



CURSO DE ODONTOLOGIA

CATARINE ACHY DAS ALMAS

DISPLASIA ÓSSEA POLIOSTÓTICA: relato de caso

POLIOTICS BONE DYSPLASIA: case report

SALVADOR

2019.1

CATARINE ACHY DAS ALMAS

DISPLASIA ÓSSEA POLIOSTÓTICA: relato de caso

POLIOTICS BONE DYSPLASIA: case report

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

Orientadora: Prof. Ms. Jacqueline Machado Gurjão Rios.

SALVADOR

2019.1

AGRADECIMENTOS

Foram cinco anos de amadurecimento e aprendizado, nesse tempo tive a oportunidade de crescer pessoalmente, espiritualmente, profissionalmente e em todas as áreas da minha vida. Foi um caminho cheio de saudades, pois estava longe das pessoas que mais amo, mas também de evolução e muito amor. Primeiramente agradeço ao meu Deus, por todo o cuidado e, proteção em todos os momentos, se não fosse a sua força e as suas misericórdias, eu não atingiria o meu objetivo. Toda honra e glória sejam dadas a Ele! Agradecimento especial aos meus pais, Rita e Edmilson, vocês são o maior presente de Deus para mim, os seus ensinamentos e carinho, me ajudaram a ser quem sou. Amo vocês infinitamente! Um carinho todo especial para minha irmã Caroline, minha parceira, aquela que vibra com a minha vitória, que me ama de maneira sincera e está comigo todos os momentos da minha vida. À Minha tia Síria, obrigada pelo apoio, carinho e orações. Obrigada toda a minha família, tios, tias, primos e primas, vocês são a minha base que me sustentam em orações, carinho, confiança e fidelidade. Aos amigos da faculdade que guardarei para sempre Amandinha, Fernanda, Kath, João e Cássio, obrigada por cada abraço, carinho e por poder contar com vocês. Todos os amigos e amigas que estiveram orando por mim e torcendo pela minha felicidade, a amizade de vocês é preciosa para mim, em especial minha Lulis, Sandinha e Gerson. Aos meus Mestres que me passaram conhecimentos para exercer a profissão que constrói o sorrir e muda vidas. Quero agradecer especialmente a

minha orientadora Jacqueline Gurjão por toda dedicação, carinho e paciência, por ser a melhor orientadora que eu poderia ter, pela disponibilidade e por todos os ensinamentos. É um ciclo que se fecha e um novo caminho a seguir, é uma mistura de ansiedade, com felicidade e principalmente fé, fé em um Deus que me manteve até aqui e que me ajudará a seguir com amor, dedicação, paz e muitos sorrisos.

“É preciso que eu suporte duas ou três larvas se quiser conhecer as borboletas.”

Antoine de Saint-Exupéry

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	9
2. RELATO DE CASO	11
3. DISCUSSÃO	15
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	18

REFERÊNCIAS

ANEXO 1 – SUBMISSÃO AO CEP

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO 3 – FOLHA DE ROSTO

ANEXO 4 – DIRETRIZES PARA AUTORES

RESUMO

A displasia óssea é um distúrbio de natureza benigna e progressiva, de etiologia desconhecida, não neoplásico, que possui manifestações tumorais de crescimentos lento, substituindo tecido esponjoso da medula óssea normal por proliferação fibroblástica estruturalmente desorganizada. Essa condição pode estar presente em um único osso (Displasia Fibrosa Monostótica) ou em dois ou mais ossos sem continuidade (Displasia Fibrosa Poliestótica). O diagnóstico baseia-se na história médica do paciente, apresentação clínica, exames radiográficos revelando presença de imagem radiolúcida uni ou multilocular, com radiopacidade em diferentes graus de definição possuindo aspecto de “vidro fosco” ou “vidro despolido” e, quando necessário, exames histopatológicos. O trabalho realizado tem como objetivo relatar um caso de displasia óssea poliestótica em uma paciente de gênero feminino de 37 anos, demonstrando, a partir de imagens radiográficas, a importância desse tipo de exame para um correto diagnóstico desta patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Displasia óssea poliestótica, Diagnóstico, Exames radiográficos.

ABSTRACT

Bone dysplasia is a benign and progressive disorder of unknown, non neoplastic etiology that has slow growth tumor manifestations, replacing normal bone marrow spongiosa tissue with structurally disorganized fibroblast proliferation. This condition may be present in a single bone (Monostotic Fibrous Dysplasia) or in two or more bones without continuity (Polyostotic Fibrous Dysplasia). The diagnosis is based on the patient's medical history, clinical presentation, radiographic examinations revealing the presence of unilateral or multilocular radiolucent image, with radiopacity in different degrees of definition having a "frosted glass" or "unpolished glass" appearance and, when necessary, exams histopathological. The objective of this study was to report a case of polyostotic bone dysplasia in a 37 - year - old female patient, demonstrating the importance of this type of examination for a correct diagnosis of this pathology.

KEY-WORDS: Polyostotic bone dysplasia, Diagnosis, Radiographic examinations.

1. INTRODUÇÃO

A displasia fibrosa óssea foi descrita primeiramente por Von Recklinghausen em 1891, quando descreveu pacientes com uma condição patológica do osso caracterizada por deformidades e alterações fibróticas, chamando-a de osteíte fibrosa generalizada. Contudo, o termo displasia fibrosa somente foi relatado pela primeira vez em 1938, por Lichtenstein e Jaffe (1).

Essa patologia é um distúrbio ósseo, de natureza benigna e progressiva, não neoplásico, que possui manifestações tumorais de crescimento lento, substituindo tecido esponjoso da medula óssea normal, por proliferação fibroblástica estruturalmente desorganizada (2). A etiologia ainda é desconhecida, mas, estudos relatam ser uma doença esporádica geneticamente não hereditária resultante de mutações no gene *GNAS I* (3).

A displasia fibrosa pode ser dividida em dois grupos, quanto a sua forma de apresentação. A primeira forma é a monostótica que acomete apenas um osso ou ossos contínuos, sendo considerada a mais comum, observada em aproximadamente 70% dos casos. As faixas etárias acometidas por essa forma são crianças e adultos jovens, sem predominância por sexo. Já a segunda forma é a poliostótica, que por sua vez ocorre em dois ou mais ossos sem continuidade e representa 30% de todos os casos. As faixas etárias acometidas por ela são as mesmas da monostótica, com predominância pelo sexo feminino (4).

Clinicamente, o paciente diagnosticado com displasia fibrosa dos maxilares possui assimetria facial. Quando o crescimento da lesão é lento, não apresenta sintomatologia dolorosa. Porém, se for de rápido crescimento, o paciente usualmente relata presença de dor. O aspecto radiográfico da displasia óssea revela presença de imagem radiolúcida uni ou multilocular, com radiopacidade em diferentes graus de definição com aspecto de “vidro fosco” ou “vidro despolido” (5). A displasia óssea pode ser avaliada pela radiografia convencional, cintilografia, ressonância magnética e tomografia

computadorizada (TC), embora a TC seja considerada o exame de escolha no diagnóstico da displasia fibrosa craniofacial por permitir a visualização da localização exata, extensão do envolvimento ósseo e a radiodensidade da lesão, facilitando o plano de tratamento e o acompanhamento do paciente (6).

Sendo assim, observando a necessidade de conhecer as características clínicas e imaginológicas deste distúrbio, o objetivo do presente trabalho é relatar o caso de uma paciente portadora de displasia óssea poliostótica demonstrando, a partir de imagens radiográficas, a importância desse tipo de exame para um correto diagnóstico desta patologia.

2. RELATO DE CASO

Paciente S.S.M. do gênero feminino, 37 anos de idade, solteira, feoderma procurou o serviço odontológico da Escola Bahiana de Medicina e Saúde pública, queixando-se de sintomatologia dolorosa nos terceiros molares superiores que não foi relacionada a sua patologia.

Durante anamnese a paciente relatou possuir displasia óssea poliostótica, apresentando relatório médico e todos os exames imaginológicos em mãos que, posteriormente, foram analisados pela equipe cirúrgica presente.

Ao exame clínico extrabucal, em uma vista lateral, foi observada assimetria facial, apresentando aumento volumétrico em região dos ossos frontal e parietal do lado esquerdo e no occipital (Figura 1). À palpação, foi observado um aumento de consistência endurecido nestas regiões. Já no exame intrabucal não foi observada nenhuma alteração digna de nota.



Figura1: (A): Vista lateral esquerda apresentando aumento de volume nos ossos frontal e parietal. (B): Vista lateral direita, não apresenta aumento de volume nesses mesmos ossos.

Ao observar os exames radiográficos de incidência de crânio frontal e lateral visualizou-se lesões expansivas com aparência de “vidro fosco” acometendo os ossos occipital, frontal e parietal esquerdo, além do osso esfenoide. Nota-se ainda comprometimento das conchas nasais à esquerda (Figura 2).

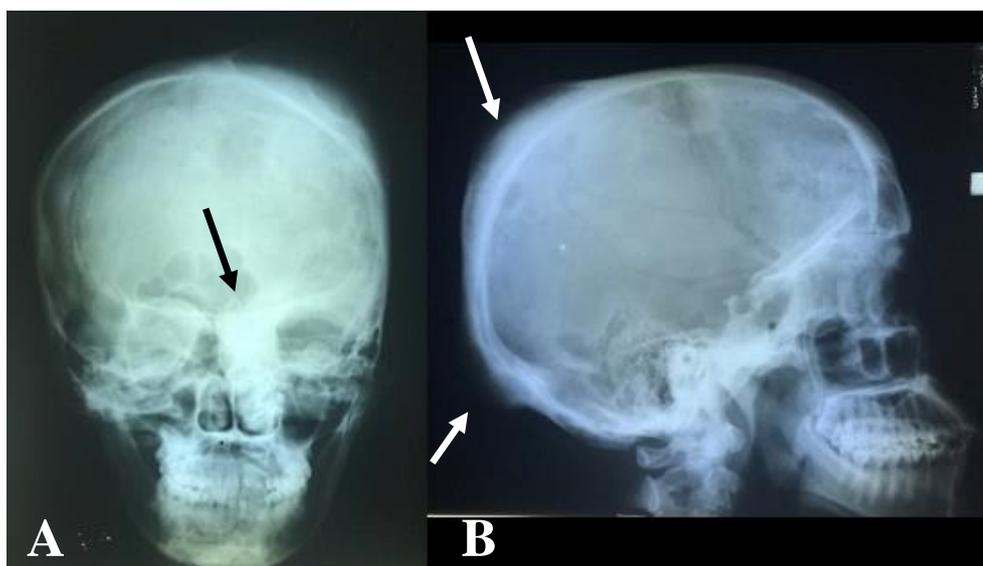


Figura 2: (A): incidência de crânio frontal demonstrando alterações nos ossos parietal, esfenoide e nas conchas nasais. (B): incidência de crânio lateral demonstrando alterações nos ossos frontal, parietal e occipital.

Na tomografia computadorizada da face analisou-se a presença, em correspondência de múltiplos ossos da face e do crânio, de remodelamento ósseo com expansão e aspecto “em vidro despolido”, além de áreas hipodensas de permeio. Na face o acometimento ocorreu no etmóide à esquerda, observando-se obliteração das células etmoidais deste lado, além de certa expansão para a direita e modelamento da parede medial da órbita, havendo inclusive redução do calibre da fissura orbitária superior. Percebeu-se também acometimento do clivus com obliteração parcial da loja esquerda do seio esfenoidal. Existe comprometimento do osso frontal esquerdo notadamente na altura do assoalho orbitário havendo remodelamento da porção supero-lateral da órbita correspondente. Percebe-se obliteração do seio frontal desse lado (Figura 3).

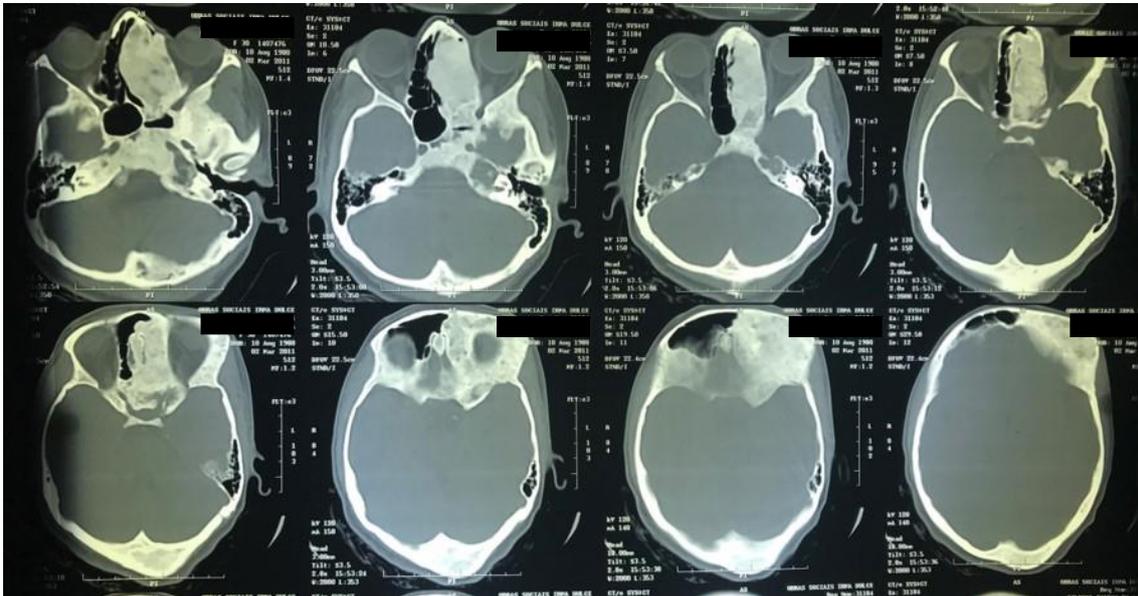


Figura3: Tomografia computadorizada da face demonstrando áreas afetadas pela displasia óssea.

Na reconstrução tomográfica tridimensional pode-se visualizar melhor as regiões acometidas pela displasia óssea polioestótica tanto em uma vista frontal (Figura 4) evidenciando o acometimento dos ossos frontal, esfenoidal e parietal, quanto nas vistas posterior (Figura 5) e na superior (Figura 6) observa-se aumento volumoso nos ossos frontal, parietal e occipital.

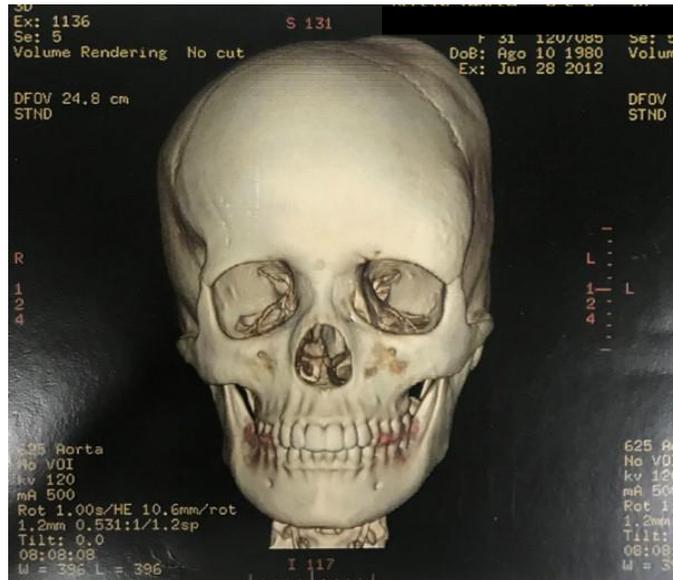


Figura 4: Vista frontal de reconstrução em 3D da tomografia computadorizada demonstrando aumento de volume ósseo nos ossos frontal e parietal esquerdos.

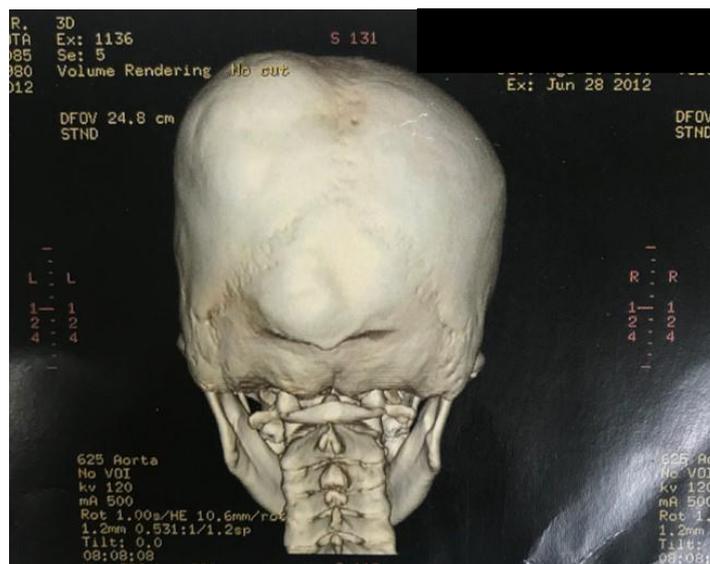


Figura 5: Vista posterior de reconstrução em 3D da tomografia computadorizada demonstrando aumento de volume ósseo nos ossos parietal esquerdo e occipital.

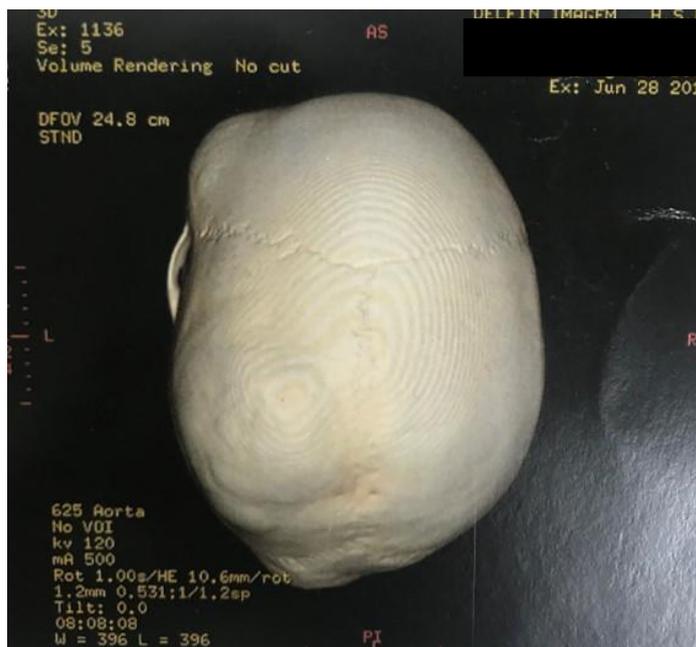


Figura 6: Vista superior de reconstrução em 3D da tomografia computadorizada demonstrando volume ósseo aumentado nos ossos frontal e parietal esquerdo e no occipital.

3. DISCUSSÃO

A displasia óssea é uma patologia pouco comum congênita, benigna, caracterizada por defeito de modelagem óssea, com substituição gradual do osso normal por fibrose com traves osteóides irregularmente mineralizadas (7).

Etiologicamente é uma condição esporádica, resultante de uma mutação pós-zigomática do gene *GNAS 1* (proteína ligada ao nucleotídeo guanina alfa-estimulante da atividade do polipeptídeo 1). Por isso, afirma-se que, quando a mutação ocorre durante o período da vida embrionária, o resultado esperado será de múltiplas lesões ósseas de displasia fibrosa, podendo ainda existir anormalidades cutâneas e endócrinas. Porém, se a mutação acontecer durante a vida pós-natal, a progênie das células modificadas será essencialmente confinada a um local, resultando em displasia fibrosa que afeta um único osso (8). Sendo assim, a displasia fibrosa divide-se em dois tipos, variando quanto a sua forma de apresentação: a monostótica, que afeta apenas um único osso ou ossos contínuos, sendo considerada a mais comum, observada em aproximadamente 70% dos casos e a poliestótica, na qual são acometidos dois ou mais ossos (6).

No caso relatado, a displasia óssea é do tipo poliestótica com predileção pelo sexo feminino em concordância com a literatura estudada pois, apesar de acometer ossos contínuos da face, foi também observada em ossos da perna, justificando a descontinuidade óssea e por conseqüente sua correta classificação.

Quanto a localização dessa doença, o envolvimento da cabeça e pescoço é comum, em cerca de 10 a 30% das formas monostóticas em 50 a 100% das formas poliestótica. Nesta região há divergências quanto á sua localização preferencial. Alguns autores acreditam que o osso frontal e esfenoidal são os mais comumente envolvidos (7), outros destacam a maxila e mandíbula como os mais acometidos (6). No presente estudo foram envolvidos os ossos occipital, frontal, parietal, esfenoidal e etmoidal.

A apresentação clínica varia de acordo com a extensão e características da lesão e com o local acometido, podendo variar de um pequeno inchaço local indolor, a grandes tumorações que a depender do tempo de evolução, podem causar cefaleias, deformidade facial e assimetria craniana, como verificado nesse caso. A displasia fibrosa óssea craniofacial em especial, pode se apresentar com grandes deformidades e causar complicações importantes como alterações visuais e auditivas devido à possibilidade de a lesão acometer estruturas nobres (2,3). No caso clínico, a paciente foi diagnosticada após procurar atendimento médico ainda na adolescência queixando de fortes dores de cabeça, não possuía manchas na pele nem comprometimento da visão, audição e respiração.

As características radiográficas da displasia óssea podem variar, dependendo do estágio da doença associado à proporção entre o tecido ósseo mineralizado e o tecido fibroso da lesão. Os aspectos marcantes são: a aparência de “vidro fosco” em que os limites entre o osso normal e a lesão são indefinidos, expansão óssea e o córtex fino mas intacto, sem qualquer alteração no perióstio (3).

Radiograficamente são descritos 3 padrões da displasia fibrosa no crânio:

- o padrão cístico, caracterizado por uma radiolucidez esférica ou ovóide circundada por osso denso, bem delimitada, correspondendo a lesões recentes. Encontra-se em 21% dos casos normalmente em pacientes jovens;
- o padrão esclerótico, homogeneamente denso, correspondendo a lesões em progressão, encontrado em 23% dos casos;
- padrão pagetóide/misto, no qual se enquadra as lesões do presente caso, com aparência de vidro-fosco, caracterizado por uma mistura de áreas radiopacas e radiolúcidas, sendo este o padrão mais frequente associado a lesões tardias, encontrado em 56% dos casos, normalmente em pacientes com idade mais avançada (3).

O tratamento ainda hoje é discutível, principalmente em relação às lesões em terço médio de face, as quais são de difícil acesso, pois, após a intervenção cirúrgica, podem ser encontrados déficits estéticos e funcionais.

Por isso, a melhor escolha para abordagem nessa região é através da ressecção parcial ou remodelação óssea. As cirurgias agressivas ficam reservadas aos demais casos em que haja comprometimento da visão ou da dentição (6). A paciente do caso clínico exposto apresenta comprometimento facial do lado esquerdo, porém sem maloclusão ou obstrução nasal e com acuidade visual preservada, sendo assim optou-se pela não realização de intervenção cirúrgica.

No caso apresentado, as características clínicas como idade, a localização, a presença de sintomatologia dolorosa quando de rápido crescimento e os achados radiográficos e tomográficos estão de acordo com a literatura pesquisada (2,6,7,8). Devido a estabilização das lesões, falta de sintomatologia dolorosa após o término do crescimento tumoral e o grande risco cirúrgico anatomicamente falando, além de ser um tumor sem limites precisos e recidivante, não foi realizado tratamento invasivo nesse caso.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os aspectos radiográficos da displasia óssea poliostótica revela presença de imagens tanto radiolúcida quanto radiopacas uni ou multilocular com aspecto de “vidro fosco” em ossos não contínuos.

Nesse relato de caso, nota-se a presença destas características nas imagens radiográficas de incidência de crânio frontal, incidência de crânio lateral e nos diversos cortes da tomografia computadorizada que é o exame de escolha para diagnosticar essa patologia pois, permite a visualização exata do local e extensão do envolvimento ósseo.

Podemos observar também com mais clareza o acometimento dos ossos frontal, parietal e occipital na reconstrução em 3D da tomografia computadorizada pois, permite através da reprodução real do crânio da paciente, uma melhor visualização dos tumores.

Diante do caso exposto confirmamos que, o diagnóstico da displasia fibrosa óssea é difícil de ser determinado devido à grande quantidade de outras doenças que se assemelham a essa. Os métodos imaginológicos são de extrema importância não só para o fechamento do diagnóstico como também para avaliar o acometimento de estruturas nobres adjacentes e planejamento do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Rahman AMA, Madge SN, Billing K, Anderson PJ, Leibovitch I, Selva D, et al. Craniofacial fibrous dysplasia: clinical characteristics and long-term outcomes. *Eye*. 2009; 23:2175-81.
2. Novais TS. Opções de tratamento para displasia fibrosa óssea craniofacial [monografia]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2012.
3. Pacheco JIA. Displasias fibro-ósseas dos maxilares [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2011.
4. Botelho RA, Tornin OS, Yamashiro I, Menezes MC, Furlan S, Ridelenski M, et al. Características tomográficas da displasia fibrosa craniofacial: estudo retrospectivo de 14 casos. *Radiol Bras*. 2006; 39(4):269-72.
5. Lima-Junior JL, Ribeiro ED, Araújo TN, Lima SAN, Gondim CR, Costa VS. Aspectos radiológicos de displasia fibrosa crânio-facial persistente. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2010; 39(1):85-7.
6. Santos JN, Vieira TSLS, Góis-Filho DM, Vasconcelos SJA, Azevedo RA. Displasia fibrosa: osteoplastia com acesso weber-ferguson. Relato de Caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-facial*. 2010; 10(1):73-80.
7. Alves AL, Canavarros F, Vilela DAS, Granato L, Próspero JD. Displasia fibrosa: relato de três casos. *Rer Bras Otorrinolaringol*. 2002; 68(2):288-92.
8. Chi AC. Patologia óssea. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral maxilofacial*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p.637-42.

9. Sontakke AS, Karjodkar FR, Umarji HR. Computed tomographic features of fibrous dysplasia of maxillofacial region. *Imag Sci in dent.* 2011; 41:23-8.
10. McCarthy EF. Fibro-osseous Lesions of the maxillofacial bones. *Nashnp.* 2013; 7:5-7.
11. Erzurumlu ZU, Celenk P, Bulut E, Baris YS. Ct imaging of craniofacial fibrous dysplasia. *Case Rep Dent.* 2015; 1:1-4.
12. Leet AI, Boyce AM, Ibrahim KA, Wientroub S, Kushner H, Collins MT. Bone-Grafting in polyostotic fibrous dysplasia. *The journal of bone & joint surgery.* 2016; 98(3):211-9.

ANEXO 1

SUBMISSÃO AO CEP

— DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A importância das imagens radiográficas no diagnóstico da displasia óssea poliostótica: relato de caso.
Pesquisador Responsável: JACQUELINE MACHADO GURJAO RIOS
Área Temática:
Versão: 1
CAAE:
Submetido em: 18/09/2018
Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências
Situação da Versão do Projeto: Em Recepção e Validação Documental
Localização atual da Versão do Projeto: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - FBDC
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



— DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- ↳ Versão em Tramitação (PO) - Versão 1
 - ↳ Projeto Original (PO) - Versão 1
 - ↳ Currículo dos Assistentes
 - ↳ Documentos do Projeto
 - ↳ Folha de Rosto - Submissão 1
 - ↳ Informações Básicas do Projeto - Subm
 - ↳ Projeto Detalhado / Brochura Investigaç
 - ↳ TCLE / Termos de Assentimento / Justif
 - ↳ Apreciação 1 - Escola Bahiana de Medicin
 - ↳ Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações

— LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação ↕	Pesquisador Responsável ↕	Versão ↕	Submissão ↕	Modificação ↕	Situação ↕	Exclusiva do Centro Coord. ↕	Ações
PO	JACQUELINE MACHADO GURJAO RIOS	1	18/09/2018	19/09/2018	Em Recepção e Validação Documental	Não	

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do relato de caso intitulado "A importância das imagens radiográficas no diagnóstico da displasia óssea poliostótica: relato de caso", realizada pela professora Jacqueline Machado Gurjão Rios e a aluna Catarine Achy das Almas. O objetivo deste relato será demonstrar a partir de imagens radiográficas, a importância desse tipo de exame para um correto diagnóstico da displasia óssea poliostótica. A importância deste estudo se dá porque esses exames são úteis no diagnóstico da displasia fibrosa craniofacial por permitir a visualização da localização exata e da extensão do envolvimento ósseo, facilitando o plano de tratamento e o acompanhamento do paciente. Se você aceitar participar desta pesquisa, você será submetido a sessão fotográficas tanto pessoais quanto dos seus exames radiográficos, não havendo nenhum risco ou desconforto físico. Durante a realização do relato, sempre haverá um pesquisador para resolver dúvidas eventuais e a qualquer momento você poderá entrar em contato com a pesquisadora Catarine Achy das Almas, através do telefone (077)981572814. Você não terá nenhuma despesa para participar desse relato de caso e se for necessário o transporte, você receberá o Vale transporte. Neste relato, será mantido o sigilo de todas as informações que você nos der, e, se fotos forem utilizadas, tarjas nos olhos impedirão a sua identificação. Você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e que se decidir não participar da pesquisa, isso não afetará seu tratamento, caso esteja em tratamento em qualquer clínica.

SUA ASSINATURA INDICA QUE VOCÊ DECIDIU PARTICIPAR DA PESQUISA COMO VOLUNTÁRIO E QUE LEU E ENTENDEU TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA EXPLICADAS.

SILVANA SANTOS DA MOTA
Nome do voluntário

Silvana Santos da Mota
Assinatura do voluntário

ANEXO 3

FOLHA DE ROSTO



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: A importância das imagens radiográficas no diagnóstico da displasia óssea poliostótica: relato de caso.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 1			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: JACQUELINE MACHADO GURJAO RIOS			
6. CPF: 372.224.905-82		7. Endereço (Rua, n.º): PARATI ALPHAVILLE I 501-A SALVADOR BAHIA 41701035	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: 71999785518	10. Outro Telefone: (71) 3416 9260
11. Email: jgurjeo@uol.com.br			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>18 / 09 / 2018</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências		13. CNPJ: 13.927.934/0001-15	
14. Unidade/Orgão:			
15. Telefone:		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Urbino da Rocha Tunes</u>		CPF: <u>003218505-72</u>	
Cargo/Função: <u>COORDENADOR</u>			
Data: <u>18, 09, 2018</u>		 Prof. Dr. Urbino da Rocha Tunes Coordenador Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO 4

DIRETRIZES PARA AUTORES

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva. 2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras. 3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras). 4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas. 5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação. 6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto

1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.

1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.

1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

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

2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões: - Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions). - Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions). - Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

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.

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 de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como 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). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com

aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo 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. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

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.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. 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...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de “et al.”.

e. 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.

f. 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];32:789-97. 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 2001 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.

6. 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 1,5 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. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. 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.

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

b. 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.

c. 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.

d. 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.

e. 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.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS
PELO CORPO EDITORIAL