. Baldani MH.; Antunes JLF. Desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos: estudo transversal em uma área atendida pela Estratégia Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(2):S272-S283
6. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012
7. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
8. Donaldson, A. N., Everitt, B., Newton, T., Steele, J., Sherriff, M., & Bower, E. (2008). The Effects of Social Class and Dental Attendance on Oral Health. *Journal of Dental Research*, 87(1), 60–64.
9. Fonseca LLV; Nehmy R.MQ; Mota JAC. O valor social dos dentes e o acesso aos serviços odontológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 3129-3138, 2015.
10. Santiago BM, Valença AM, Veltore MV. Social capital and dental pain in Brazilian northeast: a multilevel cross-sectional study. *BMC Oral Health* 2013 Jan; 13(2).
11. Divaris K, Lee JY, Baker AD, Gizlice Z, Rozier RG, DeWalt DA et al. Influence of caregivers and children's entry into the dental care system. *Pediatrics*. 2013 May;133(5):1268-76
12. Azenha MR; Lacerda SA; Bim AL; Caliento R; Guzman S. Celulite facial de origem odontogênica. Apresentação de 5

casos. Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac. 2012 Jul/Sep; 12(3):41-48.

13. Boffano P, Roccia P, Roccia F, Pittonj D, Di Dio D, Forni P, Gallesio CP et al. Management of 112 hospitalized patients with spreading odontogenic infections: correlation with DMFT and oral health impact profile 14 indexes. Oral sur, oral med, oral pathol and oral radiol. 2001 Feb. 113(2): 207-213
14. Kara A, Ozsurekci Y, Tekcicek M, Karadag OE, Cengiz AB, Karahan S et al. Length of hospital stay an management of facial cellulitis of odontogenic origin in children. Pediatr Dent 2014 Jan-Feb; 36(1):18-22.
15. Rega AJ, Aziz SR and Ziccardi VB. Microbiology and Antibiotic Sensitivities of Head and Neck Space Infections of Odontogenic Origin. J Oral Maxillofac Surg. 2006 Sep; 64:1377-1380
16. Giunta CC, Soto MF, Acevedo AMR. Medical-dental considerations in the care of children with facial cellulitis of odontogenic origin. A disease of interest for pediatricians and pediatric dentists. Arch Argent Pediatr 2018 Aug;116(4):548-e553
17. Stroe W, Haug RH, Lillich TT. The changing face of odontogenic infections. J Oral Maxillofac Surg 2001 Jul;59(7): 739–749

18. Prado JS, Aquino DR, Cortelli JR, Cotelli SC. Condição dentária e hábitos de higiene bucal em crianças com idade escolar. *Rev Biociências*. 2008; 7(1).

19.

NORMAS DA REVISTA

1. Página título

1.1 Título: escrito em inglês e em português.

1.2 Autor(es): Nome completo, título, principal atividade (professor assistente, professor associado, professor titular, aluno de pós-graduação, pesquisador), afiliação (instituição ou clínica privada, departamento ou curso de pós-graduação, cidade, estado e país) e e-mail.

O número de autores deve ser limitado a seis, exceto em casos de estudos multicêntricos ou similares.

1.3 Autor correspondente: nome, endereço complete postal e eletrônico (e-mail) e telefone.

1.4 Em caso de qualquer relacionamento entre os autores e entidades pública ou privada que possa resultar em conflito de interesses, esta possibilidade deve ser declarada.

Observação: A página título será removida do arquivo submetido antes da conversão em formato PDF para ser enviado à revisão por pares.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (em inglês e em português)

2.1 Resumos: máximo de 200 palavras, escrito em inglês e em português.

O resumo deve ser estruturado com as seguintes divisões:

- Artigo Original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão.
- Relato de Caso: Objetivo, Descrição do(s) Caso(s) e Conclusão.
- Revisão de Literatura: o formato estruturado do artigo original pode ser seguido, mas não é mandatório.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BIREME ou do Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

IMPORTANTE:

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição e está registrado no SISNEP, de acordo com os requisitos nacionais e a Declaração de Helsinki. O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). De forma similar, estudos com outros animais devem ser aprovados pelo comitê institucional competente e o documento de aprovação do protocolo de pesquisa deve ser enviado como documento suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

5.1 As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15). Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

5.2 Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 10 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

5.3 A lista de referências deve ser escrita em espaço duplo, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

5.4 As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

5.5 O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32(7):789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. *A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta [tese]*. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. *Histopathology* [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos/abstracts, comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

10. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu "Tabela" do programa Word for Windows, numeradas

consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço duplo na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *,†, ‡, §, ||, **,††,‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo ◆.

11. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

11.1 As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

11.2 Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

11.3 Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

11.4 As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

11.5 Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

