



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE ODONTOLOGIA

ANNA KAROLLINE LIRA BEZERRA

EXCISÃO DE LESÃO DE DUCTO SALIVAR SUBMANDIBULAR A LASER

EM BEBÊ: RELATO DE CASO

Recife

2025

ANNA KAROLLINE LIRA BEZERRA

**EXCISÃO DE LESÃO DE DUCTO SALIVAR SUBMANDIBULAR A LASER
EM BEBÊ: RELATO DE CASO**

Trabalho apresentado à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso 2 como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientadora: Profa. Dra.: Cintia Regina Tornisiello Katz
Co - orientador: Prof. Dr.: Danyel Elias da Cruz Perez

Recife

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Bezerra, Anna Karolline Lira .

Excisão de Lesão de Ducto Salivar Submandibular a Laser em Bebê: Relato de Caso / Anna Karolline Lira Bezerra. - Recife, 2025.
49 p. : il.

Orientador(a): Cintia Regina Tornisiello Katz

Coorientador(a): Danyel Elias da Cruz Perez

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Odontologia - Bacharelado, 2025.

Inclui referências.

1. Glândula Submandibular. 2. Laser. 3. Bebê. 4. Cirurgia. 5. Cisto. 6. Ducto Salivar. I. Katz, Cintia Regina Tornisiello. (Orientação). II. Perez, Danyel Elias da Cruz. (Coorientação). IV. Título.

610 CDD (22.ed.)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro instante, gostaria de agradecer a Deus por ter me presenteado com este curso que era algo no qual nem esperava mais conseguir, mas como sempre, Deus sempre nos surpreende. Ele sempre me deu muito suporte em todo o meu percurso, com coisas além do que eu esperava, e hoje me encontro aqui, conseguindo finalizar um curso no qual existem muitas pedras no caminho até sua finalização, principalmente por nos fazer ter um gasto financeiro altíssimo. Agradeço a Deus por ter colocado diversas pessoas em minha vida nas quais me ajudaram em várias fases de toda a minha trajetória até aqui.

Gratidão aos meus pais Dayse Lucy e Wilson Júnior, meu irmão Wilson Neto e minha vovó Lenita Lira, que sempre torceram por mim. A minha mãe que sempre se esforçou para pagar o meu pré-vestibular e nunca deixou de acreditar que um dia eu iria passar. Ao meu pai que hoje não está mais aqui, mas sei que se há possibilidade de ele estar me vendo, sei que sente orgulho de mim e está feliz.

Agradeço imensamente ao meu amor, José Vinícius, no qual foi um presente que o curso me deu por ter conhecido na metade da graduação e mesmo ele tendo que sair do curso para seguir outro caminho, continuamos juntos até hoje. Sua presença constante, suas palavras de incentivo e sua fé em mim até quando eu mesma não tinha foram essenciais para que eu seguisse em frente. Obrigada por me lembrar, todos os dias, do meu valor, amo você.

Não posso esquecer também de uma família que me acolheu no momento que mais precisei em minha vida, que sempre me motivou a estudar e me deram muito amor sem nem pedir nada em troca. Obrigada Maria Eduarda por ter me acolhido e ficado comigo nos momentos mais difíceis da minha vida. Obrigada Dona Silvana por abrir as portas de sua casa e do seu coração. A senhora foi um alicerce nos anos mais difíceis da minha vida. A Senhora sempre vai ser minha segunda mãe.

E claro, a minha dupla desses cinco anos de faculdade Adrielly Soares, que sempre foi minha parceira não só na graduação, mas fora dela também. Juntas construímos muitas memórias juntas, choramos, sorrimos, brigamos muito, e nos abraçamos. Acredito que sem uma a outra, as coisas não teriam sido tão leves e divertidas como sempre foram. Obrigada por toda a ajuda e pelo seu amor.

Gratidão imensa ao meu ex-chefe Manoel Carvalho, obrigada por sempre me motivar, por toda ajuda, por sempre usar suas palavras com muita sabedoria para me aconselhar e me fazer enxergar o quão boa eu sou. Você foi e é muito mais que um chefe, vai sempre ser o meu amigo.

Agradeço muito a minha turma, a todos os meus colegas de classe que durante toda a graduação ajudamos um ao outro, rimos, nos divertimos muito, brigamos também, mas que mesmo assim iremos sentir falta um do outro. Desejo um

futuro maravilhoso para todos nós com Deus sempre nos acompanhando e guiando nossas mentes com muita inteligência, dedicação, amor e gentileza ao próximo. Obrigada turma.

E por fim, finalizando com muito carinho, um agradecimento ao meu primeiro paciente, Sr. Marconi, que sempre foi muito querido, carinhoso e amoroso comigo e com minha dupla. Foi um prazer enorme atendê-lo.

RESUMO

Lesões císticas do ducto salivar em bebês são raras e apresentam desafios diagnósticos e terapêuticos importantes na prática odontopediátrica. O presente trabalho relata o caso clínico de um lactente de 8 meses com lesão nodular assintomática no assoalho bucal, localizada na região do ducto da carúncula sublingual esquerda. Diante da idade do paciente, da localização da lesão em uma área anatomicamente delicada e da necessidade de controle dos movimentos durante o procedimento, optou-se pela abordagem cirúrgica com laser de diodo associado à sedação inalatória com óxido nitroso. A excisão foi realizada com sucesso, controle hemostático eficiente e cicatrização adequada no pós-operatório. O procedimento também incluiu frenectomia lingual, previamente indicada. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de cisto de ducto salivar. A utilização do laser cirúrgico mostrou-se uma estratégia segura e precisa, especialmente em regiões de acesso restrito, proporcionando mínima agressão tecidual e excelente controle intraoperatório. A sedação inalatória favoreceu a estabilização do paciente e viabilizou a realização segura do procedimento em ambiente ambulatorial. O caso reforça a importância da avaliação precoce de alterações anatômicas em bebês e demonstra que, com planejamento criterioso e uso adequado de tecnologias, é possível realizar intervenções eficazes e bem-sucedidas mesmo em pacientes de pouca idade.

Palavras-chave: glândula submandibular; laser; bebê; cirurgia; cisto; ducto salivar.

ABSTRACT

Cystic lesions of the salivary duct in infants are rare and present significant diagnostic and therapeutic challenges in pediatric dentistry. This paper reports the case of an 8-month-old infant with an asymptomatic nodular lesion on the floor of the mouth, located in the region of the left sublingual caruncle duct. Given the patient's age, the location of the lesion in an anatomically delicate area, and the need for movement control during the procedure, a surgical approach using a diode laser combined with nitrous oxide inhalational sedation was chosen. The excision was successful, with efficient hemostatic control and adequate postoperative healing. The procedure also included a previously indicated lingual frenectomy. Histopathological examination confirmed the diagnosis of a salivary duct cyst. The use of a surgical laser proved to be a safe and precise strategy, especially in areas of restricted access, providing minimal tissue damage and excellent intraoperative control. Inhalation sedation helped stabilize the patient and enabled the procedure to be performed safely in an outpatient setting. This case reinforces the importance of early assessment of anatomical alterations in infants and demonstrates that, with careful planning and appropriate use of technology, effective and successful interventions are possible even in young patients.

Keywords: submandibular gland; laser; infant; surgery; cyst; salivary duct.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Exame clínico e avaliação da lesão	24
Figura 2 – Posicionamento do paciente na cadeira odontológica e sedação inalatória	25
Figura 3 – Estabilização protetora e anestesia infiltrativa	26
Figura 4 – Aspecto clínico da lesão após excisão	27
Figura 5 – Ferida cirúrgica imediatamente após frenectomia e excisão da lesão	27

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	14
3	RELATO DO CASO.....	18
4	DISCUSSÃO.....	25
5	CONCLUSÃO.....	29
6	REFERÊNCIAS.....	30
7	ANEXOS.....	34

1 INTRODUÇÃO

Lesões das glândulas salivares em crianças, apesar de raras, podem gerar complicações significativas, incluindo dificuldades alimentares, infecções locais e risco de obstruções, exigindo atenção especial para garantir um diagnóstico precoce e tratamento adequado.¹ O manejo dessas condições durante a infância é essencial para preservar o desenvolvimento oral e sistêmico, proporcionando qualidade de vida e prevenindo danos futuros.

Alterações congênitas ou adquiridas dos ductos salivares, como obstruções ou malformações, representam um desafio diagnóstico, especialmente pela sua apresentação frequentemente assintomática ou com sintomas inespecíficos. A escassez de literatura sobre o tema e a sobreposição clínica com outras lesões dificultam o reconhecimento precoce.²

As glândulas submandibulares, que respondem por grande parte da produção de saliva em repouso, iniciam seu desenvolvimento embrionário entre a 10^a e 12^a semana de gestação, a partir da invaginação do epitélio ectodérmico da cavidade oral. Essas alterações anatômicas, ao comprometerem o fluxo salivar normal, podem demandar diferentes abordagens terapêuticas, que devem ser avaliadas conforme a gravidade da lesão, idade do paciente e sintomas associados.^{3,4}

Quando há obstrução do ducto, o acúmulo de saliva pode originar lesões císticas, como a rânula ou o cisto de ducto salivar, com risco de dilatação progressiva, infecção ou desconforto alimentar. Em casos mais severos, a lesão pode impactar a via aérea ou comprometer a sucção e a deglutição,

especialmente em lactentes. Histologicamente, essas lesões se caracterizam por epitélio colunar ou estratificado, tecido conjuntivo fibroso e áreas de reação inflamatória crônica associadas ao extravasamento de muco⁵⁻⁶.

Em bebês, essas lesões podem não causar desconforto imediato, mas é fundamental que as famílias sejam orientadas sobre a importância do tratamento precoce, principalmente para evitar complicações⁶. O tratamento deve ser individualizado e pode variar de abordagens conservadoras à excisão cirúrgica, de acordo com o tipo e a localização da lesão. A marsupialização tem sido sugerida como técnica eficaz para evitar recidivas, embora a excisão completa do cisto possa ser preferida em algumas situações clínicas². Em lactentes, a escolha da técnica deve considerar a segurança, a previsibilidade e a complexidade anatômica devido à proximidade de estruturas nobres.

A introdução de tecnologias minimamente invasivas, como o laser de alta potência, tem trazido benefícios relevantes para a Odontopediatria. A excisão a laser de lesões orais tem se mostrado uma alternativa eficaz e segura, com vantagens como hemostasia imediata, menor risco de lesão de estruturas adjacentes, ausência de necessidade de sutura e melhor controle pós-operatório^{7,8}.

A sedação inalatória com óxido nitroso é amplamente utilizada na medicina pediátrica pela sua segurança e previsibilidade, inclusive em bebês, sendo indicada em procedimentos invasivos como biópsias, suturas e inserção de dispositivos médicos⁹. Na Odontopediatria, embora ainda pouco explorada em crianças menores de 3 anos de idade, este tipo de sedação representa uma

ferramenta valiosa para promover estabilidade comportamental, reduzir o estresse infantil e permitir a realização segura de procedimentos que exigem precisão anatômica. O uso do óxido nitroso favorece a qualidade do atendimento odontológico, especialmente em intervenções que demandam imobilidade do paciente^{9,10}. Quando utilizada com critério e seguindo os protocolos de segurança para essa faixa etária, a sedação inalatória contribui para uma experiência clínica mais positiva para a criança e sua família, além de minimizar riscos associados a movimentos inesperados durante o ato cirúrgico^{9,10}.

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de excisão de lesão em ducto salivar submandibular em lactente de 8 meses, discutindo os aspectos clínicos e cirúrgicos da abordagem, com ênfase nos benefícios do uso do laser de alta potência associado à sedação inalatória com óxido nitroso em Odontopediatria.

2 REVISÃO DA LITERATURA

- **Anomalias congênitas da cavidade oral e do ducto submandibular**

Anomalias congênitas da cavidade oral constituem um conjunto de doenças que resultam de erros na embriogênese ou de eventos adversos intrauterinos³. No entanto, lesões do ducto submandibular referem-se a qualquer dano ou disfunção que afeta o ducto submandibular, que é o canal que transporta a saliva da glândula submandibular para a cavidade oral. Essas lesões podem variar em causa e gravidade e incluem, mas não se limitam a obstruções, traumas, infecções ou anomalias congênitas⁵.

A atresia congênita do ducto de Wharton (submandibular) é uma entidade rara, com menos de 30 casos relatados na literatura desde a década de 1950 e pode se apresentar como uma lesão cística do assoalho da boca em uma criança. Um dos primeiros casos relatados de atresia foi em 1955⁵.

- **Manifestações clínicas das lesões do ducto submandibular em bebês**

Clinicamente, de acordo com os estudos de Hoffrichter⁶ e Kawahara⁷, a lesão congênita do ducto submandibular, também conhecida como ducto de Wharton, pode apresentar diversos aspectos clínicos dependendo da sua localização, severidade e etiologia. Sendo assim, apresenta-se como um inchaço no assoalho da boca, podendo ser unilateral ou bilateral em relação à linha média, que muitas vezes aumenta gradualmente.

Algumas vezes de coloração azulada, com ou sem inflamação, indolor ou não, pode apresentar um certo desconforto, que conseqüentemente gera

dificuldades na amamentação, o que pode resultar em perda de peso e engasgos durante a alimentação⁷. Há também presença de massas visíveis, infecção secundária, no qual em decorrência disso, pode apresentar sinais de febre, irritabilidade e áreas de calor e vermelhidão na região submandibular⁷.

- **Abordagens terapêuticas cirúrgicas**

De acordo com o estudo de Pownell², pacientes com ductos submandibulares imperfurados devem ser tratados com marsupialização precoce para garantir a permeabilidade do ducto e prevenir complicações posteriores como formação de rânula ou sialoadenite. A ductoplastia pode ser útil para garantir permeabilidade a longo prazo, mas não está claro se este procedimento é útil devido ao pequeno número de casos relatados e acompanhamento de curto prazo. No entanto, lesões de anomalia de duplicação do ducto submandibular com dilatação cística e formação de rânula têm sido tratadas com excisão completa da lesão e preservação cuidadosa do ducto submandibular.

- **Importância do diagnóstico precoce em Odontopediatria**

É importante que o Odontopediatra esteja capacitado para realizar o diagnóstico e tratamento dessas lesões orais congênitas ou adquiridas. O diagnóstico pode ser desafiador devido à dificuldade em realizar exames complementares em bebês e à natureza sutil dos sintomas. Sendo assim, é de extrema importância a avaliação completa, considerando a história prévia da lesão, juntamente com um exame físico meticuloso para identificar

características particulares da lesão e iniciar o tratamento indicado o mais cedo possível⁹.

- **Vantagens do uso do laser em cirurgias orais pediátricas**

O avanço da tecnologia aplicada à saúde tem possibilitado abordagens mais precisas e seguras, especialmente quando se trata de intervenções em recém-nascidos. A utilização do laser em cirurgias orais pediátricas tem ganhado notoriedade por oferecer diversos benefícios em comparação aos métodos convencionais. Uma das grandes vantagens dessa técnica é sua capacidade de cortar tecidos com grande precisão, utilizando energia luminosa para gerar calor que vaporiza ou coagula os tecidos de forma seletiva. Esse processo, conhecido como fototermólise, permite a realização de incisões limpas e com controle eficiente de sangramento, fator essencial em procedimentos delicados como aqueles realizados na cavidade oral de neonatos¹¹.

- **Tipos de laser e efeitos clínicos**

Os tipos mais comuns de laser utilizados em Odontopediatria são o de diodo e o de CO₂. O primeiro se destaca por ser portátil, com boa capacidade de coagulação, enquanto o segundo é conhecido por sua alta precisão e menor dispersão térmica. Embora ambos sejam eficazes, estudos indicam que o laser de CO₂ tende a promover melhor qualidade de cicatrização inicial, principalmente na primeira semana após o procedimento¹¹.

A aplicação do laser de alta potência em cirurgias orais em bebês e crianças tem se mostrado especialmente útil, trazendo maior segurança clínica. A técnica proporciona um procedimento mais rápido, com sangramento muito reduzido, dispensando a realização de suturas. Isso contribui para que os pacientes tenham uma recuperação mais rápida e confortável, retornando rapidamente à alimentação¹³.

Estudos clínicos reforçam esses benefícios. Em um estudo conduzido por Dell'Olio¹⁵, 56 recém-nascidos foram submetidos a cirurgia de frenectomia com laser de diodo. Os resultados mostraram a rápida cicatrização e melhora significativa na alimentação, ganho de peso e bem-estar materno. Mazzoni et al.¹⁴, compararam os efeitos do laser de alta potência com o uso do eletrocautério em bebês. O grupo tratado com laser apresentou menor incidência de sangramento e ausência de inflamação nas áreas tratadas, demonstrando a superioridade do método a laser em termos de conforto e segurança.

- **Propriedades adicionais do laser e cuidados pós-operatórios**

Além dos benefícios imediatos, o laser exerce ação antimicrobiana na região operada, o que diminui o risco de infecções. Sua capacidade de bioestimulação tecidual também acelera o processo de regeneração celular, promovendo uma cicatrização eficaz.^{13, 17} Dessa forma, o uso do laser proporciona menor dor no pós-operatório, reduzindo a necessidade de analgésicos¹³.

É importante mencionar que a percepção dos pais ou responsáveis influencia na aceitação da técnica cirúrgica nos pacientes odontopediátricos. Relatos apontam maior tranquilidade dos cuidadores e menor ansiedade materna quando os procedimentos são realizados com laser, em razão da recuperação mais rápida e da ausência de complicações. ¹⁵

Entretanto, é imprescindível que o profissional responsável pelo uso da tecnologia a laser tenha capacitação adequada, domine os parâmetros físicos da luz e conheça profundamente a anatomia da região operada. A segurança e os resultados estão diretamente relacionados ao conhecimento técnico-científico do operador.

3 RELATO DE CASO

Este trabalho foi realizado após a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos responsáveis legais do paciente, e integra um projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob parecer nº 6.954.875 (CAAE: 79907524.9.0000.5208).

- **Histórico médico**

Paciente de 8 meses de idade, sexo masculino, foi encaminhado pela pediatra para avaliação odontológica, apresentando lesão na região do assoalho bucal. Durante a anamnese, a genitora relatou que o paciente nasceu prematuro de 33 semanas e teve histórico de internação neonatal de 15 dias em UTI por apresentar episódios de apneia, necessitando utilizar sonda alimentar por 14 dias. Também relatou que após uma semana de alta hospitalar, ela notou a presença de uma lesão arredondada na região sublingual da criança e procurou a médica pediatra, a qual optou por realizar o acompanhamento da lesão.

Após um período de 7 meses de acompanhamento pela pediatra, ao observar um aumento de volume da lesão, o paciente foi encaminhado para avaliação do Odontopediatra. Na avaliação odontológica, aos 8 meses de idade, a genitora relatou que o paciente não tinha queixa de dor ou dificuldades na amamentação. Na ocasião, o paciente estava sendo amamentado com leite materno e complemento de fórmula em mamadeira, estava iniciando a

introdução alimentar e não fazia uso de bicos artificiais. Segundo relato materno, o paciente havia sido diagnosticado, ainda na maternidade, com freio lingual alterado no teste da linguinha, mas como não houve dificuldades de amamentação nos primeiros meses, optou-se por não realizar intervenção cirúrgica à época.

- **Achados clínicos**

Ao exame clínico foi possível observar uma lesão arredondada, com cerca de 0,5 cm, palpável, móvel, com consistência macia, localizada no assoalho bucal do lado esquerdo, ao lado ao freio lingual, na região correspondente ao ducto da carúncula sublingual esquerda, com vascularização visível e conteúdo opaco em seu interior (Figura 1).



Figura 1 – Exame clínico e avaliação da lesão

Durante o exame clínico foi notável o desconforto da criança com a manipulação do assoalho bucal, através da movimentação constante, pouca amplitude de abertura bucal e movimentos de abertura e fechamento. Ressalta-se que o desconforto observado foi mais relacionado à manipulação oral da criança do que à sintomatologia dolorosa. A criança não apresentou sinais de desconforto durante a palpação da lesão.

- **Planejamento cirúrgico**

Diante dos achados foi levantada a hipótese diagnóstica de cisto de retenção salivar. Considerando a idade do paciente, os movimentos intensos durante o exame e o grau de dificuldade para o controle comportamental, optou-se por realizar o procedimento cirúrgico com o auxílio da sedação inalatória com óxido nitroso, a fim de garantir segurança clínica, estabilidade motora e melhor condução do procedimento. Planejou-se a excisão da lesão com uso do laser cirúrgico de alta potência, visando o maior controle da hemostasia, melhor visualização do campo operado e menor risco de danos às estruturas adjacentes.

- **Conduta adotada**

O procedimento foi realizado com a criança sentada sob apoio de elevação na cadeira odontológica. A sedação inalatória com óxido nitroso foi conduzida com abordagem lúdica e acolhedora, favorecendo a aceitação espontânea da máscara nasal, sem a necessidade de contenção física inicial (Figura 2). Após a indução sedativa, com o paciente demonstrando estabilidade

comportamental e redução dos movimentos, procedeu-se ao preparo para anestesia local. Foi realizada a anestesia tópica com lidocaína em pomada e anestesia infiltrativa com lidocaína com vasoconstritor (1:100.000), utilizando 1/3 de tubete (Figura 3). Uma faixa de estabilização protetora com velcro foi utilizada para evitar movimentos bruscos durante a anestesia e excisão da lesão.



Figura 2 – Posicionamento do paciente na cadeira odontológica e sedação inalatória



Figura 3 – Estabilização protetora e anestesia infiltrativa

Os pontos de punção anestésica foram dos dois lados do freio lingual e na região do assoalho esquerdo, ao lado da lesão. Inicialmente à excisão da lesão, foi realizada a frenectomia lingual, pelo fato do paciente apresentar indicação, e também como forma a facilitar o acesso à lesão, preservando a região das carúnculas sublinguais.

A frenectomia e a excisão da lesão foram realizadas com laser de diodo, (Thera Lase, DMC), no modo contínuo, com a potência de 1,5 Watts. Para excisão, foi realizada a preensão da lesão com pinça hemostática e o laser foi aplicado contornando a lesão até a sua remoção completa, com a lesão íntegra. Um pequeno sangramento ocorreu no momento da excisão, devido ao rompimento de um vaso sanguíneo, o que foi imediatamente controlado com o uso do laser. As figuras 4 e 5 mostram o aspecto da lesão e a ferida cirúrgica após a excisão da lesão e frenectomia lingual.

A oximetria do paciente foi monitorada durante todo o procedimento. O paciente permaneceu acordado durante todo o procedimento. Apresentou choro e movimentação de fuga apenas na fase final do procedimento, quando na etapa de oxigenação final. O tempo total do procedimento foi de 20 minutos, sendo o tempo de exposição ao óxido nitroso 15 minutos, na concentração de 50%, e oxigenação final de 5 minutos. A recuperação após a sedação foi tranquila, com o paciente sendo amamentado logo após o procedimento, e dormindo em seguida. Para controle analgésico no pós-operatório foi prescrito paracetamol suspensão oral de 100mg/ml, de 4/4h por 24 horas.

- **Pós-operatório**

O retorno do paciente após uma semana demonstrou cicatrização satisfatória, sem sinais de edema ou intercorrências. Os pais relataram experiência positiva e satisfatória.



Figura 4 – Aspecto clínico da lesão após excisão



Figura 5 – Ferida cirúrgica imediatamente após frenectomia e excisão da lesão

- **Análise histopatológica**

A lesão removida foi encaminhada para análise no laboratório de Patologia da UFPE. No exame histopatológico foi confirmada a hipótese de cisto de ducto salivar. Observou-se fragmento de assoalho bucal revestido por epitélio escamoso queratinizado íntegro. Subjacente, tecido conjuntivo exibindo cavidade revestida por epitélio estratificado mostrando diferenciação escamosa, além da presença de ductos salivares excretores próximos.

4 DISCUSSÃO

As lesões císticas envolvendo os ductos salivares em bebês são raras e frequentemente de difícil diagnóstico clínico, devido à apresentação assintomática ou pouco expressiva em pacientes dessa faixa etária. No presente caso, a hipótese diagnóstica de cisto de ducto salivar foi sustentada por dados da anamnese, achados clínicos e confirmação histopatológica. A presença de uma lesão cística no assoalho bucal de um lactente com histórico de uso de sonda orogástrica no período neonatal levanta uma hipótese de etiologia traumática, conforme já relatado na literatura em casos similares³.

Considerando a topografia da lesão (próxima à carúncula sublingual esquerda), em íntima relação com o freio lingual, cabe refletir sobre qual estrutura salivar estaria realmente envolvida. Embora o laudo indique envolvimento de um ducto salivar, não é possível afirmar com total precisão que se trate do ducto de Wharton, correspondente ao ducto principal das glândulas submandibulares. A literatura descreve que o ducto de Wharton percorre um trajeto mais profundo no assoalho bucal, e geralmente se manifesta clinicamente, quando obstruído ou malformado, com lesões maiores ou com comprometimento funcional, como dificuldade para salivar, dor ou edema recorrente³.

No presente caso, a lesão era pequena, superficial e sem sintomas clínicos importantes, o que sugere, alternativamente, o envolvimento do ducto de glândulas sublinguais acessórias ou mesmo de um ducto acessório submandibular malformado. Essas estruturas são menores e mais superficiais,

podendo originar lesões císticas com características semelhantes, como descrito em relatos isolados da literatura^{4,3}.

A ausência de exame de imagem pré-operatório limitou a confirmação anatômica da estrutura envolvida, o que é uma limitação do caso. Mesmo assim, o tratamento foi resolutivo, e a resposta clínica e cicatricial foi compatível com a abordagem adotada. O diagnóstico precoce e a intervenção oportuna foram determinantes para o bom desfecho do caso. Apesar da ausência de dor ou dificuldade alimentar significativa, a lesão apresentava crescimento progressivo e localização crítica, justificando a conduta cirúrgica⁹.

A região do assoalho bucal é anatomicamente delicada, com estruturas vasculares, nervosas e glandulares de difícil visualização e alta sensibilidade, o que torna os procedimentos invasivos mais desafiadores em bebês¹⁸. A escolha de uma abordagem minimamente invasiva foi pautada pela necessidade de preservar tecidos adjacentes e garantir um pós-operatório mais confortável.

Nesse contexto, o uso do laser cirúrgico mostrou-se uma ferramenta eficiente e segura, com capacidade hemostática e corte preciso, favorecendo uma excisão controlada da lesão sem necessidade de sutura. Os resultados observados, como a ausência de edema, boa cicatrização, ausência de recidiva e preservação da função glandular, estão em conformidade com os benefícios já descritos do uso do laser em cirurgia de tecidos moles na Odontopediatria⁹. Segundo Bilder et al.¹¹, a hemostasia obtida com o laser é superior àquela proporcionada pelo bisturi convencional, e reduz consideravelmente o risco de complicações como edema, sangramento e

infecção. Além disso, estudos como os de Fialho et al.¹⁶ e Silva et al.¹⁷ reforçam que a aplicação do laser em tecidos moles orais favorece uma cicatrização mais eficiente e confortável em pacientes pediátricos.

Outro aspecto importante foi a associação da frenectomia lingual no mesmo ato operatório, o que demonstra a possibilidade de otimização de procedimentos com a utilização do laser, reduzindo tempo cirúrgico e exposição à sedação. Tal conduta está alinhada aos princípios de resolutividade e integralidade do cuidado odontopediátrico, desde que haja indicação precisa¹⁴.

A sedação inalatória com óxido nitroso, embora amplamente utilizada na medicina pediátrica, ainda é pouco explorada na Odontopediatria em bebês. Neste caso, foi fundamental para reduzir o estresse, controlar os movimentos da criança e garantir a segurança do procedimento. A estabilidade comportamental obtida com a sedação favoreceu o acesso visual adequado, a manipulação delicada da área anatômica envolvida e a efetiva condução da cirurgia, sem intercorrências²⁰. Além disso, permitiu uma experiência positiva para a família, o que reforça seu potencial como aliada em procedimentos que exigem imobilidade e precisão^{20,21}.

Este trabalho chama a atenção para a importância da documentação clínica, da avaliação detalhada e do planejamento individualizado do tratamento em Odontopediatria, especialmente em situações que envolvem estruturas nobres e pacientes de pouca idade. A associação de tecnologias como o laser e recursos farmacológicos como a sedação, quando utilizados

com critério e respaldo ético, ampliam as possibilidades terapêuticas e contribuem para a humanização do cuidado odontológico infantil.

Por fim, este relato contribui para a prática clínica em Odontopediatria ao evidenciar o potencial do laser como uma ferramenta eficaz e segura para o tratamento cirúrgico de lesões bucais em bebês. A combinação com a sedação inalatória possibilita uma abordagem menos invasiva e mais humanizada, o que pode incentivar outros profissionais a adotarem essa técnica em suas rotinas clínicas, melhorando o atendimento de pacientes infantis.

CONCLUSÃO

O caso apresentado destaca a relevância do diagnóstico precoce, da indicação cirúrgica criteriosa e da adoção de recursos tecnológicos que viabilizam intervenções minimamente invasivas em bebês no contexto da Odontopediatria. A excisão da lesão com laser cirúrgico, associada à sedação inalatória com óxido nitroso, demonstrou-se uma estratégia segura e eficaz, com excelente controle hemostático, resultados clínicos satisfatórios e rápida recuperação pós-operatória.

REFERÊNCIAS

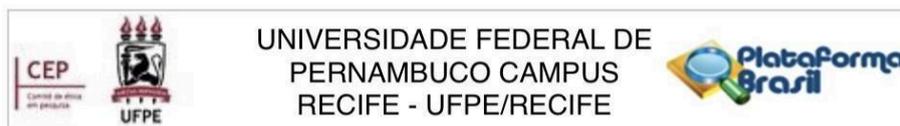
1. Patil S, Rao RS, Majumdar B, Anil S. Oral lesions in neonates. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2016;9(2):131–8. doi:10.5005/jp-journals-10005-1349.
2. Pownell HP, Patel M, Bailey CM. Congenital abnormalities of the submandibular duct. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1992;24(2):161–9. doi:10.1016/0165-5876(92)90142-c.
3. Amin MR, Bailey CM. Congenital atresia of the orifice of the submandibular duct: a report of 2 cases and review. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2001;39(6):480–2. doi:10.1054/bjom.2001.0672.
4. Redpath HT, Young JM, McKean TA. Congenital ranula. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1969;28(4):542–4. doi:10.1016/0030-4220(69)90262-X.
5. Freitas OL, Santos RM, Lima FO, Souza LA. Congenital atresia of the submandibular gland duct: report of two clinical cases with spontaneous regression and literature review. *Rev Estomatol Salud.* 2022;30(1). doi:10.25100/re.v30i1.11829.
6. Martins J, Sakima MT, Sundefeld MLMM, Jorge JC, de Moraes LC. Estudo anatômico e histológico do frênulo da língua. *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial.* 2005;10(3):114–24.

7. Zier JL, Liu M. Safety of high-concentration nitrous oxide by nasal mask for pediatric procedural sedation: Experience with 7802 cases. *Pediatr Emerg Care*. 2011;27(12):1107–12.
8. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Guideline on Use of Nitrous Oxide for Pediatric Dental Patients. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: AAPD; 2022. p. 328–36.
9. Hseu A, Anne P, Anne S. Congenital atresia of Wharton's duct. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(2):1–2. doi:10.7860/JCDR/2016/17717.7279.
10. Hoffrichter SM, Obeid G, Soliday TJ. Bilateral submandibular duct atresia: case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001;59(4):445–7. doi:10.1053/joms.2001.21884.
11. Kawahara K, Semba I, Yosue T, Fujita S. Congenital dilation of the submandibular duct: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg*. 2000;58(10):1170–2. doi:10.1053/joms.2000.9583.
12. Bilder A, Steed MB, Downey C, Fatahzadeh M, El-Deiry MW, Sciubba J. A comparative study of mucosal wound healing after excision with a scalpel, diode laser, or CO₂ laser. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2023;11:e5150. doi:10.1097/GOX.0000000000005150.

13. Lebret C, Benateau H, Mahé M, Berdal A. Perioperative outcomes of frenectomy using laser versus conventional surgery: a systematic review. *J Oral Med Oral Surg.* 2021;27:36. doi:10.1051/mbcb/2021010.
14. Dell'Olio F, Baldassarre ME, Russo FG, Schettini F, Siciliani RA, Mezzapesa PP, et al. Lingual laser frenotomy in newborns with ankyloglossia: a prospective cohort study. *Ital J Pediatr.* 2022;48(163). doi:10.1186/s13052-022-01357-9.
15. Mazzoni A, de Oliveira MA, Vieira-Andrade RG, Dos Santos APP, Pordeus IA, Paiva SM. Comparação dos efeitos do laser de diodo de alta potência e do eletrocautério para frenectomia lingual em bebês: um ensaio clínico cego randomizado controlado. *J Clin Med.* 2022;11(3783). doi:10.3390/jcm11133783.
16. Silva CLDS, Silva JAO, Figueiredo EC, Silva AD, Silva NL. Frenectomia labial superior com laser cirúrgico de diodo: relato de caso clínico em paciente infantil. *Res Soc Dev.* 2020;9(11):e91691110684. doi:10.33448/rsd-v9i11.10684.
17. Fialho LR, Soares VO, Simões JG, Oliveira VP, Ribeiro LDC. Uso do laser em cirurgia de frenectomia em Odontopediatria: uma revisão de escopo. *Res Soc Dev.* 2024;13(4):e1313445452. doi:10.33448/rsd-v13i4.45452.

18. Mills N, Pransky SM, Geddes DT, Mirjalili SA. What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. *Clin Anat.* 2019;32(5):749–61. doi:10.1002/ca.23370.
19. Marques IM, Rangel L, Silva SR, Nunes L, Lima J. Rânula congênita. *Acta Med Port.* 2010;23(5):937–40. doi:10.20344/amp.704.
20. Gonçalves NKK, Oliveira JM, Guedes DV, Ferreira JM, Mendonça IP, Andrade ES. Rânula mergulhante extensa em paciente pediátrico tratado com micromarsupialização: relato de caso. *RSBO.* 2019;16(2):136–42. doi:10.21726/rsbo.v16i2.526.
21. Kotlow L. Laser ankyloglossia release: implications for maxillomandibular growth. *Semin Orthod.* 2020;26(2):96–101. doi:10.1053/j.sodo.2020.06.004.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INFANTIS SUBMETIDOS À FRENECTOMIA LINGUAL A LASER EM UM CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO RECIFE-PE E NÍVEL DE SATISFAÇÃO DE SEUS RESPONSÁVEIS

Pesquisador: DAYANNE OLIVEIRA ALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79907524.9.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

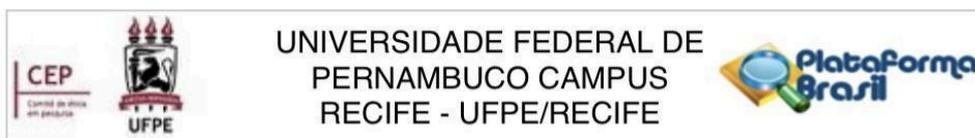
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.954.875

Apresentação do Projeto:

A anquiloglossia, uma alteração do desenvolvimento, caracteriza-se por um frênulo lingual anormalmente curto ou com inserção próxima ao ápice da língua, e, quando presente, limita a sua movimentação normal. A restrição da movimentação da língua tem sido relacionada a uma série de complicações, tais como problemas na amamentação, que podem levar ao desmame precoce e ao baixo peso, e pode estar associada a dificuldades durante a higiene oral, aos distúrbios na fala, e ao bullying durante a infância e adolescência. Em 2014, o diagnóstico dessa alteração passou a ter caráter legal, por meio da promulgação da Lei 13.002, que tornou obrigatória a realização do protocolo de avaliação do frênulo lingual em bebês em todos os hospitais e maternidades brasileiro; o teste da linguinha. A frenotomia ou frenectomia, cirurgia preconizada para maioria desses casos, e, que antes apenas era realizada com tesoura ou bisturi, nos dias atuais, apresenta a possibilidade de ser efetuada com o advento do laser cirúrgico de alta potência. O uso dessa tecnologia além de facilitar a visualização do sítio cirúrgico, favorece a hemostasia, elimina o uso de suturas, promove a analgesia, melhora a cicatrização, minimiza o tempo de tratamento, reduz a sensação de pressão e vibração e cria condições pós-operatórias mais confortáveis, com isso, reduz o estresse experimentado pelos pacientes pediátricos e seus responsáveis. A Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.954.875

Sorridente, do Governo Federal, busca aprimorar o atendimento odontológico, destacando os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) como peças-chave para suprir demandas especializadas. Esses centros visam proporcionar população acesso a serviços além da atenção básica, incluindo em seu cenário a Odontopediatria, especialidade que se concentra na saúde bucal de bebês, crianças e adolescentes, abrangendo desde o diagnóstico ao controle de agravos específicos dessa fase. Atualmente, desafios significativos, como a distribuição desigual de unidades e a demanda por investimentos em infraestrutura e capacitação profissional, podem impactar a efetividade do serviço odontológico. Portanto, o objetivo do presente estudo será, determinar o perfil epidemiológico dos pacientes pediátricos submetidos ao procedimento cirúrgico da frenectomia lingual a laser e registrar as percepções e o nível de satisfação de seus responsáveis quanto ao atendimento prestado no CEO UFPE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Determinar o perfil epidemiológico e compreender as percepções de pacientes pediátricos e de seus responsáveis sobre o uso do laser de diodo nas cirurgias de frenectomia lingual realizadas no Centro de Especialidades Odontológicas da UFPE (CEO UFPE).

Objetivo Secundário:

Determinar e analisar o perfil epidemiológico dos pacientes pediátricos admitidos no CEO UFPE para o procedimento da frenectomia lingual;

Avaliar o acesso das crianças e seus responsáveis ao CEO UFPE;

Analisar a assistência odontológica prestada às crianças no CEO UFPE;

Analisar a efetividade do procedimento de frenectomia lingual a laser realizado nas crianças no CEO UFPE;

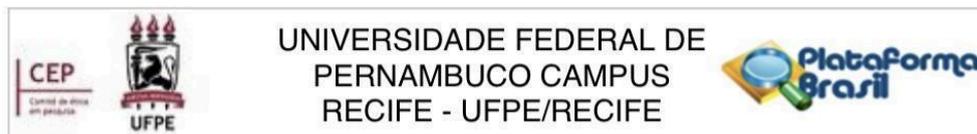
Compreender as percepções dos responsáveis nos momentos pré-cirúrgico, pós-cirúrgico imediato e pós-cirúrgico tardio;

Compreender os conhecimentos prévios dos responsáveis sobre a anquiloglossia, sobre o procedimento cirúrgico da frenectomia lingual e sobre o laser de alta potência;

Explorar os aspectos sociais e demográficos que possam influenciar no conhecimento e percepções dos responsáveis;

Compreender o nível de satisfação dos pacientes envolvidos quanto ao procedimento da frenectomia lingual e quanto ao atendimento oferecido pelo CEO UFPE.

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.954.875

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

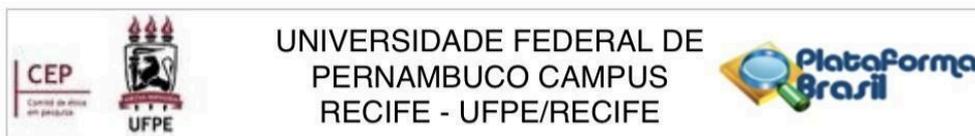
Riscos: Os questionários têm a capacidade de coletar informações sensíveis dos participantes. No entanto, este risco será minimizado por meio da implementação rigorosa de medidas de segurança de dados e assegurando o anonimato dos participantes. As entrevistas também serão conduzidas em sala reservada com fins a diminuir a possibilidade de constrangimento por parte dos voluntários. Destacamos ainda os riscos inerentes ao procedimento cirúrgico realizado, os quais serão minimizados pela competência dos profissionais altamente treinados e habilitados para conduzir os casos, assim como pelos cuidados de biossegurança que serão adotados. **Benefícios:** Este estudo proporcionará informações valiosas e contribuirá para o enriquecimento da comunidade científica. É importante destacar que existe uma escassez de pesquisas nesse domínio no cenário atual. Além disso, a própria comunidade assistida se beneficiará pela oferta de procedimentos de alto padrão de qualidade e segurança, bem como os alunos envolvidos poderão vivenciar e aprender novas técnicas durante sua formação em Odontologia. Ressalta-se, ainda, o destaque que tal pesquisa trará para a necessidade de uma maior oferta de recursos para melhoria da assistência prestada.

Neste protocolo os Riscos estão adequadamente previstos e com propostas para minimizá-los. Quanto aos Benefícios, que serão Indiretos, virão dos resultados do estudo os quais irão contribuir para aperfeiçoamento e atualização científica na área de Odontologia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tratar-se-á de um estudo transversal, prospectivo, de natureza descritiva e analítica, com uma abordagem qualitativa e quantitativa que será desenvolvida no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) da Universidade Federal de Pernambuco, campus Recife, com 60 participantes, sendo 30 menores entre 0 a 12 anos referendados pela Prefeitura da cidade do Recife e por demanda espontânea e 30 adultos responsáveis por esses menores. A coleta dos dados ocorrerá durante as consultas por meio de questionários e entrevistas semiestruturadas com os pacientes e seus responsáveis. Será aplicada também uma escala do tipo Likert para medir o nível de satisfação dos pacientes ao final de cada uma das entrevistas. Os participantes serão entrevistados individualmente em uma sala reservada em dois momentos: imediatamente após a cirurgia e com uma semana de pós-cirúrgico. Para as análises estatísticas, será utilizado o Statistical Package for Social Sciences (SPSS® versão 27). Os dados serão submetidos a uma análise considerando tanto a frequência descritiva quanto analítica, distribuídos de forma descritiva e relativa. Após uma análise preliminar dos dados,

Endereço:	Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde		
Bairro:	Cidade Universitária	CEP:	50.740-600
UF:	PE	Município:	RECIFE
Telefone:	(81)2126-8588	Fax:	(81)2126-3163
		E-mail:	cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.954.875

será decidido qual teste estatístico é mais adequado para o estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Neste protocolo, a Folha de Rosto está corretamente preenchida e assinada. Foram anexados os currículos da Equipe de Pesquisa, o Projeto Detalhado, Carta de Anuência do Centro de Especialidades Odontológicas da UFPE, o Termo de Compromisso e Confidencialidade da Pesquisadora Principal bem como a declaração de seu vínculo com o Programa de Pós Graduação em Odontologia da UFPE além, do TCLE para maiores de 18 anos e TALE contendo riscos, benefícios, direitos e garantias para os participantes. O Cronograma pode ser cumprido e o Orçamento Detalhado está sob a responsabilidade da Pesquisadora Principal.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

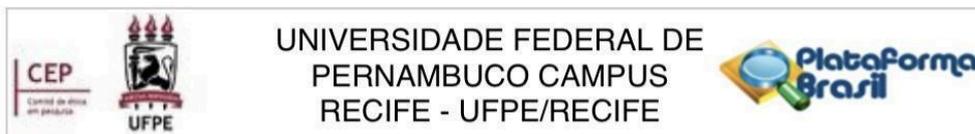
Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO, com autorização para iniciar a coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada com a devida justificativa.

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.954.875

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2308970.pdf	26/03/2024 17:55:27		Aceito
Outros	DeclaracaodeVinculoUFPEDayanneAlves.pdf	26/03/2024 17:54:15	DAYANNE OLIVEIRA ALVES	Aceito
Outros	TermodeCompromisso.pdf	26/03/2024 17:52:25	DAYANNE OLIVEIRA ALVES	Aceito
Outros	LattesCintiaKatz.pdf	26/03/2024 17:51:36	DAYANNE OLIVEIRA ALVES	Aceito
Outros	LattesDanyelPerez.pdf	26/03/2024 17:50:29	DAYANNE OLIVEIRA ALVES	Aceito
Outros	LattesDayanneAlves.pdf	26/03/2024 17:49:50	DAYANNE OLIVEIRA ALVES	Aceito
Outros	CartaAnuencia.pdf	26/03/2024 17:48:55	DAYANNE OLIVEIRA ALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	26/03/2024 17:47:48	DAYANNE OLIVEIRA ALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/03/2024 17:47:36	DAYANNE OLIVEIRA ALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	26/03/2024 17:44:26	DAYANNE OLIVEIRA ALVES	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	26/03/2024 17:43:50	DAYANNE OLIVEIRA ALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 17 de Julho de 2024

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA

INSTRUÇÕES AOS AUTORES/ INSTRUCTION TO AUTHORS

Itens exigidos para apresentação dos manuscritos

1. Enviar duas vias do manuscrito (01 com identificação dos autores e outra sem identificação).
2. Incluir o parecer do Comitê de Ética em pesquisa, conforme resolução 466/12 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde nas pesquisas desenvolvidas com seres humanos.
3. Informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.
4. Incluir título do manuscrito em português e inglês.
5. Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido em letras arial, corpo 12, espaço duplo e margens de 3cm.
6. Incluir título abreviado com 40 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
7. Incluir resumos estruturados para trabalhos de pesquisa, português e inglês, e, em espanhol, no caso do manuscrito nesse idioma.
8. Incluir resumos narrativos em folhas separadas, para manuscritos que não são de pesquisa, nos dois idiomas português e inglês ou em espanhol, nos casos em que se aplique.
9. Incluir declaração, assinada por cada autor, sobre “autoria e responsabilidade” e “transferência de direitos autorais”.
10. Incluir nome de agências financiadoras e o número do Processo.

11. Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o nome da instituição e o ano da defesa.

12. Verificar se as referências (máximo 30) estão normalizadas, segundo estilo Vancouver (listadas consoante a ordem de citação) e se todas estão citadas no texto.

13. Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas. Bibliografia Internacional Committee of Medical Editors. Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Rev Saúde Pública 1999; 33 JAMA instructions for authors manuscript criteria and information. JAMA 1998; 279:67-64

1. Declaração de Responsabilidade

A assinatura da declaração de responsabilidade é obrigatória. Sugerimos o texto abaixo: Certifico(amos) que o artigo enviado à RCRO-PE/odontologia Clínico-Científica é um trabalho original, sendo que seu conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. Certifico(amos) que participei(amos) suficientemente do trabalho para tornar pública minha (nossa) responsabilidade pelo seu conteúdo.

Colaboradores - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;

2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;

3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas. Datar e assinar – Autor (es) Observações: Os co-autores, juntamente com o autor principal, devem assinar a declaração de responsabilidade acima, configurando, também, a mesma concordância dos autores do texto enviado e de sua publicação, se aceito pela Revista do CRO/PE – Odontologia ClínicoCientífica.

2. Transferência de Direitos Autorais Declaro(amos) que, em caso de aceitação do artigo por parte da Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco, denominada Odontologia Clínico-Científica, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva desta, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei (emos) constar o competente agradecimento à Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco - CRO/PE . Datar e assinar – Autor(es)

1. INSTRUÇÕES NORMATIVAS GERAIS A Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco, denominada ODONTOLOGIA CLÍNICO CIENTÍFICA/SCIENTIFIC-CLINICAL ODONTOLOGY, se destina à publicação de trabalhos relevantes para a orientação, aconselhamento, ciência e prática odontológica, visando à promoção e ao intercâmbio do conhecimento entre os profissionais da área de saúde. É um periódico especializado no campo da odontologia e nas várias áreas multidisciplinares que a compõem, internacional, aberto a contribuições da comunidade científica nacional e

internacional, arbitrada e distribuída a leitores do Brasil e de vários outros países. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Odontologia Clínico- Científica, não sendo permitida sua apresentação simultânea em outro periódico tanto do texto quanto de figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. O (s) autor (es) deverá (ão) assinar e encaminhar declaração, de acordo com o modelo anexo. Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, inglês ou espanhol, em duas vias, para o Editor Científico. Os artigos encaminhados à Revista serão apreciados por membros do Conselho de Editores e Consultores Científicos “Ad hoc”, capacitados e especializados nas áreas da odontologia que decidirão sobre a sua aceitação.

As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade dos autores, cujo número máximo admitido é de 06 autores por edição. Os originais aceitos ou não para publicação não serão devolvidos aos autores. São reservados à Revista os direitos autorais do artigo publicado, sendo proibida a reprodução, mesmo que parcial, sem a devida autorização do Editor Científico. Proibida a utilização de matéria para fins comerciais. Nas pesquisas desenvolvidas com seres humanos, deverá constar o parecer do Comitê de Ética em pesquisa, conforme Resolução 196/96 e seus complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

2. CATEGORIA DE ARTIGOS

A categoria dos trabalhos abrange artigos Originais (resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual – máximo de 20 páginas);

Revisão (avaliação crítica de um tema pertinente à odontologia – máximo de 20 páginas); Notas de Pesquisa (nota prévia, relatando resultados preliminares de pesquisa – máximo de 5 páginas); Relato de casos, ensaios, relatos de experiências na área da educação, saúde e, sobretudo, aspectos éticos / legais e sociais da odontologia, sob a forma dois anos ou em redes de comunicação on-line – máximo de 5 páginas); o de 15 páginas).

3. PREPARAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Serão aceitos artigos em português, espanhol ou inglês. Os originais deverão ser digitados em espaço duplo, papel ofício (tamanho A-4), observando-se o máximo de páginas para cada categoria, todas as páginas deverão estar devidamente numeradas e rubricadas pelo(s) autor(es), incluindo ilustrações e tabelas. Os trabalhos deverão ser enviados ao CRO/PE, online ou impressos em 02 (duas) vias, e acompanhados do CD, usando um dos programas: MSWORD, WORD PERFECT, WORD FOR WINDOWS, e da Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais. O manuscrito deverá seguir a seguinte ordem:

A) Título (língua original) e seu correspondente em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de título em português ou espanhol;

B) Nome do(s) autor(es), por extenso, com as respectivas chamadas, contendo as credenciais (títulos e vínculos). Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência;

C) Resumo e Descritores (sinopse de até 200 palavras), com descritores (unitermos, palavras-chaves) de identificação, de conteúdo do trabalho, no

máximo de cinco. Utilizar o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) <http://decs.bvs.br/> Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou espanhol;

D) Texto: o texto em si deverá apresentar introdução, desenvolvimento e conclusão (ou considerações finais). O exemplo a seguir deve ser utilizado para estruturação de um artigo, relato de uma pesquisa: **INTRODUÇÃO:** exposição geral do tema devendo conter os objetivos e a revisão de literatura; **DESENVOLVIMENTO:** núcleo do trabalho, com exposição e demonstração do assunto, que deverá incluir a metodologia, os resultados e a discussão; **CONCLUSÃO:** parte final do trabalho baseado nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo;

E) Sinopse ou Abstract, digitado em inglês, com descritores em inglês;

F) Agradecimentos - contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria. Também podem constar desta parte instituições pelo apoio econômico, pelo material ou outros;

G) As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>). Proibida a reprodução, mesmo que

parcial, sem a devida autorização do Editor Científico. Proibida a utilização de matéria para fins comerciais. *Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es). *No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote ®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

H) Tabelas e/ ou figuras (máximo 5)

Tabelas Devem ser apresentadas em folhas separadas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé e não no cabeçalho ou título. Se as tabelas forem extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser apresentadas em folhas à parte e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Se houver figuras extraídas de

outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Abreviaturas e Siglas Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecerem nas tabelas e nas figuras, devem ser acompanhadas de explicação. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado. Conflito de interesses. Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes. Publicação de ensaios clínicos.

Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico. Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR. * As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são: Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR) ClinicalTrials.gov International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN) Netherlands Trial Register (NTR) UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR) WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) Fontes de financiamento

- Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte,

institucional ou privado, para a realização do estudo. - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país). - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização. Acompanhamento O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo através de contato direto com a secretaria da revista. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail. O contato com a Secretaria Editorial deverá ser feito através do e-mail revista@cro-pe.org.br ou + 55 (81) 31944902.