

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS
UNIEVANGÉLICA
CURSO DE ODONTOLOGIA

Ester Aquino de Sousa Moreira
Kêmilly Mirelle Batista César
Mariane de Oliveira Bento Ferreira
Thaís Lima Lemes

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA
SOBRE A AVULSÃO DE DENTES PERMANENTES ANTERIORES

Anápolis – Goiás
2018/2

Ester Aquino de Sousa Moreira
Kêmilly Mirelle Batista César
Mariane de Oliveira Bento Ferreira
Thaís Lima Lemes

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA SOBRE A AVULSÃO DE DENTES PERMANENTES ANTERIORES

Trabalho de curso, apresentado ao curso de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis- Uni Evangélica, sob a orientação da Prof.^a. Dra. Regina Mota de Carvalho.

Anápolis- Goiás

2018/2

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA SOBRE
A AVULSÃO DE DENTES PERMANENTES ANTERIORES

MOREIRA, E. A. S.¹; CÉSAR, K. M. B.¹; FERREIRA, M. O. B.¹; LEMES, T. L.¹; CARVALHO, R,
M.^{2*}

¹Acadêmicas do curso de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA;

²Doutora em Odontologia pela SLMandic; Professora do Departamento de Odontopediatria do
Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA.

*E-mail: regina.motacarvalho0@gmail.com

Telefone: (62) 9 9906-1855

Anápolis - GO

2018

SUMÁRIO

ARTIGO CIENTÍFICO	
INTRODUÇÃO	6
METODOLOGIA	7
RESULTADOS	7
Tabela 1. Distribuição percentual sobre a orientação ao paciente pelo telefone.	8
Tabela 2. Distribuição percentual sobre como proceder o atendimento de urgência.	9
DISCUSSÃO	10
CONCLUSÃO	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14
ANEXOS	17

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA SOBRE A AVULSÃO DE DENTES PERMANENTES ANTERIORES

Resumo

Avulsão dentária é o completo deslocamento do dente de seu alvéolo. É uma lesão traumática comum tanto na dentição decídua quanto na permanente, sendo pacientes até os 11 anos e dentes anteriores os mais acometidos devido atividades recreativas. O objetivo do trabalho foi avaliar, através de um questionário obtido do questionário de Marzola; Rosa-Marques e Valarelli⁷ (2008), o conhecimento e as atitudes de acadêmicos do sétimo e oitavo períodos do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, em relação às adequadas condutas de urgência frente à avulsão dentária e seu acompanhamento após devido tratamento, já que dentes avulsionados apresentam prognóstico duvidoso. O tempo fora da cavidade bucal e o meio de armazenamento são os fatores mais determinantes, por esse motivo a adoção de medidas adequadas no momento do acidente é fundamental para o elemento dentário. As respostas foram apuradas através de uma estatística descritiva e inferencial. Concluiu-se que os acadêmicos demonstraram bom conhecimento sobre a avulsão dentária, embora divergências tenham sido observadas para questões que se referem, principalmente, ao meio de armazenamento do dente avulsionado, sendo considerado ideal o transporte e o armazenamento correto do dente.

Palavras chave: Traumatismos dentários; Avulsão dentária; Padrões de prática odontológica.

KNOWLEDGE EVALUATION OF ACADEMICS OF DENTISTRY ON AVULSION OF PREVIOUS PERMANENT TEETH

Tooth avulsion is the complete displacement of tooth and from its alveolus. It's a common traumatic lesion in both deciduous and permanent dentition, with patients up to 11 years of age and anterior teeth being the most affected due to recreational activities. The purpose of this research was to evaluate, through a questionnaire obtained from the Marzola questionnaire; Rosa-Marques and Valarelli⁷ (2008), the knowledge and attitudes of one hundred seventh and eighth graders of the University of Anapolis - UniEvangelica's Dental School in relation to the appropriate emergency procedures for dental avulsion and its follow up after due treatment, since avulsed teeth present a dubious prognosis because time outside the oral cavity and storage medium are the most determinant factors, so the adoption of adequate measures at the time of the accident is fundamental for the dental element. The answers were determined through descriptive and inferential statistics. It was concluded that the students showed good knowledge about dental avulsion, although divergences were observed for questions that mainly refer to avulsion tooth storage medium, and the correct transport and storage of the tooth is considered ideal.

Keywords: Tooth Injuries ; Tooth avulsion; Practice Patterns, Dentists'.

Introdução

Avulsão dental é a completa retirada do dente de seu alvéolo de origem, podendo causar sérios danos histológicos à polpa, ao ligamento periodontal, cemento, e osso alveolar. Esse problema tem ganhado destaque na saúde pública alcançando altos índices de prevalência. Essas injúrias ocorrem comumente em crianças e adolescentes onde nessa fase elas estão mais envolvidas em atividades esportivas, o que aumenta o risco de injúrias dentais que podem resultar em danos funcionais e estéticos. Os procedimentos iniciais estão diretamente ligados ao sucesso nestes casos^{1,2}.

Avulsão dentária na dentição permanente, ocorre com maior frequência em pacientes na faixa etária compreendida entre 7 e 11 anos de idade. Representa aproximadamente 15% das lesões traumáticas nessa fase³. Traumas dentários são considerados relativamente comuns tanto na dentição decídua como na permanente, sendo os incisivos superiores os dentes mais afetados⁴. O sexo masculino é considerado o mais afetado, principalmente durante período de férias na realização de atividades recreativas¹. É considerada uma situação de urgência que exige uma conduta clínica imediata e correta do cirurgião-dentista, pois o tempo é fator determinante para aumentar a probabilidade de sucesso do tratamento⁵.

Isto, demonstra que o conhecimento e atitudes corretas frente a esta emergência é de extrema importância para um prognóstico favorável àquele paciente, onde grande parte destes dentes traumatizados são perdidos ou apresentam um prognóstico sombrio devido à falta de informação da população quanto às medidas de pronto atendimento adequadas no momento do acidente⁶. Contudo, não somente os educadores (normalmente presentes com a faixa etária mais afetada pela avulsão), mas também os Cirurgiões Dentistas, apresentam deficiências em como agir nos casos de trauma dentário, permanecendo a dúvida quanto a tomada de decisão quanto ao armazenamento, transporte e estabilização do dente avulsionado⁵.

Portanto, o objetivo deste trabalho foi analisar o nível do conhecimento e atitudes dos acadêmicos do 7º e 8º período do curso de odontologia do Centro Universitário de Anápolis - UniEvangélica, acerca da avulsão dentária de dentes

permanentes anteriores no aspecto clínico e radiográfico, evidenciando se os futuros cirurgiões dentistas estarão aptos nas ações imediatas e na prevenção do trauma.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional quantitativo que teve como público alvo acadêmicos do sétimo e oitavo período do curso de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica matriculados nas disciplinas de odontopediatria, cirurgia e endodontia, tendo todos os participantes recebido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com a ressalva de que nenhum participante pôde ter acesso a nenhum material informativo. As informações foram coletadas a partir do questionário de Marzola; Rosa-Marques e Valarelli⁷ (2008), autoaplicável e sua estrutura foi composta por duas situações fictícias e dez perguntas de múltipla escolha. As perguntas de um a quatro, correspondiam à primeira situação, quando, por telefone, o profissional deveria orientar ao paciente ou responsável sobre a conduta a ser realizada até que o mesmo chegasse ao consultório odontológico. Isto é, cuidados quanto ao manuseio, limpeza e armazenamento do dente. Para a segunda situação, as perguntas de cinco a dez serão aplicadas quando o paciente já estiver no consultório odontológico e o profissional então optará pela melhor conduta em relação a limpeza, tratamento endodôntico, contenção, acompanhamento radiográfico e previsibilidade de sequelas. Após a tabulação dos dados, foi feita uma estatística descritiva na forma de frequência simples e percentual. Para tanto utilizou seu programa estatístico SPSS para WINDOWS versão 21.0. Para a formatação da tabela e a composição foi utilizada software Microsoft Excel 360°, 2018

Resultados

Os dados obtidos através dos questionários empregados nesta pesquisa de campo foram apurados e apresentados nas duas tabelas inseridas nos subtópicos a seguir. Dentre os 66 entrevistados, um total de 66 acadêmicos de Odontologia foram incluídos na amostra. Sendo que nenhum entrevistado foi excluído por preenchimento incompleto do questionário.

Na primeira situação os acadêmicos foram questionados sobre como orientariam ao paciente a segurar o dente, ainda pelo telefone, considerando que tenha sofrido queda acidental na rua, em casa ou na escola e tenha ocorrido avulsão de um dente incisivo permanente (Tabela 1). A segunda situação sugere que o paciente tenha chegado ao consultório para atendimento odontológico de urgência (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição percentual sobre a orientação ao paciente pelo telefone.

Variáveis	Nº	%
Como você orientaria ao paciente a segurar o dente?		
(a) Pela Raiz;		
(b) Pela Coroa;	66	100,00%
(c) Em qualquer posição		
O que faria com o dente?		
(a) Não limparia;	32	48,48%
(b) Limparia com água ou algum líquido;	33	50,00%
(c) Limparia com pano ou papel	1	1,52%
Como levaria o dente?		
(a) Embrulhado em algum material seco;		
(b) Imerso em algum líquido;	66	100,00%
(c) Acondicionamento em gelo		
Caso colocasse em algum líquido, qual seria?		
(a) Soro fisiológico;	3	4,50%
(b) Saliva;	17	25,80%
(c) Leite	46	69,70%

Tabela 2. Distribuição percentual sobre como proceder o atendimento de urgência.

Quanto a limpeza do alvéolo

(a) Não limparia;	15	22,70%
(b) Limparia e irrigaria com soro fisiológico;	50	75,80%
(c) Faria a curetagem e lavaria com soro sob forte jato	1	1,50%

O que faria com o dente avulsionado em menos de 2 horas do trauma?

(a) Recolocaria sem tratamento endodôntico prévio ao reimplante;	56	84,80%
(b) Não recolocaria o dente em seu alvéolo;	5	7,60%
(c) Trataria endodonticamente antes de reimplantar	5	7,60%

Caso fizesse o reimplante, antes você Irrigaria o dente com

(a) Soro fisiológico em forte jato;	1	1,50%
(b) Irrigaria o dente suavemente com soro fisiológico;	65	98,50%
(c) Rasparia a raiz para remover impurezas e o ligamento periodontal		

Pergunta 8: No caso de reimplante

(a) Não faria contenção;		
(b) Faria contenção com fio de aço rígido;	24	36,40%
(c) Faria contenção com fios maleáveis	42	63,60%

Quais as consequências mais comuns após o reimplante?

(a) Reabsorção radicular externa do tipo inflamatória e necrose pulpar;	27	40,90%
(b) Reabsorção radicular externa do tipo substituição e anquilose;	8	12,10%
(c) As alternativas a e b estão corretas	31	47,00%

O exame radiográfico deve ser feito

(a) Somente na primeira consulta;		
(b) Mensalmente durante a ano;	33	50,00%
(c) Periodicamente por 5 anos	33	50,00%

Discussão

O exame clínico é considerado o mais importante do processo diagnóstico. Lesões concomitantes podem estar presentes; a história da doença pode orientar ao Cirurgião- dentista a examinar outras áreas na busca de sinais de lesões⁸. O exame radiográfico é, sem dúvida alguma, essencial tanto para auxiliar no diagnóstico, como no controle posterior do trauma, tendo como objetivo identificar a ocorrência de alguma anormalidade, tanto no dente acometido como no seu sucessor permanente⁹. O acompanhamento desses dentes é imperioso. Deve-se preservar por um período de 5 anos para determinar o resultado (sucesso ou insucesso) do reimplante¹⁰. Esses pacientes devem ser acompanhados cuidadosamente e em intervalos frequentes e regulares por algum tempo depois da reimplantação⁸.

Dentre os fatores mais relevantes para determinação do prognóstico do reimplante dental, o tempo fora da cavidade bucal e o meio de armazenamento são os mais importantes^{8,11,12,13,14}. É a partir da integração desses dois fatores que poderemos tentar determinar o melhor plano de tratamento para o paciente buscando o sucesso do procedimento, e, assim, preservar o elemento dental de forma duradoura na cavidade oral. Porém, para outros autores, o que deve ser avaliado e considerado relevante para o prognóstico é: tratamento inicial do dente, tempo de exposição fora da cavidade oral menor que trinta minutos, teste pulpar positivo, teste pulpar negativo, forame apical menor que 1,3 mm, forame apical maior que 1,3 mm e dente não encontrado/ sem possível reimplante/ severa condição periodontal¹².

Quando o cirurgião-dentista recebe um chamado a respeito de um dente totalmente avulsionado, deve orientar o responsável que enxágue o dente imediatamente com saliva do paciente, água filtrada ou solução salina e reimplante o dente. O paciente deve segura-lo pela coroa, tentando não tocar na raiz, e, então, após reposicionado, deve procurar imediatamente o cirurgião-dentista. Se o paciente não consegue recoloca-lo no alvéolo, deve guardar o mesmo num meio apropriado até que o procedimento seja realizado por um profissional⁸. Na presente pesquisa houve concordância entre 100% dos entrevistados que afirmaram orientar o paciente a segurar o dente avulsionado pela coroa e 48% orientariam o paciente a não limpar o dente, discordando com o trabalho de Peterson et al.⁸ (2005).

O tempo crítico de reposição de dente no alvéolo foi estabelecido em torno de 15 a 30 minutos após a sua avulsão¹⁴. Contudo, em circunstâncias menos favoráveis, tal conduta deve ser entendida como uma tentativa de salvar o elemento dental, tendo em vista que, invariavelmente, algum tipo de reabsorção radicular lenta ou acelerada ocorrerá, mesmo que a mais perfeita e cuidadosa técnica seja utilizada¹⁵. Períodos que excedam duas horas são geralmente associados a resultados ruins⁸. Porém, na atual pesquisa, ao perguntarmos o que os entrevistados fariam com o dente avulsionado até duas horas do trauma, 84% responderam que recolocariam o dente sem tratamento endodôntico prévio.

Quando se trata de dentes decíduos que sofreram avulsão o reimplante é contraindicado, pois a necrose pulpar é um evento frequente. Além disso, há risco de se lesar o germe dentário permanente através do reimplante, pois o coágulo pode ser forçado na área do folículo^{16,10}.

Existem muitas soluções que foram propostas e/ou testadas como meio de armazenamento para dentes avulsionados, a exemplo do leite, saliva ou água de coco¹⁷. A utilização de um meio inadequado, aumenta potencialmente o risco de necrose celular, que irá então conduzir a anquilose e a reabsorção por substituição radicular. O meio ideal de armazenamento deve estar prontamente disponível ou facilmente acessível ao local do acidente. Isto é essencial para rapidamente repovoar a superfície radicular com células do ligamento periodontal e prevenir a fixação dos osteoclastos no cimento.

A saliva contém substâncias potencialmente prejudiciais, tais como enzimas, bactérias e seus subprodutos. Apesar de a saliva ser um meio prontamente disponível, dentes avulsionados não devem ser armazenados por mais de 30 minutos nela em termos de preservação do ligamento em dentes controlados radiograficamente. Tanto dentes emergidos na saliva como mantidos a seco, independente da temperatura e tempo, foram danosos a células do ligamento periodontal e devem ser evitados¹⁷.

As propriedades biológicas do leite bovino pasteurizado, osmolaridade similar à do fluido extra-celular, substâncias nutricionais somadas a facilidade de aquisição, o

fazem um bom meio para transporte de dentes avulsionados. O leite, por ser um meio isotônico, com pH ligeiramente alcalino e relativamente sem bactérias, é considerado um excelente meio de estocagem, pois é capaz de manter a viabilidade de células do ligamento periodontal^{8, 14, 18}.

A solução salina balanceada de Hank, o Viaspan e a solução de Custodiol, preparados comercialmente são de acesso mais difícil, mas sua efetividade sobre as células periodontais é superior a do leite, mas o seu uso em locais onde avulsões dentárias podem ocorrer é impraticável. Os resultados do estudo de Özan et al¹⁹ (2007), indicaram que a água da torneira, a saliva, e o soro fisiológico eram todos ineficazes para a manutenção da viabilidade das células do ligamento periodontal^{8, 14, 18}.

Portanto, 100% dos entrevistados no presente trabalho responderam corretamente a questão 3 quando marcaram a alternativa de que o paciente deveria levar o dente ao consultório imerso em “algum líquido” e em relação ao armazenamento.

Já em relação a contenção, a estabilização de um dente avulsionado pode ser conseguida utilizando-se de uma variedade de materiais, como fios de aço, barras, fio de nylon, splints. O período de estabilização semi-rígida deve ser tão pequeno quanto o tempo necessário para o dente se tornar readquirido normalmente de sete a dez dias. Neste intervalo as fibras gengivais já estarão reparadas^{8, 10, 15, 16}.

Nos casos em que há fraturas alveolares concomitantes ou que o dente avulsionado tenha sido mantido fora do alvéolo por muito tempo e em meio seco (prognóstico muito ruim), pode-se realizar uma contenção rígida após o reimplante. Esta deve permanecer por períodos mais prolongados, de 40 a 60 dias. Já que não existe mais ligamento periodontal, a anquilose será a única modalidade de cicatrização possível¹⁶. Estes estudos direcionam a resposta da questão 8 da pesquisa, para contenção com fios maleáveis, já que nenhuma fratura óssea foi citada na situação fictícia proposta. Ainda assim, uma parcela considerável de 36% dos entrevistados que participaram de nosso trabalho, afirmaram que fariam contenção com fio de aço rígido e 63% fios maleáveis.

As reabsorções radiculares por substituição e/ou inflamatória constituem as principais causas biológicas de perdas dentárias após o reimplante de dentes avulsionados⁷. Ambas as reabsorções radiculares podem ocorrer, separadamente ou ao mesmo tempo. Assim, 46% dos participantes da pesquisa responderam corretamente a questão 9 que aborda o tema.

Do ponto de vista do conhecimento radiográfico, devido a frequência com que ocorrem reabsorções radiculares e anquilose após avulsões dentárias, é muito importante a preservação como forma imprescindível de controle e manutenção do sucesso clínico¹⁸. Por tudo isso que foi exposto, pode-se considerar que o resultado da pesquisa no que se refere ao acompanhamento radiográfico de dentes reimplantados foi razoável, pois 50% dos entrevistados respondeu que realizaria exames radiográficos periodicamente por até 5 anos.

Conclusão

Todos os acadêmicos deveriam ter o conhecimento sobre como instruir os familiares, assim como a tratar o dente avulsionado e seu reimplante de forma adequada. Todavia, existe uma pequena falha no que se refere ao conhecimento das condutas clínicas necessárias para esta situação a qual pode ser suprida com a reciclagem ou a capacitação destes acadêmicos e futuros profissionais, com a inserção deste conteúdo para uma padronização do atendimento.

Referências Bibliográficas

1. Siqueira A, Gonçalves P. Avulsão dentária traumática acidental: cuidados odontológicos para o reimplante. Rev Faculdade Odontol Lins. 2012; 22(1): 47-55.
2. Ornellas P, Domingos H, Gomes C, Antunes L, Antunes L. Conhecimento e Atitudes com Relação ao Atendimento Emergencial das Injúrias Dentárias Traumáticas. J Health Sci. 2016; 18(2): 91-85.
3. Guedes P, Antonio C. Reabilitação bucal em odontopediatria: atendimento integral. 1.ed. Santos, São Paulo: Santos ISBN; 1999.
4. Moraes F. Avulsão dentária: Características gerais, sequelas e protocolos terapêuticos [Monografia]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, 2014.
5. Antunes D, Gonçalves M, Antunes D, Paula M, Leite F, Chaves M. O conhecimento de cirurgiões-dentistas sobre condutas clínicas nas avulsões e reimplantes dentários: estudo piloto. HU Rev. 2012; 38(1): 135-141.
6. Alves L, Freitas V, Rosendo R, Gominho L, Sarmiento T. Avaliação do conhecimento de professores do ensino fundamental da rede particular sobre atendimento imediato de vítima de traumatismo dental. Rev. da Faculdade de Odontologia, 2015 set./dez.; 20(3): 307-302.
7. Marzola C, Rosa-Marques R, Valarelli TP. Avulsão dental: o cirurgião-dentista sabe o que fazer? [Monografia]. Baurú: Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco- maxilo- facial, Hospital de Base da Associação Hospitalar; 2008.
8. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
9. Corrêa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. 2.ed. São Paulo, Brasil: Santos; 2005.
10. Maia SMAS, Travassos RMC, Mariz EB, Macêdo SM, Alencar TA. Conduta clínica do cirurgião-dentista ante a avulsão dental: Revisão de literatura. Rev Sul- Bras de Odont. 2006; 3; 42-47.

11. Rebouças P, Neto J, Sousa D. Fatores que influenciam no sucesso do reimplante dental. Pub UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde. 2013 Jan/jun; 31-37.
12. Kostka E, Meissner S, Finke C, Mandirola M, Preissner S. Multidisciplinary Treatment Options of Tooth Avulsion Considering Different Therapy Concepts. Open Dent. Journal. 2014; 8; 180-183.
13. Blakytyn C, Surbutis C, Thomas A, Hunter ML. Avulsed permanent incisors: knowledge and attitudes of primary school teachers with regard to emergency management. Int J Paediatr Dent. 2001; 11:327-2.
14. Guedes P, Antonio C. Odontopediatria: atendimento integral. 7.ed. Santos, São Paulo: Santos ISBN; 2003.
15. Santos, MESM. O conhecimento de pais ou responsáveis sobre avulsão de dentes permanentes [dissertação de mestrado em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.
16. Andreasen JO, Andreasen FM. Traumatismo dentário: soluções clínicas. 2 ed. São Paulo: Panamericana, 1991.
17. Flores FW, Flores JA, Diesel PG, Bianchini AG, Bevilacqua WB. Meios de armazenamento para dentes avulsionado: revisão de literatura. Saúde Santa Maria, Suplemento - Artigos de revisão. 2016 Jul; 73-80.
18. Rodrigues RCP, Weber DR, Xavier CB. Avaliação clínica e radiográfica de pacientes submetidos a reimplantes dentários em um período de 10 anos. HU Rev 17., 2008; 38(3), 135-141.

19. Ozan F, Polat ZA, Er K, Ozan U, Deđer O. Effect of propolis on survival of periodontal ligament cells: new storage media for avulsed teeth. *J Endod.* 2007;33(5):570-3.

ANEXOS

Condições para submissão- Revista Scientific Investigation in Dentistry

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word.

O texto foi redigido em layout de página para papel A4, letra Arial 12, com no máximo 15 laudas, com margens 3 cm no topo, rodapé e em ambos os lados, em espaço 1,5; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no final do documento na forma de anexos.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.

Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

Diretrizes para Autores

A revista Scientific Investigation in Dentistry, dirigida a classe odontológica, destina-se à publicação de artigos inéditos e originais de investigação científica, relatos de casos clínicos e de técnicas, artigos de ensino, odontologia da comunidade e laboratorial. Será dada prioridade à publicação de trabalhos científicos originais, ficando a publicação de relatos de caso e revisões de literatura a critério do interesse da revista Scientific Investigation in Dentistry.

I - Normas Gerais

1- Os trabalhos deverão ser submetidos online na página da Scientific Investigation in Dentistry;

2- Os trabalhos serão considerados para publicação na revista Scientific Investigation in Dentistry após revisão crítica do Corpo Editorial Especializado que apreciará a relevância e pertinência do trabalho. Fica estabelecido de que a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho é inteiramente dos autores. Todos os trabalhos devem ser acompanhados de uma carta de encaminhamento ao editor chefe, cujo modelo está sugerido no final destas normas. Esta é uma carta datada e assinada por cada autor (não apenas o autor correspondente), afirmando que:

- que o trabalho foi submetido apenas ao periódico Scientific Investigation in Dentistry e que não está simultaneamente sendo avaliado para publicação em outra revista.
- Autores devem assumir a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido e confirmar que o trabalho apresentado, incluindo imagens, é original. Autores devem lembrar de que se as imagens incluídas (por exemplo, tabelas e figuras) previamente publicadas pode exigir permissão de direitos autorais.
- Indicar de que não há conflitos de interesse que possam interferir nos resultados da pesquisa.
- Concordar com a cessação dos direitos autorais à revista Scientific Investigation in Dentistry.

3- A revista Scientific Investigation in Dentistry deterá o direito autoral sobre o trabalho publicado podendo permitir sua reprodução total ou parcial.

4- Autoria: Somente as pessoas que fizeram uma contribuição significativa para o trabalho submetido devem ser listadas como autores. O editor-chefe espera que um trabalho normalmente deva ter não mais de 6 autores, a menos que neste caso seja feita pelo autor correspondente, na carta de apresentação do trabalho, justificando a inclusão de outros autores. Todos os autores citados deverão estar envolvidos no trabalho e deverão ter lido o documento antes de ser enviado para publicação. As

afirmações e opiniões dos artigos assinados são de responsabilidade integral do(s) autor(es).

5- A revista reserva-se o direito de editar o trabalho visando adequá-lo ao espaço disponível com clareza e correção textuais.

6 – A revista reserva-se o direito de solicitar material instrutivo adicional ao(s) autor(es).

7- A revista reserva-se o direito de solicitar a tradução do trabalho para a língua inglesa. Esta poderá oferecer este serviço, entretanto, com oneração aos autores.

II – Corpo Editorial

1- Os trabalhos inicialmente passarão por uma triagem, onde serão considerados para avaliação, apenas trabalhos que estiverem dentro do foco e escopo da revista e dentro das normas de publicação da Scientific Investigation in Dentistry. Estes trabalhos receberão uma carta de submissão, declarando que o trabalho está em processo de avaliação. Os trabalhos inadequados serão automaticamente devolvidos aos autores para reformulações, sem direito à carta de submissão.

2- O conselho editorial da revista removerá toda a identificação do trabalho que será substituído por um número de registro, antes de encaminhar para o corpo editorial que fará a avaliação por pares. O conselho editorial da revista decidirá sobre a conveniência de publicação ou não do trabalho, bem como, de correções e possíveis modificações.

3- Os trabalhos selecionados serão comunicados aos seus autores sobre o ACEITE da revista e publicados conforme a disponibilidade do espaço editorial.

4- O trabalho poderá ser retirado pelo(s) autore(es), segundo seu critério de conveniência, a qualquer momento, porém, antes e ser enviado para diagramação.

5- Os trabalhos selecionados pelo conselho editorial serão encaminhados para revisão na língua em que foi redigido, seja português ou inglês.

III – Notas para a Preparação de Submissão do Trabalho

Originais deverão ser redigidos em português ou inglês.

1- A primeira página, folha de rosto, deverá conter as seguintes informações:

- Título do trabalho na língua em que foi redigido o trabalho
- Nome(s) dos autores (máximo 6), principal titulação e afiliação institucional
- Indicação das fontes de fomento da pesquisa, se houver.
- Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor correspondente
- Página não numerada

O artigo deverá ser realizado no Word, layout de página para papel A4, letra Arial 12, com no máximo 15 laudas, com margens 3 cm no topo, rodapé e em ambos os lados, em espaço 1,5.

2- Legendas das ilustrações:

(Fotos, gráficos, desenhos) devem estar inseridas em páginas separadas e numeradas. No texto devem ser indicados os espaços em que ocuparão.

3- Tabelas

- Cada tabela com sua respectiva legenda deve estar em espaço 1,5, mais próximo possível de suas citações;
 - As tabelas devem ser numeradas com números arábicos;
 - Cada tabela deve conter toda informação necessária e assim poderá ser analisada isoladamente, independente do texto;
- Deverão ser anexadas no e-mail separadamente ao submeter o trabalho. Estas

deverão ser renomeadas de tal forma facilite o entendimento do que se refere. Ex.: Tabela 1, Tabela 2A, etc.

4- Figuras

- Devem ter resolução mínima de 300Kb
- Deverão ser anexadas em arquivos separados do texto em arquivo JPEG ou TIFF. Estas deverão ser renomeadas de tal forma facilite o entendimento do que se refere. Ex.: Figura 1, Figura 2A, etc.

5- Citação de autores no texto

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

-Forma indireta, numérica: ... and interfere with the bacterial system and tissue system^{3,4}

-Forma direta, alfanumérica:
Um autor: Silva²³ (2009); Dois autores: Silva e Carvalho²⁵ (2010); Três ou mais autores: Silva et al.¹⁶ (2012)

6- Estrutura do Trabalho (Trabalhos originais)

a) A segunda página, numerada, após a folha de rosto, a deverá conter:

-Título do trabalho em português (ou na língua em que foi redigido o trabalho)

-Título do trabalho em inglês (ou em Português, caso redigido em inglês)

-Resumo não deve exceder 250 palavras e ser redigido na língua do trabalho.

Para pesquisas originais deverá conter os seguintes subtítulos: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões.

Para estudos clínicos o nome da base de dados, sigla e/ou número do Ensaio Clínico deverão ser colocados ao final do(s) resumo(s) do artigo

Para as revisões: Objetivo; Desenvolvimento e Considerações Finais.

Para os relatos de caso clínico: Objetivos; Relato de Caso e Considerações Finais.

Unitermos com 3 a 6 palavras-chaves de acordo com o DeCS (Descritores em ciência da saúde). Consultar a página <http://decs.bvs.br/>

b) Introdução: deve ser apresentado em um formato estruturado, contendo os seguintes temas, embora não nas subposições: declarações sucintas do assunto em questão, e que a essência do conhecimento existente e compreensão pertinentes ao assunto. O parágrafo final da introdução deve indicar claramente os objetivos e / ou objetivo do trabalho que está sendo relatado.

c) Material e Métodos: devem ser apresentados com suficientes detalhes que permitam confirmação das observações encontradas.

d) Resultados: Não deverá repetir os mesmos dados nas figuras de tabelas. Observações importantes devem ser enfatizadas.

e) Discussão: Confronto dos resultados obtidos com a literatura considerando a metodologia adotada.

f) Conclusão: percepções obtidas com o trabalho a partir dos objetivos.

g) Abstract - resumo em inglês ou resumo em português, caso redigido em inglês.

h) Keywords – (unitermos em inglês)

i) Agradecimentos – se houver

j) Referências Bibliográficas – até 20 referências e devem aparecer no texto em ordem numérica. Abreviações dos títulos das revistas devem estar de acordo com Index Medicus elaboradas de acordo com as normas de Vancouver).

7- Estrutura do Trabalho (Relato de Caso)

a) A segunda página, numerada, após a folha de rosto, a deverá conter:
 -Título do trabalho em português (ou na língua em que foi redigido o trabalho); Título do trabalho em inglês (ou em Português, caso redigido em inglês);
 -Resumo não deve exceder 250 palavras e ser redigido na língua do trabalho. Para as revisões: Objetivo; Desenvolvimento e Considerações Finais. Unitermos com 3 a 6 palavras-chaves de acordo com o DeCS (Descritores em ciência da saúde). Consultar a página <http://decs.bvs.br/>

b) Introdução: deve ser apresentado em um formato estruturado, contendo os seguintes temas, embora não nas subposições: declarações sucintas do assunto em questão, e que a essência do conhecimento existente e compreensão pertinentes ao assunto. O parágrafo final da introdução deve indicar claramente os objetivos e / ou objetivo do trabalho que está sendo relatado.

c) Relato de caso: descrever os aspectos clínicos e todos os procedimentos de diagnóstico e tratamento realizados. Nos casos aplicáveis deve ser explícito o tempo de preservação.

d) Discussão: explicação dos procedimentos de diagnóstico e tratamento adotados, ponderação das características encontradas no presente caso em comparação com a literatura previamente publicada.

e) Considerações Finais: percepções obtidas com o trabalho.

f) Abstract - resumo em inglês ou resumo em português, caso redigido em inglês.

g) Keywords – (unitermos em inglês)

h) Agradecimentos – se houver

i) Referências Bibliográficas – até 15 referências e devem aparecer no texto em ordem numérica. Abreviações dos títulos das revistas devem estar de acordo com Index Medicus elaboradas de acordo com as normas de Vancouver).

8- Estrutura do Trabalho (Revisão da Literatura)

a) A segunda página, numerada, após a folha de rosto, a deverá conter:
 - Título do trabalho em português (ou na língua em que foi redigido o trabalho)

- Título do trabalho em inglês (ou em Português, caso redigido em inglês)
- Resumo não deve exceder 250 palavras e ser redigido na língua do trabalho.
Para os relatos de caso clínico: Objetivos; Relato de Caso e Considerações Finais.
Unitermos com 3 a 6 palavras-chaves de acordo com o DeCS (Descritores em ciência da saúde). Consultar a página <http://decs.bvs.br/>

b) Introdução: deve ser apresentado em um formato estruturado, contendo os seguintes temas, embora não nas subposições: declarações sucintas do assunto em questão, e que a essência do conhecimento existente e compreensão pertinentes ao assunto. O parágrafo final da introdução deve indicar claramente os objetivos e / ou objetivo do trabalho que está sendo relatado.

c) Revisão da Literatura: Sumarização da literatura atual referente ao tema abordado.

d) Discussão: Confronto dos estudos abordados na revisão da literatura.

e) Considerações Finais: percepções obtidas com o trabalho a partir dos objetivos.

f) Abstract - resumo em inglês ou resumo em português, caso redigido em inglês.

g) Keywords – (unitermos em inglês)

h) Agradecimentos – se houver

i) Referências Bibliográficas – até 30 referências e devem aparecer no texto em ordem numérica. Abreviações dos títulos das revistas devem estar de acordo com Index Medicus elaboradas de acordo com as normas de Vancouver).

Abreviaturas e siglas: termos e nomes a ser referidos na forma de abreviaturas ou siglas devem ser dados nominalmente quando mencionado pela primeira vez.

Unidades: unidades SI (sistema internacional de unidades) deve ser usado por toda parte. Se a unidade não consta no SI, o equivalente SI deve ser imediatamente seguido entre parênteses.

Para trabalhos de revisão da literatura e relato de caso, a estrutura do trabalho deverá conter Introdução, Desenvolvimento com discussão e Considerações Finais.

Para relatos de Caso a estrutura do trabalho deverá conter Introdução, Relato de Caso e Considerações Finais,

Independentemente do tipo de estudo, os autores são convidados a escrever de forma concisa.

9- Lista de referências bibliográficas:

a. Livro:

De 1 a 6 autores referenciam-se todos separados por vírgula. Mais de 6 (seis) autores, referenciam-se a´te os 6 primeiros, seguidos da expressão latina “et al”.

Exemplo: Cunningham FG, Macdonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hankins GCV, et al. Williams obstetrics. 20 ed. Stamford: Appleton & Lange; 1997.

b. Capítulo de livro:

I. Com a mesma autoria da obra:

Exemplo: Ruiz JA. Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos. 3 ed. São Paulo: Atlas; 1991. Cap. 3: Como elaborar trabalhos de pesquisa.

II. Com autoria de capítulo:

Exemplo: Phillips SJ, Whisnart JP. Hypertesion and stroke. In: Lsaragh JH, Brenner BM, editors. Hypertesion: Pathophysiology, diagnosis and management. 2 ed. New York: Raven Press; 1995. P465-78.

IV – Aspectos Éticos

Estudos realizados em seres humanos e prontuários clínicos, radiografias, modelos de estudo, devem ter o consentimento por escrito do paciente e aprovação do

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unidade, conforme normas estabelecidas pela Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos.

Para os estudos de Ensaio Clínico há exigência de registro dos em base de dados conforme recomendação aos editores da LILACS e SCIELO disponível em: <http://espacio.bvsalud.org/boletim.php?articleId=05100440200730>.

Para estudos realizados em modelos animais exige-se respeito à legislação em vigor e aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA).

Declaração de Direito Autoral

Declaro que o trabalho de minha autoria foi submetido apenas para este periódico e por isto, não sendo simultaneamente avaliado para publicação em outra revista. Nós autores, acima citados, assumimos a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido e confirmar que o trabalho apresentado, incluindo imagens, é original. Concordamos em conceder os direitos autorais ao periódico Scientific Investigation in Dentistry.