



FACULDADE EVANGÉLICA DE GOIANÉSIA
CURSO DE ODONTOLOGIA

**USO DE GUIA CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE SORRISO
GENGIVAL – RELATO DE CASO**

STEPHANY MOTA VAZ
ALANA CAETANO BATISTA
MARIA LUÍSA DE JESUS NEVES
MAIA CAMARGO GRACINO

Goianésia-GO

2022

STEPHANY MOTA VAZ
ALANA CAETANO BATISTA
MARIA LUÍSA DE JESUS NEVES
MAIA CAMARGO GRACINO

**USO DE GUIA CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE SORRISO
GENVIVAL – RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a disciplina de Produção Científica III do Curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia, sob a orientação da Prof. Esp. Paulo José Figueredo Júnior, como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Goianésia-GO

2022

SUMÁRIO

1.	ARTIGO CIENTÍFICO.....	04
2.	NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO.....	11
3.	CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO EM CONGRESSOS E RESUMO EM ANAIS.....	19
4.	COMPROVANTE DE SUBMISSAO DO ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA.....	20
5.	ANEXOS.....	21

CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL GUIADA – RELATO DE CASO

CORRECTION OF GINGIVAL SMILE – CLINICAL CASE REPORT

STEPHANY MOTA VAZ¹, ALANA CAETANO BATISTA¹, MARIA LUÍSA DE JESUS NEVES¹,
MAIA CAMARGO GRACINO¹, PAULO JOSÉ FIGUEREDO JUNIOR^{2*}, YTALO FREITAS
FERNANDES²

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia; 2. Professor Especialista, Disciplina de Periodontia do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia.

* Avenida Adalto Lima Acier nº 504, Bairro Jardim Bela Vista, Ceres, Goiás, Brasil. CEP: 76.300-000. paulofiguereodojr@outlook.com

RESUMO

A etiologia do sorriso gengival é multifatorial e geralmente não patológica, podendo estar associada por exemplo, ao excesso maxilar vertical, aumento gengival induzido por medicamentos, erupção passiva alterada e hiperatividade labial. O trabalho a seguir é um relato de caso que teve por objetivo avaliar a efetividade da técnica de Aumento de Coroa Clínica na reabilitação estética de pacientes com excesso gengival, bem como analisar o mecanismo das guias cirúrgicas quando associadas ao procedimento. Por fim, concluiu-se que a técnica supracitada representa uma ótima opção desde que guiada pelo rígido planejamento cirúrgico, o qual deve estar acompanhado de um diagnóstico periodontal que identificará a etiologia do sorriso gengival, a saúde do periodonto e o fenótipo do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia guiada; Sorriso gengival; Aumento de coroa; Cirurgia periodontal; Cirurgia estética.

ABSTRACT

The etiology of gingival smile is multifactorial and generally not pathological, and may be associated, for example, with vertical maxillary excess, drug-induced gingival enlargement, altered passive eruption and lip hyperactivity. The following work is a case report that aimed to evaluate the effectiveness of the Clinical Crown Augmentation technique in the aesthetic rehabilitation of patients with gingival excess, as well as to analyze the mechanism of the surgical guides when associated with the procedure. Therefore, it was concluded that the aforementioned technique represents a great option as long as it is guided by rigid surgical planning, which must be accompanied by a periodontal diagnosis that will identify the etiology of the gingival smile, the health of the periodontium and the patient's phenotype.

KEYWORDS: Guided surgery; Gingival smile; Crown increase; Periodontal surgery; Esthetic surgery.

1. INTRODUÇÃO

O sorriso gengival é caracterizado pela exposição excessiva da gengiva durante o sorriso. Sua etiologia é multifatorial não patológica, podendo ser causada por: excesso vertical da maxila, aumento gengival induzido por medicamentos, Erupção Passiva Alterada (EPA), hiperatividade labial, lábio superior curto, extrusão dentoalveolar, entre outros^{1,2,3,4}.

Dentre os fatores etiológicos mencionados, a EPA é considerada uma das causas mais prevalentes do sorriso gengival. Ela é definida por um processo gradual, onde os tecidos gengivais migram apicalmente do esmalte coronal para a Junção Cimento Esmalte (JCE), ficando em posição estável e formando a base do sulco gengival. Se esse processo não acontece de maneira adequada, a margem gengival se estabelece em uma posição mais coronal, cobrindo de forma inadequada o esmalte do dente^{1,3,4}.

Alguns fatores como: interferências oclusais, presença de gengivas fibróticas, osso espesso e condição genética, são citados como as causas para EPA³. Na literatura não há um consenso quanto a quantidade de gengiva exposta para a definição de um SG, no entanto os valores geralmente variam de 0 à 4mm^{1,2,5}.

Frente aos componentes estéticos do sorriso, a avaliação da quantidade de exposição da gengiva e de dentes é fundamental. Essa relação, deve ser harmoniosa e sem qualquer dominância de qualquer elemento (gengiva ou dente). Nesse sentido, alguns princípios precisam ser avaliados, definidos e corrigidos (se necessário), para a reabilitação do paciente. Dentre eles, pode-se citar: arquitetura gengival, curvatura incisal, inclinação axial dos dentes, corredor bucal, anatomia e proporção dental, entre outros⁶.

Nos casos de EPA, esses indivíduos apresentam medidas labiais e maxilares normais, no entanto sua faixa de gengiva se encontra alterada e suas coroas

dentais são clinicamente curtas. O excesso de tecido gengival, além do fator estético poderá ocasionar no indivíduo problemas funcionais, como por exemplo diminuição da proteção ao trauma durante a mastigação. E ainda, contribuir de forma direta para o aparecimento de doença periodontal, uma vez que este é capaz de levar a formação de falsas bolsas periodontais dificultando a higiene do paciente e colaborando para a cronificação do processo inflamatório^{1,4}.

Para um melhor diagnóstico e planejamento, o Cirurgião Dentista pode abrir mão de algumas ferramentas auxiliares, como a Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC). Esse exame permite a avaliação da espessura e altura tanto de tecidos duros, quanto de tecidos moles, a depender da técnica e do aparelho utilizado. Além disso, o exame pode servir para a confecção de guias cirúrgicos, facilitando o planejamento de cirurgias de Aumento de Coroa Clínica (ACC)^{2,4,7}.

Com o intuito de melhorar a TCFC, diversos métodos foram desenvolvidos para visualizar e avaliar de maneira precisa as medidas da mucosa mastigatória. Dentre eles a técnica de Januário, modificada por Barriviera, se destaca. Essa técnica é de fácil execução e se utiliza de materiais odontológicos simples, encontrados facilmente nos consultórios odontológicos. Ela consiste na tomada radiográfica do paciente pelo tomógrafo, mas com a utilização de afastadores labiais no momento do exame. Além disso, o paciente é instruído a morder uma espátula de madeira colocada entre os molares, buscando a não interferência da língua durante a tomografia. Esse método, tem o objetivo de afastar os tecidos moles do palato e da face vestibular dos dentes, evitando sobreposições e interferências na análise das dimensões^{8,9,10}.

Nesse contexto, a evolução tecnológica na Odontologia permitiu a transição do tradicional para o digital, beneficiando todas as etapas do procedimento. O planejamento digital e a técnica guiada têm ganhado espaço e proporcionado uma maior previsibilidade no aumento de coroa clínico estético. Através da TCFC juntamente com o escaneamento intra-oral, ferramentas e programas conseguem desenhar de maneira digital as novas medidas da gengiva marginal e crista óssea. A partir daí um guia cirúrgico com essa nova medida é impresso por uma impressora 3D. esse guia irá orientar a posição gengival durante o transoperatório¹¹.

No entanto, é importante ressaltar que alguns fatores, além dos recursos tecnológicos devem nortear o planejamento de um caso de sorriso gengival, tais como: boa condição periodontal, análise papilar e interdental, presença ou não de recessão, zênite gengival e fenótipo gengival^{2,4,7}.

De acordo com Carranza (2016)¹², o zênite gengival é definido como “o ponto mais apical do arco côncavo da gengiva marginal”, variando suas

medidas entre 0,06 e 0,96mm nos sentidos ápice-coroa e mesio-distal. Quando essas medidas estão fora desses padrões, procedimentos cirúrgicos podem ser realizados para devolução da mesma, sendo estes zênites posicionados mais distalmente nos incisivos centrais e caninos, promovendo um sorriso mais harmônico. Além disso, as margens gengivais desses dentes situam-se de 1 à 2 mm mais apical em relação aos incisivos laterais superiores⁷.

Com relação ao fenótipo gengival, sua definição antes de qualquer planejamento é fundamental para a escolha da abordagem utilizada, estando este diretamente relacionado ao sucesso do ACC. Num fenótipo gengival fino encontra-se uma faixa de mucosa queratinizada mais estreita, sendo mais propenso a recessões quando submetidos a procedimentos cirúrgicos. Já em fenótipos espessos, com a presença de uma gengiva inserida bem pronunciada o risco de recessões ou intercorrências são menores. Um terceiro tipo de fenótipo é denominado intermediário, caracterizado por ser espesso e festonado¹³.

Nesse sentido, o tratamento do sorriso gengival depende de sua etiologia, tendo atualmente diversas modalidades terapêuticas para cada uma delas. Dentre as técnicas utilizadas para a EPA, destaca-se a cirurgia para ACC, podendo ser realizada a genioplastia, osteotomia, osteoplastia, ou combinação de ambas, a depender do fenótipo gengival e periodontal do paciente^{1,4}.

Com tudo isso e devido as diversas alternativas disponíveis no mercado, fica evidente a importância de o cirurgião dentista realizar uma análise individual que melhor atenda se paciente e suas necessidades. E ainda, é necessário que antes de qualquer intervenção cirúrgica com finalidade estética, o paciente passe pelo tratamento periodontal básico associado a instruções de higiene oral⁴.

Portanto, este relato de caso tem como principal objetivo reestabelecer uma harmonia gengival através do ACC guiado com osteoplastia e osteotomia com finalidades estéticas, na correção do sorriso gengival.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 21 anos de idade, compareceu à Clínica Odontológica de Ensino Faculdade Evangélica de Goianésia se queixando de excesso de exposição gengival ao sorrir e da estética dos dentes anteriores (Figuras 1 e 2). Durante a anamnese, a paciente relata não ser fumante e não etilista, pratica atividade física ao menos três vezes por semana, além de não ter relatado nenhuma complicação sistêmica, continuando a paciente também diz que não estava sobre tratamento médico e que também não fazia uso contínuo de nenhuma medicação.

Ao exame clínico periodontal, a paciente

apresentou Índice de Placa Visível (IPV) de 6,9% e que não haviam bolsas periodontais, tendo uma porcentagem de Sangramento à Sondagem (SS) de 4,6%. Foi constatada, também a presença de fenótipo gengival espesso e uma faixa considerável de gengiva queratinizada possibilitando uma possível correção do sorriso gengival. Foi observado a presença de uma faceta direta de resina composta do elemento 11, resultado de uma fratura de coroa que sucedeu um trauma.



Figura 1: Aspecto inicial do sorriso. **Fonte:** Os autores, 2022.



Figura 2: Aspecto intraoral pré-cirúrgico. **Fonte:** Os autores, 2022.

Para o planejamento inicial do caso, além do exame clínico e periodontal detalhado, foi solicitada uma avaliação radiográfica para complementar o diagnóstico e a indicação de uma cirurgia de Aumento de Coroa Clínica (ACC). Os exames solicitados incluíram: Tomografia Computadorizada, escaneamento intraoral, protocolo fotográfico e vídeo, planejamento DSD, encerramento digital, modelos impressos 3D, muralha para mockup e perioanálise (Figuras 3 e 4).

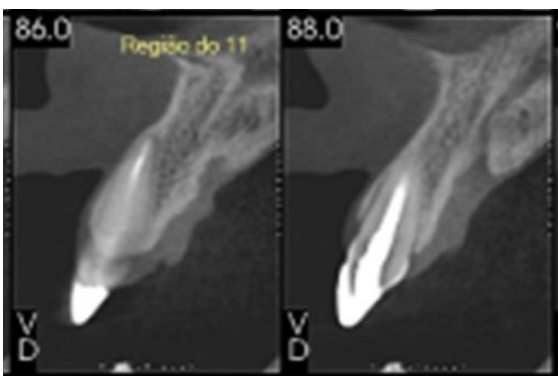


Figura 3: Imagem da Tomografia Computadorizada na

região do dente 11. **Fonte:** Os autores, 2021.



Figura 4: Planejamento digital DSD.

Na avaliação dos exames complementares, foram feitos estudos individualizados dos elementos dentários de acordo com a proporção áurea entre altura e largura da Coroa Clínica e Coroa Anatômica. Observou-se uma proporção de esmalte subgengival de 1,5mm e 0,5mm nos elementos 11 e 21, respectivamente, constando uma desarmonia gengival.

Após o planejamento virtual do caso, foi confeccionado um guia cirúrgico que foi utilizado para incisão gengival (Figura 5).



Figura 5: Guia Cirúrgico. **Fonte:** Os autores, 2022.

A cirurgia foi realizada de acordo com o seguinte protocolo: assepsia intraoral por meio de bochecho, com Digluconato de Clorexidina 0,12% por um minuto, seguida da assepsia extraoral, através da utilização de Digluconato de Clorexidina 2%. Em seguida, foi realizado o bloqueio dos nervos Infra Orbitários, nervo Alveolar Médio Superior, ambos do lado direito e esquerdo, bloqueio do nervo Nasopalatino e Palatino Maior em ambos os lados, com solução anestésica de lidocaína 2% (Alphacaine 2% com epinefrina 1:100.000 – Nova DFL).

Após a anestesia, foi instalado o guia cirúrgico (Figura 6) e realizado a incisão em bisel interno com lâmina de bisturi 15C (aço carbono estéril – Swann-Morton), na qual já tinha sido definida a posição do zênite gengival pelo planejamento digital.

O tecido gengival incisado foi removido com curetas de Gracey, iniciando pelas faces proximais e depois pelas faces livres. Foi realizada a remoção do tecido inicialmente do lado direito e logo após foi realizado, também, do lado esquerdo (Figuras 7 e 8).



Figura 6: Guia cirúrgico posicionado na arcada superior. **Fonte:** Os autores, 2022.



Figura 7: Incisão em bisel interno do lado direito. **Fonte:** Os autores, 2022.



Figura 8: Remoção de excesso gengival do dente 15 ao 25. **Fonte:** Os autores, 2022.

Logo após, foi realizada uma incisão intrasulcular para a obtenção do retalho total (Figura 9) mediante uso de Descolador de Molt 2-4 (HU-FRIEDY), sempre levando em consideração a possível invasão de espaço biológico de acordo com a nova margem gengival obtida.



Figura 9: Deslocamento mucoperiosteal total. Observa-se a proximidade da margem ossea com a junção cemento-esmalte. **Fonte:** Os autores, 2022.

Para osteotomia e osteoplastia, foi utilizada a broca esférica diamantada 3018 e a ponta diamantada 2173 ESP (KG Sorensen) em alta rotação, com irrigação de soro fisiológico 0,9% e cinzel Ochsenbein (HU-FRIEDY) para refinamento da margem óssea, com a finalidade de estabelecer uma distância de 3mm da Junção Cimento-Esmalte (JCE) à Crista Óssea (CO) (Figuras 10 e 11), obedecendo o novo espaço dos tecidos de inserção supracrestais, de acordo com o planejamento virtual.



Figura 10: Imagem após finalização da osteotomia e osteoplastia. **Fonte:** Os autores, 2022.

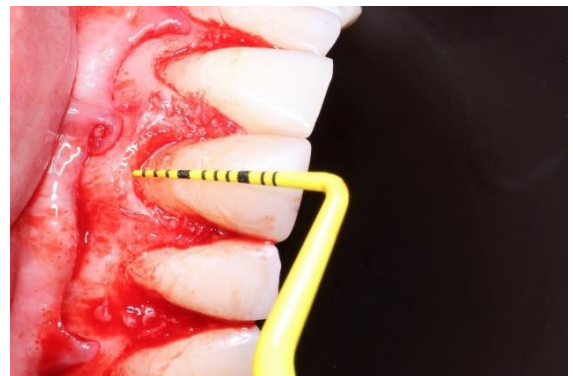


Figura 11: Distância estabelecida de 3mm da JCE à CO. **Fonte:** Os autores, 2022.

Para finalizar, suturas em colchoeiro vertical foram realizadas em cada papila com acesso por palatina, utilizando o fio NYLON BLUE 5-0 (Poliamida Techsuture) (Figura 12). Ao final do procedimento foi prescrito fármacos para o controle da infecção, inflamação e dor no pós-operatório, sendo: Amoxicilina 500mg de 8/8hrs por 7 dias, Dexametasona 4mg de 8/8hrs por 3 dias e Dipirona 1g de 6/6hrs por 3 dias. A paciente também foi orientada sobre a técnica de higienização oral e do uso de Clorexidina 0,12% em bochecho de 12/12hrs por 7 dias.



Figura 12: Reaparecimento do retalho e sutura em colchoeiro vertical com acesso por palatina. **Fonte:** Os autores, 2022.

O primeiro pós-operatório foi realizado com 7 dias (Figura 13). A paciente não se queixava de dor e nenhum desconforto pós-cirúrgico. Ao aspecto clínico, a paciente apresentava-se com sinais de boa cicatrização, sem sangramento e sem edema.



Figura 13: Pós-operatório de 7 dias. **Fonte:** Os autores, 2022.

O segundo pós-operatório foi realizado com 15 dias (Figura 14) para a remoção das suturas. Observou-se áreas ainda em processo de cicatrização e diminuição das recessões que apresentavam em alguns elementos.



Figura 14: Pós-operatório de 15 dias. **Fonte:** Os autores, 2022.

Foi solicitado que a paciente retornasse para pós-operatório com 30 dias (Figura 15), 120 dias (Figura 16) após o procedimento para acompanhamento.



Figura 15: Pós-operatório de 30 dias. **Fonte:** Os autores, 2022.



Figura 16: Pós-operatório de 120 dias. **Fonte:** Os autores, 2022.

3. DISCUSSÃO

Diversos fatores interferem diretamente na estética do sorriso, podendo ser de origem muscular, esquelética, dentária ou mucogengival⁵. O planejamento para o tratamento do sorriso gengival é de grande importância para o sucesso e prognóstico do procedimento cirúrgico realizado. Ele deve contemplar a queixa do paciente, obedecendo um correto diagnóstico e uma seleção da melhor técnica cirúrgica de acordo com a etiologia desse problema. Esse conjunto, deverá atuar de maneira satisfatória beneficiando tanto o paciente quanto o profissional^{3,5,7,14}.

A EPA é considerada a causa mais prevalente do sorriso gengival, sendo classificada em dois tipos. O tipo 1, é caracterizado através de uma faixa de gengiva marginal mais coronal e gengiva inserida maxilar com dimensões maiores que a normalidade (entre 3 e 4,2 mm). Já o tipo 2, é definido por meio de uma faixa de gengiva acoplada da gengiva marginal a junção mucogengival, sendo que nesse tipo a gengiva inserida se encontra na coroa anatômica e a junção mucogengival na altura da JCE¹. Dessa forma, Mele *et al.* (2018)³ e Barriviera (2009)⁸ também mencionam que a etiologia da EPA tipo 1 está relacionada a deficiências no processo de erupção passiva, gerando excesso gengival e sobreposição da mesma sobre a coroa dentária, entretanto a distância da JCE à CO se encontra normal. Já com relação a causa da EPA tipo 2, esta pode estar relacionada ao acometimento de falhas durante a erupção ativa, tendo como consequência a irrupção incompleta do dente da estrutura óssea, gerando uma posição da JCE na altura da CO^{3,8}.

O tratamento preconizado para o sorriso

gingival causado pela EPA, pode ser realizado por meio de diferentes técnicas, dentre elas destaca-se o ACC. Essa cirurgia foi descrita pela primeira vez na década de 80, sendo indicada para a eliminação de bolsas periodontais⁵. Com o passar do tempo e o surgimento de novas técnicas, ela foi inserida no meio estético, tendo como objetivo devolver a harmonia do sorriso com o reposicionamento dos zênites gengivais e a exposição das coroas dentárias anatômicas^{1,3,15}.

Sakamoto *et al.* (2021)¹ descrevem que o ACC pode ser realizado através de duas técnicas, a gengivectomia associada a osteotomia com deslocamento total de retalho ou a gengivectomia associada a osteotomia sem o rebatimento de retalho (Flapless). A gengivectomia é definida como uma técnica cirúrgica que remove gengiva em altura, já a osteotomia é caracterizada pela remoção também em altura, mas de estrutura óssea. Para saber a indicação da melhor técnica, Monteiro *et al.* (2020)⁴ Muller e Eger (1997)¹⁶, relatam que o profissional deverá saber além do fator etiológico, o fenótipo gengival presente no paciente. Em fenótipos gengivais caracterizados como fino é contra indicado o deslocamento total de retalho, sendo preconizado uma técnica menos invasiva como a flapless. Isso, devido a esse tipo de mucosa ser mais propensa a complicações pós cirúrgicas como recessões gengivais, perda de papila interproximal, alongamento exagerado das coroas dentárias, entre outros.

Sakamoto *et al.* (2021)¹ e Monteiro *et al.* (2020)⁴ ainda descrevem que em fenótipos do tipo espesso, pode ser realizado o deslocamento total de retalho sem consequências futura ao periodonto. Para esse tipo de periodonto, a cirurgia sem deslocamento de retalho é contra indicada, pois é necessário a realização de uma boa osteotomia para adaptação dos tecidos e reestabelecimento do espaço entre a JCE e a CO. Portanto, a avaliação errada do fenótipo gengival ou não avaliação do mesmo e remoção de quantidade inadequada de mucosa queratinizada está diretamente relacionado as fracassos e intercorrências do ACC estético. Frente a isso, o planejamento digital do caso e a confecção de um guia cirúrgico é de grande valia para tornar a ACC estética mais previsível, precisa e rápida, prevenindo tais intercorrências².

Atualmente, a periodontia vive uma nova era altamente digital, onde através de recursos como a Tomografia Computadorizada (TC), escaneamentos digitais intraorais, programas de análise facial, confecção de modelos em 3D e uso de guias, o cirurgião dentista pode proporcionar métodos menos invasivos para diagnóstico e com resultados mais previsíveis aos seus pacientes. Nesse sentido, a TC proporciona dados sobre a relação da Margem Gengival (MG) à JCE, MG à CO e JCE à CO, assim como espessura gengival, quantidade óssea e espaço de inserção supracrestal^{2,8,10,17}. Além disso,

Deliberador *et al.* (2020)² descreve que o planejamento através de meios digitais, proporciona ao profissional esquematizar cada ato cirúrgico e a quantidade estimada de retirada de gengiva ou de estrutura óssea. Esse conceito, permite ainda uma melhor comunicação entre profissional e o paciente sobre o resultado final do procedimento e a aprovação do mesmo^{2,18}

Araújo (2018)¹⁸ nos mostra que a fotografia digital está gradativamente mais assídua no cotidiano dos dentistas, apontando como uma excelente aliada à prática clínica odontológica e de suporte na previsibilidade de tratamentos. Após a realização do planejamento virtual, é possível realizar a confecção de guias cirúrgicas prototipadas e a consequente utilização da técnica¹⁹.

A principal vantagem utilização do sistema guiado por computador, segundo Pegorini *et al.* (2015)¹⁷, têm se baseado na maior segurança proporcionada pela precisa localização anatômica intra-operatória minimizando as chances de complicações advindas do processo cirúrgico. Para Thomé *et al.* (2009)²⁰ a cirurgia guiada apresenta vantagens como o conforto para o paciente com diminuição de edema no período pós-cirúrgico além de menor tempo cirúrgico e alta previsibilidade do procedimento cirúrgico e reabilitação protética. A técnica da cirurgia guiada, tem uma contribuição significativa para o sucesso dos implantes, próteses e diminuição das complicações pós operatórias conferindo ao paciente menor morbidade, assim como maior conforto no tocante ao edema e sintomatologia dolorosa²¹.

No caso clínico relatado, optou-se pela técnica cirúrgica de gengivectomia associada a osteotomia com deslocamento de retalho total, pois além da observação do fenótipo espesso, a paciente não possuía o espaço de inserção supracrestal preconizado (3mm). A soma de todos esses fatores, produzia coroas clínicas curtas na região anterior de maxila, dando aspecto de sorriso infantil e exposição gengival excessiva na paciente em questão.

4. CONCLUSÃO

É notório que a área da periodontia em caminhando em direção a ampliação de técnicas cirúrgicas para a reabilitação estética e funcional. Um dos exemplos mais citados na literatura atualmente continua sendo o diagnostico periodontal, incluindo a análise da etiologia do sorriso gengival, estado de saúde do periodonto e fenótipo gengival.

O caso clínico relatado neste trabalho consistiu em uma cirurgia de correção do sorriso gengival por meio da técnica de ACC associada à guia cirúrgico, nos dentes anteriores e pré-molares superiores. Após constata a saúde periodontal e tecido queratinizado que permitiriam o

procedimento, o planejamento foi realizado com o auxílio de Tomografia Computadorizada, escaneamento intraoral, protocolo fotográfico e vídeo e planejamento DSD. A cirurgia propriamente dita representou um sucesso clínico e a cicatrização e estética da paciente se mostraram favoráveis no pós-operatório imediato.

Conclui-se, portanto, que a técnica de Aumento de Coroa Clínica Guiada é uma opção efetiva e viável para a reabilitação estética de pacientes com excesso gengival, desde que respeitados os princípios de diagnóstico, bem como saúde periodontal do paciente.

5. AGRADECIMENTOS ou FINACIAMENTO

Não se aplica

6. REFERÊNCIAS

1. Sakamoto MY, Oliveira M, Macedo NF. et al. Periodontal Surgery for Correction of Gingival Smile: A Case Report Analysis of Periodontal Parameters After 2 Years. *Journal of Health Sciences*. 2021. 23(1): 79-83.
2. Deliberador TM, Weiss SG, Neto ATD. et al. Guided Periodontal Surgery: Association of Digital Workflow and Piezosurgery for the Correction of a Gummy Smile. *Case reports in dentistry*. 2020. 2020:7923842.
3. Mele M, Felice P, Sharma P. et al. Esthetic treatment of altered passive eruption. *Periodontology* 2000. 2018. 77(1): 65-83.
4. Monteiro MM, Lima DG, Ribeiro RA. et al. Impacto da correção do Sorriso Gengival na qualidade de vida: relato de um caso clínico com gengivectomia suficientemente invasiva e guiada. *Periodontia*. 2020. 30(3): 76-86.
5. Dym H, Pierre R. Diagnosis and treatment approaches to a "gummy smile". *Dental Clinics*. 2020. 64(2): 341-9.
6. Jesus PHS. Princípios estéticos relacionados à dentística. [Dissertação] Bahia: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública Centro de Ciências da Saúde. 2020.
7. Alvarenga DB, Santana CLV, Oliveira FRDTS. et al. Inter-relação periodontia/dentística na correção de Sorriso Gengival: Relato de caso clínico. *Braz. J. Periodontol*. 2018. 28(2): 7-13.
8. Barriviera M. Tomografia computadorizada volumétrica: mensuração de tecidos moles gengivais e da mucosa mastigatória do palato e aplicações clínicas. [Tese] Brasília: Universidade de Brasília. 2009.
9. Sena PPM. Avaliação tomográfica da espessura da mucosa palatina em indivíduos com biótipos fino e espesso. [Dissertação] Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2018.
10. Januário AL, Barriviera M, Duarte W. Soft tissue cone-beam computed tomography: a novel method for the measurement of gingival tissue and the dimensions of the dentogingival unit. *J. Esthet. Restor. Dent*. 2008. 20(6): 366-374.
11. Alberton V, Alberton S, Feldmann CR. et al. Uso do guia cirúrgico duplo periodontal para aumento de coroa clínica relato de caso. *Prosthes. Esthet. Sci*. 2019. 8(31): 69-78.
12. Newman MG, Takei H, Klokkevold PR. et al. *Periodontia clínica*, 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2016.
13. Lobo NS, Wanderley VA, Alves RV. Cirurgia periodontal de aumento de coroa clínica estética sem a elevação do retalho (flapless): relato de caso clínico. *Arq. Brasil. de Odontol*. 2017. 13(1): 118- 123.
14. Arias DM, Trushkowsky RD, Brea LM. et al. Treatment of the patient with gummy smile in conjunction with digital smile approach. *Dental Clinics*. 2015. 59(3): 703-716.
15. Spezzia S. A análise do fenótipo gengival nos procedimentos de reabilitação oral. *Braz. J. Periodontol*. 2017. 27 (2): 34-8.
16. Muller HP, Eger T. Gingival phenotypes in young male adults. *J. Clin. Periodontol*. 1997. 24(1): 65- 71.
17. Pegorini VS, Tonetto A, Heizemann G. et al. Planejamento virtual e cirurgia guiada em implantodontia. *Rev. Elet. CNEC/IESA*. 2015. 243- 261.
18. Araújo LNM, Borges SB, Medeiros I. et al. Determinação do biótipo periodontal através da análise de fotografias intra orais. *Rev. Odontol. UNESP*. 2018. 47(5): 282-90.
19. Pedrosa SF, Arita CA, Polido WD. Pro-odonto implante: Programa de atualização em implantodontia. *Porto Alegre*. 2012. 130-144.
20. Thomé G, Hermann C, Thomé JGP. et al. O uso da cirurgia guiada na reabilitação unitária em região estética. *J Ilapeo*. 2009. 3(3): jul-ago-set.
21. Moreschi E, Gottardo VD, Trento CL. et al. Cirurgia guiada por computador associada a função imediata: análise de um ano de acompanhamento clínico. *Rev. Implant News*. 2011. 8(1): 20-24

2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO



Master Editora
The Brazilians Open Access Journals

Busca no site:

Ano - 07 de Junho de 2022

Normas para Publicação

 APRESENTAÇÃO

Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR (ISSN 2317-4404) é um periódico com periodicidade trimestral, exclusivamente online, no formato *Open Access Journal**, publicado regularmente pela **Master Editora**, em Português e em Inglês. O periódico **BJSCR** dedica-se à publicação de estudos que contenham temáticas relevantes para as Ciências da Saúde, seja na forma de resultados de pesquisas científicas que revelam informações inéditas que possam contribuir com o avanço da fronteira do conhecimento, na forma de casos clínicos, documentando a consolidação ou propostas de abordagens clínicas e/ou terapêuticas, ou ainda na forma de atualização/ revisão da literatura, contribuindo para a identificação do progresso científico ao longo do tempo sobre determinada área, assunto ou tema.

Com o objetivo de elevação da relevância científica do periódico **BJSCR**, a partir de **10/07/2020**, serão aceitas as submissões de artigos **com até 8 autores**; casos excepcionais carecerão da consulta e deferimento do Editor-Chefe do periódico BJSCR.

* Como o **BJSCR** é um *Open Access Journal*, a confirmação do interesse dos autores pela publicação do manuscrito dar-se-á pelo efetivo pagamento da taxa de publicação, em função dos custos relativos aos procedimentos editoriais. Entretanto, o pagamento deverá ser realizado **APENAS DEPOIS** do aceite declarado pelo Editor-Chefe do periódico **BJSCR**. A comunicação do aceite será encaminhada via e-mail ao autor de correspondência.

TAXA DE PUBLICAÇÃO

Publicações em Língua Portuguesa

- Para cada artigo submetido a partir de 22/03/2018, com aceite declarado, a taxa de publicação é de **R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais)**, e o manuscrito deve ser necessariamente encaminhado no respectivo **template do periódico BJSCR** e devidamente adequado às normas de publicação da revista. O template pode ser baixado pelos autores, no item **TEMPLATES**, conforme o perfil do estudo.

Publicações em Inglês

- Para cada artigo submetido a partir de 22/03/2018, com aceite declarado, a taxa de publicação é de **R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais)**, desde que o manuscrito seja encaminhado no respectivo template do periódico **BJSCR** e já concebido pelos autores na língua inglesa, com as devidas adequações às normas de publicação do periódico **BJSCR**. O template pode ser baixado pelos autores, no item **TEMPLATES**, conforme o perfil do estudo.

TEMPLATES

Clique sobre um dos links de arquivos abaixo para fazer o download do template desejado. Após a redação dos autores, seguindo as normas editoriais do periódico BJSCR, a **SUBMISSÃO ONLINE** pode ser iniciada com o envio do template do estudo a ser analisado por meio de um NOVO CADASTRO de autor (<https://www.mastereditora.com.br/cadastro>) ou inserido o *login* e senha na home do website (<https://www.mastereditora.com.br/home>) no caso de autores cadastrados.

- [Template BJSCR - estudo original](#)

- [Template BJSCR - caso clínico](#)

- [Template BJSCR - atualização da literatura](#)

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

- **Artigos Originais (experimental clássico):** incluem estudos controlados e randomizados, estudos observacionais, bem como pesquisa básica com animais de experimentação que produzam resultados inéditos. Os artigos originais deverão conter: identificação do(s) autor(es) e autor de correspondência, resumo, palavras-chave, abstract, keywords, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusões, agradecimentos (se houver), financiamento (se houver) e referências.

- **Relatos de Casos Clínicos:** descrições de condições clínicas ou cirúrgicas singulares, doenças especialmente raras ou nunca descritas, assim como formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento, com foco no caso relatado e/ou no método/ procedimento empregado. Os artigos de Relatos de Casos Clínicos deverão conter: identificação do(s) autor(es) e autor de correspondência, resumo, palavras-chave, abstract, keywords, introdução (breve), descrição do caso clínico sem a identificação do paciente, discussão (contemporizando o caso apresentado com a literatura científica especializada), conclusões, agradecimentos (se houver), financiamento (se houver) e referências. A publicação dos resultados na forma de Caso Clínico devem ser autorizados pela instituição que detém a guarda do prontuário do paciente e pelo próprio paciente, via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE). Não se exclui ainda a necessidade de apresentação de parecer de aprovação de Comitê de ética em Pesquisa sempre que os dados representarem a análise de tratamentos/ procedimentos experimentais.

- **Artigos de Revisão ou Atualização:** avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a certo tema de relevância para as Ciências da Saúde, respeitando-se a temática abordada e o recorte temporal que permita a reflexão sobre o progresso científico sobre o tema/ assunto estudado. Profissionais de reconhecida experiência poderão ser convidados a escrever revisões ou atualizações. Contudo, autores que julgarem poder contribuir com análises/ estudos sobre temas específicos poderão encaminhar seus manuscritos para análise editorial. Os artigos de revisão ou atualização deverão conter: identificação do(s) autor(es) e autor de correspondência, resumo, palavras-chave, abstract, keywords, introdução, material e métodos (descrevendo os parâmetros utilizados para a seleção das referências bem como de outros parâmetros utilizados), discussão - exclusivamente textual ou ilustrada com elementos gráficos que deverão ser identificados necessariamente como **Figuras** ou **Tabelas**, para melhor visualização dos dados em análise, conclusões, agradecimentos (se houver), financiamento (se houver) e referências.

PREPARANDO O MANUSCRITO PARA A SUBMISSÃO ONLINE

O manuscrito deve ser redigido em no máximo 12 páginas. Obras com mais de 12 páginas serão analisadas em caráter de exceção, mediante contato prévio do(s) autores por e-mail (bjscr@mastereditora.com.br). O(s) autor(es) deve(m), utilizar o template do respectivo estilo de estudo a ser analisado. Para a redação, utilize-se da **terceira pessoa do singular** e do **verbo na voz ativa**, inclusive no que se refere ao texto em inglês (apenas do Abstract ou da obra completa, no caso de opção pela publicação da obra na íntegra em inglês). Deve ser utilizado o editor de texto MS Office Word ou equivalente, com a fonte **Times New Roman, a saber:**

- **tamanho 8** para legenda de figuras ou tabelas, título de tabelas e seus conteúdos textuais;

- **tamanho 9** para identificação das credenciais acadêmicas dos autores, endereço de correspondência e para o conteúdo do RESUMO, PALAVRAS-CHAVE, ABSTRACT E KEYWORDS;

- **tamanho 10** para a redação do conteúdo dos demais itens textuais do estudo.

Os autores devem atentar para o uso do espaçamento simples, evitando-se espaços ociosos entre os parágrafos. O texto deverá estar justificado à página.

1- TÍTULO: em **Língua Portuguesa**, deverá estar em negrito e centralizado no topo da primeira página, utilizando-se fonte de tamanho 18, em caixa alta (letras maiúsculas). O título em **inglês**, logo abaixo, deverá ser redigido em caixa alta, com fonte de tamanho 12.

2- IDENTIFICAÇÃO DO(S) AUTOR(ES): o(s) autor(es) deverá(ão) se identificar logo abaixo do título em inglês, com o nome completo, sem abreviações, digitado em caixa alta e justificado à página e fonte tamanho 10,5. O último sobrenome do(s) autores deve ser registrado em negrito. Depois do nome do(s) autor(es), deve constar respectivamente a titulação acadêmica e a instituição a que pertence/ representa em fonte tamanho 9.

Exemplos:

NOME DO AUTOR FICTICIO. Fonte 10,5 e o último sobrenome em negrito.

Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Nonono. Fonte tamanho 9.

AUTORA DE NOME FICTICIO. Fonte 10,5 e o último sobrenome em negrito.

Cirurgiã-Dentista, Doutora pela Faculdade de Odontologia da Universidade Nonono, Docente do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Momomo. Fonte tamanho 9.

Nota: adota-se como padrão internacional que, o último autor é, em geral, o orientador, o chefe do laboratório ou da instituição promotora do estudo, o pesquisador de maior experiência acadêmica e/ou na área. Contudo, o ordenamento do nome dos autores é de responsabilidade dos autores, sobre tudo, do autor responsável pelo estudo (orientador ou autor de correspondência, no caso deste último não ser o orientador do estudo).

3- ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: deve ser registrado abaixo da identificação do(s) autor(es), constando os dados do autor responsável pela correspondência: rua, bairro, cidade, estado, país, CEP e e-mail. Preferencialmente, o orientador do estudo deve ser designado para os diálogos com o Corpo Editorial do periódico BJSCR, fornecendo preferencialmente seus contatos profissionais. Fonte tamanho 9.

4- RESUMO/ ABSTRACT: logo abaixo do endereço para correspondência, deverá ser inserido o RESUMO do estudo (fonte tamanho 9 em negrito). Um breve resumo do manuscrito deve ser registrado, com no máximo 200 palavras, seguido de 3 a 5 PALAVRAS-CHAVE*.

O resumo deve ressaltar o fator motivador para a realização do estudo, sendo composto por frases simplificadas (concisas), afirmativas, sem apresentação de itens enumerados com tópicos, na voz ativa e em terceira pessoa, em parágrafo único. Símbolos que não sejam comumente utilizados, fórmulas, equações, diagramas, entre outros, devem ser evitados. O ABSTRACT, de mesmo teor do resumo deverá ser apresentado abaixo do resumo e seguido pelas KEYWORDS*, com significado equivalente às palavras-chave utilizadas.

* Para seleção de palavras-chave/ keywords, utilize os "Descritores em Ciências da Saúde" DeCS/BIREME, disponível em <http://decs.bvs.br>. Caso não sejam encontrados os descritores disponíveis para cobrir a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido e representativos do estudo realizado.

5- INTRODUÇÃO: neste item deve ser abordado o referencial teórico pesquisado para a elaboração do estudo. Se necessário, o texto poderá ser subdividido em subtítulo(s) sugestivo(s), grafados com alinhamento à esquerda e em negrito. A introdução **deverá ser finalizada com a hipótese e/ou objetivo(s) do estudo realizado**, sem a necessidade de evidenciá-los em subtítulos.

6- MATERIAL E MÉTODOS: neste item os autores devem detalhar os recursos materiais e metodológicos utilizados para realização do estudo.

Abreviaturas: para unidades de medida, utilize somente as unidades do Sistema Internacional de Unidades (SI). Utilize apenas abreviaturas e símbolos já padronizados, evitando incluí-las no título do manuscrito e no resumo. O termo completo deve preceder uma abreviatura quando ela for empregada pela primeira vez, salvo no caso de unidades comuns de medida.

No caso de estudos de atualização/ revisão da literatura os métodos devem conter informações completas sobre o meio de obtenção dos estudos analisados; os termos utilizados para seleção de obras; os idiomas habilitados; os critérios de utilização ou exclusão das obras analisadas; o recorte temporal utilizado; o critério para delimitação do recorte temporal; outros parâmetros relevantes para que o leitor seja capaz de replicar a sistemática adotada pelos autores.

Casos clínicos não possuem o item MATERIAL E MÉTODOS, mas os materiais e procedimentos adotados/ utilizados devem ser registrados ao longo da descrição do caso.

7 – RESULTADOS: este item é aplicável nos manuscritos chamados de originais (experimentação clássica), com resultados inéditos. Revisões da Literatura não possuem o item resultados. Figuras e Tabelas (se houver) deverão ser inseridas pelos autores no corpo do texto em local onde sua visualização facilite a compreensão do estudo apresentado. No Relato de Caso Clínico os resultados fazem parte da apresentação do caso ou ainda da discussão, não sendo especificados separadamente.

- Se houver Figuras, recomenda-se que sejam coloridas, com numeração arábica progressiva. O título da figura deverá aparecer abaixo desta, seguido pela sua respectiva legenda, ambas em fonte de tamanho 8. As figuras devem possuir pelo menos 300 dpi, no formato .JPG. Não serão aceitas imagens fora de foco; figuras que não sejam obra autoral dos autores necessariamente devem vir acompanhadas da citação de sua fonte (referência), de acordo com o padrão Vancouver de citação; a numeração da referência de uma figura é sequencial a do texto do estudo.

- Se o estudo contemplar Tabelas, o título desta deverá ser inserido sobre (acima) a tabela, com numeração arábica progressiva, indicando, logo abaixo da tabela, a sua legenda ou fonte da pesquisa (se houver), ou algum item de observação relevante para interpretação de seu conteúdo. Os resultados apresentados em tabelas não devem ser repetidos em gráficos, e vice-versa;

No texto, a referência às Tabelas ou Figuras deverá ser feita por algarismos arábicos. Note que **não deverá ser feita inserção** dos elementos denominando-os como: esquema, diagrama, gráfico, quadro, etc. Os elementos gráficos do artigo necessariamente deverão ser chamados de Figura ou de Tabela. Recomenda-se que o total de Figuras e Tabelas não seja superior a oito.

8- DISCUSSÃO: após a apresentação dos resultados, no item DISCUSSÃO, os autores deverão comentar sobre seus achados experimentais, ou considerar sobre o conteúdo revisado, contextualizando-os com os registros prévios existentes na literatura científica especializada.

9- CONCLUSÕES: após a discussão, o(s) autor(es) deverá(ão) responder de modo afirmativo ou negativo sobre a hipótese que motivou a realização do estudo, por meio do alcance dos objetivos propostos. No último parágrafo, o(s) autor(es) poderá(ão) expressar sua contribuição reflexiva (de cunho pessoal), e/ou versar sobre as perspectivas acerca do estudo realizado.

10- FINANCIAMENTO e AGRADECIMENTOS: o(s) autor(es) deve(m) indicar a(s) fonte(s) de financiamento da pesquisa (agências de fomento, empresas, etc.). Não havendo fonte financiadora, registre “NÃO SE APLICA”. Neste último caso, o item financiamento será removido pela equipe editorial da Master Editora para a finalização da versão final da obra. No caso dos autores desejarem registrar agradecimentos, estes devem ser direcionados a Instituições de Ensino, Institutos de Pesquisa ou à pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas que não figuram como autores, como por exemplo: técnicos de laboratório, analista de estatística ou de dados da Instituição de Ensino que possam ter fornecido subsídios informacionais para o estudo que se deseja publicar. Neste item não aplicam agradecimentos de cunho religioso ou de viés político-partidário, com a citação nominal de pessoas ou instituições que não tem relação direta com o estudo a ser publicado.

11- REFERÊNCIAS: é o último item de formatação do manuscrito. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, figura ou tabela do estudo e normalizadas de acordo com o padrão Vancouver de citação. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o Index Medicus (*List of Journals Indexed in Index Medicus*, disponível em <http://www.nlm.nih.gov>). Utilize fonte Times New Roman de tamanho 9. Listar todos os autores até o terceiro; quando forem quatro ou mais, listar os três primeiros, seguidos de *et al.* As referências são de responsabilidade dos autores e devem estar de acordo com os originais.

Exemplos de referências:

LIVROS:

1. Vellini-Ferreira F. Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas. 1999.
2. Kane AB, Kumar V. Patologia ambiental e nutricional. In: Cotran RS. Robbins: patologia estrutural e funcional. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000.

PERIÓDICOS CIENTÍFICOS:

3. Ong JL, Hoppe CA, Cardenas HL, *et al.* Osteoblast precursor cell activity on HA surfaces of different treatments. J Biomed Mater Res. 1998. 39(2):176-83.

Nota explicativa: último sobrenome do autor e suas demais iniciais; nome dos autores separados por vírgula; a partir do terceiro autor, utilizar a expressão *et al.* em itálico; primeira letra de cada nome do título do periódico em maiúsculo; ano; volume; número do volume entre parênteses; páginas registradas após “dois pontos”.

WEBSITES:

4. World Health Organization. Oral health survey: basic methods. 4th ed. Geneve: ORH EPID: 1997. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Imunoterapia. [acesso 11 mar. 2012] Disponível em: <http://inca.gov.br/tratamento/imunoterapia.htm>

MONOGRAFIAS, DISSERTAÇÕES E TESES:

5. Mutarelli OS. Estudo in vitro da deformação e fadiga de grampos circunferenciais de prótese parcial removível, fundidos em liga de cobalto-cromo e em titânio comercialmente puro. [tese] São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. 2000.

ANAIS DE EVENTOS OU ENCONTROS CIENTÍFICOS:

6. Ribeiro A, Thylstrup A, Souza IP, Vianna R. Biofilme e atividade de cárie: sua correlação em crianças HIV+. In: 16ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica. 1999; set 8; Águas de São Pedro. São Paulo: SBPqO. 1999.

IMPORTANTE

A Master Editora permite a reprodução do conteúdo de qualquer das edições do periódico **BJSCR**, no todo ou em parte, desde que sejam mencionados o nome do autor e a origem, em conformidade com a legislação sobre Direitos Autorais.

O artigo será publicado eletronicamente e estará disponível no site do periódico BJSCR, podendo estar vinculado à outros portais ou bases de periódicos científicos.

As datas de recebimento e aceitação do manuscrito serão registradas no artigo publicado.

As provas do artigo serão enviadas ao autor de correspondência via e-mail, ou para o autor que iniciou o processo de submissão, preferencialmente, devendo o template e as respectivas solicitações de correções atendidas no prazo estipulado e constante da mensagem encaminhada aos autores nas etapas anteriores a publicação.

LISTA DE ARQUIVOS QUE NECESSITAM SER ENCAMINHADOS:

() template do manuscrito do estudo no word.doc. O nome do arquivo deve ser o nome do primeiro autor do estudo (**nome do autor.doc**).

() Carta de transferência de direitos autorais, devidamente preenchida e assinada por todos os autores, transferindo todos os direitos autorais, caso o manuscrito venha a ser publicado sob a forma de artigo científico, no formato PDF (autor-direitos.doc).

() Documento comprobatório de aprovação do estudo em Comitê de Ética, para estudos experimentais com seres humanos ou com animais. A publicação dos resultados na forma de Caso Clínico devem ser autorizados pela instituição que detém a guarda do prontuário do paciente e pelo próprio paciente, via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE). Não se exclui ainda a necessidade de apresentação de parecer de aprovação de Comitê de ética em Pesquisa sempre que os dados representarem a análise de tratamentos/ procedimentos experimentais.

DECLARAÇÕES

Após a publicação da obra, sugerimos que os autores atualizem seus respectivos currículos acadêmicos, inserindo as novas informações: ISSN do periódico, nome dos autores, título do estudo recém-publicado, volume e número do periódico e número de paginação.

A Master Editora não emite declarações de publicação de forma automática, uma vez que a comprovação da publicação é o próprio artigo disponibilizado online. Sob esta perspectiva, os autores poderão imprimir os elementos pré-textuais da edição (capa, editorial e índice) e o artigo na íntegra para composição de currículo documentado.

Em caso de necessidade de expedição de declaração de publicação, o interessado deverá solicitar via e-mail (mastereditora@mastereditora.com.br) indicando o título da obra e autoria(s). A Declaração será enviada por e-mail (PDF), sem custo. Caso seja necessário o envio postal, o interessado deverá explicitar esta forma de envio, arcando com a respectiva despesa postal, conforme a modalidade de envio solicitada (carta simples registrada com A.R. ou SEDEX) e CEP.

NORMAS GERAIS E PROCEDIMENTOS EDITORIAIS APÓS A SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

Os manuscritos submetidos para publicação no periódico **BJSCR** não devem ter sido divulgados previamente. Serão aceitos para submissão: manuscritos originais, relatos de casos e revisão/ atualização da literatura.

A critério do Editor-Chefe do periódico **BJSCR** ou nos casos onde o assunto ou área do conhecimento da obra submetida não sejam de domínio técnico-científico dos atuais membros do Conselho Editorial do periódico **BJSCR**, ao autor de correspondência poderá ser solicitado a indicar até 4 pareceristas *ad hoc* com titulação de doutor, vinculado à Instituição de Ensino Superior ou Instituto de Pesquisa no Brasil ou no exterior, com expressividade na área de conhecimento do manuscrito a ser publicado, e sem conflito de interesse com a obra ou seus autores.

O manuscrito será submetido inicialmente ao Editor-Chefe do periódico **BJSCR** para uma análise preliminar de mérito, relevância e contribuição para expansão da fronteira do conhecimento científico, podendo ainda o manuscrito ser aprovado por *ad referendum* do Editor-Chefe do **BJSCR**.

Autores com expressividade em sua área de atuação também poderão publicar suas obras no periódico sob convite especial do Editor-Chefe do **BJSCR**.

Com o parecer preliminar favorável do Editor-Chefe, o manuscrito seguirá para análise *ad hoc*. Com parecer desfavorável para a publicação ocorrerá a recusa automática do periódico **BJSCR** em publicar o manuscrito sob a forma de artigo científico, sendo a decisão informada ao autor de correspondência.

Quando e se necessário, serão solicitadas alterações e revisões aos autores. Ao Conselho Editorial do **BJSCR** reserva-se o direito de aceitar, sugerir alterações ou recusar os trabalhos encaminhados para publicação, mantendo-se o anonimato do avaliador. Ao periódico **BJSCR** se reserva ainda o direito de realizar alterações textuais de caráter formal, ortográfico ou gramatical antes de encaminhá-lo para publicação.

Uma vez que o manuscrito submetido seja aceito para publicação, a **Master Editora** e o periódico **BJSCR** passam a deter os direitos autorais exclusivos sobre o seu conteúdo, para fins de publicação, podendo autorizar ou desautorizar a sua veiculação, total ou parcial, em qualquer outro meio de comunicação, resguardando-se a divulgação de sua autoria original. Para tanto, deverá ser encaminhado junto com o manuscrito uma "**Carta de Transferência de Direitos Autorais**" (encaminhada ao autor de correspondência, via e-mail, quando do comunicado de aceitação da submissão do manuscrito). Este documento deve conter o título do estudo, o nome completo e a assinatura dos autores e a data de assinatura.

Manuscrito de pesquisa com seres humanos deverá ser submetido junto com uma cópia do parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado, ou do Comitê de Ética mais próximo da instituição onde o estudo foi realizado. O mesmo procedimento deverá ser adotado, caso a experimentação científica tenha utilizado animais.

Frise-se que os conceitos emitidos nos textos são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Corpo Editorial do periódico **BJSCR** e da **Master Editora**. Finalmente, a **Editora Master** e o periódico **BJSCR**, ao receber os manuscritos, não assumem tacitamente o compromisso de publicá-los.

Caso o(s) autor(es) motive(m) intencional ou não intencionalmente situações que possam resultar na exclusão de um artigo científico publicado pela **BJSCR**, como por exemplo, em caso de plágio, duplicidade de publicação, falsidade ideológica, dentre outros, caberá ao(s) autor(es) exclusivamente as responsabilidades civis e/ou criminais sobre suas ações que resultaram na publicação de seu artigo pelo periódico **BJSCR**.

Finalmente, caso o artigo esteja previamente publicado em outro periódico científico e/ou objeto de suscitação de conflito de interesse, a sua exclusão do periódico **BJSCR** não resultará na devolução do valor pago a título de taxa de publicação, respondendo o(s) autor(es) exclusivamente pelas responsabilidades civis e/ou criminais sobre suas ações.

Em caso de dúvidas, críticas ou sugestões, entre em contato pelo e-mail:

mastereditora@mastereditora.com.br ou bjscr@mastereditora.com.br

**3. CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO EM
CONGRESSO E RESUMO PUBLICADO EM ANAIS**

4. COMPROVANTE DE SUBMISSAO DO ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA

Contato Pelo Site MASTER EDITORA

=====

=

27/05/2022 - 00:10:08

Periódico: Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research

Nome do arquivo: uso de guia cirúrgico para correção de sorriso gengival – relato de caso

Usuário: paulo josé de figueredo júnior

Email: paulofiguereadojr@outlook.com

Nome Co-autor: stephany mota vaz

CPF Co-autor: 704.950.231-67

E-mail Co-autor: stephanymotavaz@hotmail.com

Prezado(a) Autor(a),

A **Master Editora**, agradece a submissão do seu artigo e informa que para continuidade do procedimento de análise, será necessário ler atentamente os termos abaixo e ao final concordar ou não com o teor.

CARTA DE TRANSFERÊNCIA DOS DIREITOS AUTORAIS E
DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, **PAULO JOSÉ DE FIGUEREDO JÚNIOR** autor do manuscrito intitulado **USO DE GUIA CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL – RELATO DE CASO**, submetido à análise do periódico **BRAZILIAN JOURNAL OF SURGERY AND CLINICAL RESEARCH**, declaro concordar, por meio deste suficiente instrumento, que os direitos autorais referentes ao manuscrito acima citado tornem-se propriedade exclusiva da **Master Editora** e do periódico **BRAZILIAN JOURNAL OF SURGERY AND CLINICAL RESEARCH**.

No caso de não aceitação do manuscrito para publicação, essa transferência de direitos autorais será automaticamente revogada após a devolução definitiva do citado trabalho por parte do periódico **BRAZILIAN JOURNAL OF SURGERY AND CLINICAL RESEARCH**, sem ônus financeiro para ambas as partes.

Ciente e concordo que todos contatos da Editora seja realizado com o autor de correspondência e/ou de submissão, com os quais já ratifico e concordo com todas as suas declarações e atos.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro ter ciência e concordância com termos a seguir:

- 1- Certifico que participei suficientemente da construção e autoria do manuscrito para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo, bem como certifico a participação suficiente dos demais autores descritos no rol de autoria do manuscrito.
- 2- Os autores garantem que o manuscrito é original e não infringe qualquer direito autoral ou de propriedade de terceiros, seja em parte ou na íntegra. Os autores afirmam que o manuscrito acima citado não está submetido à análise

2- Os autores garantem que o manuscrito é original e não infringe qualquer direito autoral ou de propriedade de terceiros, seja em parte ou na íntegra. Os autores afirmam que o manuscrito acima citado não está submetido à análise de outros periódicos científicos, nacional e/ou internacional, quer no formato impresso ou eletrônico, bem como afirmam não tê-lo publicado previamente. Os autores assumem a responsabilidade pelo conteúdo completo da versão final submetida e que seu conteúdo reflète a ideia original dos artigos científicos ou demais fontes bibliográficas utilizadas para embasá-lo, bem como de seus autores.

3- Os autores declaram que todas as suas afiliações corporativas ou institucionais e todas as fontes de apoio financeiro ao trabalho estão devidamente citadas, certificando assim, que não há nenhum interesse comercial ou associativo que represente conflito de interesse relacionado ao manuscrito submetido. Caso haja interesse comercial na publicação do manuscrito, os autores concordam em inserir essa informação no artigo aceito para publicação.

4- Caso o(s) autor(es), deseje(m) revogar a publicação de seu manuscrito aceito, independente do(s) motivo(s), não haverá devolução do valor pago como taxa de publicação, em caso de pagamento precipitado, antes da expedição do aceite editorial para publicação. Entretanto, no caso do manuscrito ser rejeitado, a **Master Editora** devolverá o valor eventualmente pagos pelo(s) autor(es), descontando eventuais encargos bancários/ operacionais oriundos desta transação precipitada.

5- Caso o(s) autor(es) motive(m) intencional ou não intencionalmente situações que possam resultar na exclusão de um artigo científico publicado pela **BRAZILIAN JOURNAL OF SURGERY AND CLINICAL RESEARCH**, como por

5- Caso o(s) autor(es) motive(m) intencional ou não intencionalmente situações que possam resultar na exclusão de um artigo científico publicado pela **BRAZILIAN JOURNAL OF SURGERY AND CLINICAL RESEARCH**, como por exemplo, **em caso de plágio, duplicidade de publicação, falsidade ideológica, dentre outros, caberá ao(s) autor(es) exclusivamente as reponsabilidades civis e/ou criminais sobre suas ações que resultaram na publicação de seu artigo pelo periódico BRAZILIAN JOURNAL OF SURGERY AND CLINICAL RESEARCH.**

6- Os autores declaram ciência que, em caso de necessidade de exclusão do artigo, conforme descrito no item 5, a Master Editora e o periódico **não** garantem a exclusão do artigo científico de outras bases indexadas pelo periódico, posto que não temos gestão sobre outras bases.

7- Finalmente, caso o artigo esteja previamente publicado em outro periódico científico e/ou objeto de suscitação de conflito de interesse, alegação de plágio, entre outras situações, a sua exclusão do periódico **BRAZILIAN JOURNAL OF SURGERY AND CLINICAL RESEARCH** não resultará na devolução do valor pago a título de taxa de publicação.

8- Os autores declaram expressamente a fiel autoria do presente artigo, **não sendo o mesmo objeto de plágio, tradução literal do todo ou de parte de obras publicadas em qualquer idioma, ou de falsidade ideológica e/ou possuir qualquer conflito de interesse.**

9- Ciente que após a publicação do artigo não será possível realizar qualquer alteração, devendo os dados serem conferidos na íntegra pelos autores antes da publicação.

10- Os autores declaram que todo o artigo foi devidamente conferido antes da submissão, inclusive a grafia dos nomes e qualificações dos autores.

informações solicitadas. Os dados ainda poderão ser compartilhados com órgãos oficiais para cumprimento de pedidos judiciais e formalidades legais.

Os dados coletados serão utilizados por prazo indeterminado, face a necessidade de manter arquivo institucional. O titular de dados, consente expressamente que o número do telefone poderá assim como o e-mail, poderão ser utilizados para envio de informações, campanhas, folders, malas diretas. Quanto ao telefone, este poderá ser incluído em grupos de Whats app oficiais da Master Editora como forma de viabilizar a comunicação das partes. O Titular de dados ao identificar qualquer situação de possa entender como a violação no compartilhamento de seus dados poderá requerer imediatamente sua exclusão enviando e-mail: mastereditora@mastereditora.com.br a solicitação será avaliada e tendo ocorrido qualquer violação haverá a exclusão.

Importante: Os dados que se refere a política de privacidade são os dados oriundos do ato de cadastrado, não se confundindo com os dados pessoais e informações constantes no artigo submetido para análise, os quais em caso de aceite se tornarão públicos, como medida da prestação de serviço contratado.

[\(\) Por ser a expressao da verdade, declaro\(amos\) ciencia e concordância com o teor do presente documento.\(clique aqui para concordar com os termos\)](#)

() Nao concordo(amos)

=====

5. ANEXOS



DECLARAÇÃO

Goianésia, 30 de maio de 2022.

Declaramos que nós, do Curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia (FACEG), estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "**USO DE GUIA CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL – RELATO DE CASO**", sob a responsabilidade do Dr. Paulo José de Figueredo Júnior, a ter acesso ao prontuário odontológico da paciente Maria Luísa de Jesus Neves.

Estamos cientes que serão utilizados dados deste prontuário, tais como: exames radiológicos e laboratoriais, bem como, de que o trabalho proposto deve seguir a Resolução 466/2012 (CNS) e complementares.

Atenciosamente,

Prof. Me. Larissa Santana Arantes Elias Alves
Coordenadora do Curso de Odontologia