

**Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências de Saúde
Departamento de Odontologia**



Trabalho de Conclusão de Curso

**REABILITAÇÃO PROTÉTICA BUCOMAXILOFACIAL: UM ESTUDO
RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL DO PERFIL DE PACIENTES
ATENDIDOS NO PROJETO DE EXTENSÃO DE AÇÃO CONTÍNUA DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

Maria Eduarda Reis de Araújo

Brasília, 03 de julho de 2025

Maria Eduarda Reis de Araújo

**Reabilitação Protética Bucomaxilofacial: Um estudo retrospectivo
observacional do perfil de pacientes atendidos no projeto de extensão de
ação contínua da Universidade de Brasília**

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

Orientadora: Prof.^a. Dra. Aline Úrsula Rocha Fernandes

Brasília, 2025

Maria Eduarda Reis de Araújo

**Reabilitação Protética Bucomaxilofacial: Um estudo retrospectivo
observacional do perfil de pacientes atendidos no projeto de extensão de
ação contínua da Universidade de Brasília**

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

Data da defesa: 03 de julho de 2025

Banca examinadora:

Prof.^a. Dra. Aline Úrsula Rocha Fernandes [orientadora]

Prof.^a. Dr. Rodrigo Antonio de Medeiros

Prof. Dra. Liliana Vicente Melo de Lucas Rezende

Prof.^a. Dr. André Luís Vieira Cortez [suplente]

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus. Reconheço que d'Ele procedem tanto o querer quanto o realizar, e que todos os passos dados ao longo deste percurso foram guiados por Sua vontade. É por Ele, para Ele e por meio d'Ele que tudo se realiza.

Ao meu pai, Adonay Sândalo, por ser um exemplo do que quero me tornar e ser lembrada. Agradeço por todo cuidado e por todo amor. Agradeço por me dar a melhor criação que eu poderia receber.

À minha mãe, Pollyanna Reis, por ser minha base. Como você sempre diz: “a base é forte” — e por isso cheguei até aqui. Agradeço por ser, exponencialmente, a melhor em tudo o que faz. Foi observando você que aprendi que posso ir longe. Obrigada por todos os ensinamentos e orações.

Aos meus irmãos, por quem me esforço para ser melhor a cada dia. À Ana Júlia, exemplo de determinação; à Maria Fernanda, meu norte de sabedoria; e ao Yan, que por muitos dias foi o alívio que eu precisava. Essa conquista também é de vocês.

Agradeço à minha família que me deu todo o amor e suporte necessário para essa conquista. Em especial ao meu avô José Reis e minha avó Irlei Maria por serem lar dos primeiros anos da construção desse sonho, ao meu tio Ricardo Reis por enxergar em mim potencial. Nunca me esquecerei do que fizeram por mim.

Ao meu namorado Hugo, sua presença, incentivo e compreensão fizeram toda a diferença nos momentos desafiadores.

Aos meus colegas de graduação, aprendi com vocês mais do que podem imaginar. Agradeço à minha dupla Guilherme Franco que me acolheu e dividiu essa caminhada sem medir esforços.

Aos meus professores de graduação, que me ensinaram hoje tudo que entendo e muito mais do que odontologia. Em especial, à minha orientadora Aline Úrsula — professora, coordenadora e amiga — por todo o processo. Não foi fácil, tampouco rápido. Muito obrigada por tornar isso possível.

Por fim, agradeço à Universidade Federal do Pará, onde tudo começou, e à Universidade de Brasília, onde este sonho se concretiza.

Resumo

Pacientes com deformidades bucomaxilofaciais frequentemente enfrentam limitações funcionais, estéticas e psicossociais, sendo a reabilitação protética um componente essencial para sua reintegração social. O objetivo deste estudo foi avaliar, de forma retrospectiva, gênero, faixa etária, cor/etnia, etiologia das deformidades e os tipos de próteses instaladas, por meio da análise dos prontuários dos pacientes atendidos no Projeto de extensão de ação contínua Reabilitação Protética de Pacientes com Defeitos Maxilofaciais, da Universidade de Brasília (UnB), desenvolvido na USBUC/HUB-EBSERH. Trata-se de um estudo retrospectivo observacional, de abordagem quantitativa, aprovado pelo CEP/FS, baseado na análise de prontuários odontológicos de pacientes reabilitados no período de agosto de 2010 a maio de 2025. Para análise dos resultados do estudo, foram desenvolvidas tabelas associando os dados coletados, seguidas de análise estatística descritiva. Foi possível definir que o perfil de pacientes atendidos é composto, majoritariamente, por homens (60.83%), que possuem 60 anos ou mais (41.12%). Não foi possível identificar a cor/etnia dos pacientes reabilitados por ausência de informação (95.62%). A etiologia patológica (52.80%) configurou-se como a principal causa da necessidade de reabilitação, enquanto as malformações congênitas foram as menos expressivas (8.03%). Foram identificadas 11 modalidades de próteses bucais e faciais, sendo as próteses oculares estéticas as mais frequentemente confeccionadas (60.83%). Com base nos resultados deste estudo, foi possível concluir que o perfil dos pacientes avaliados coincide com o observado em estudos semelhantes.

Palavras-chave: Prótese Maxilofacial; Reabilitação; Olho artificial; Obturadores palatinos.

Abstract

Patients with maxillofacial deformities often face functional, aesthetic, and psychosocial limitations, with prosthetic rehabilitation being an essential component for their social reintegration. The objective of this study was to retrospectively evaluate gender, age group, race/ethnicity, etiology of the deformities, and the types of prostheses installed, through the analysis of medical records of patients treated under the ongoing extension project *Prosthetic Rehabilitation of Patients with Maxillofacial Defects*, from the University of Brasília (UnB), developed at USBUC/HUB-EBSERH. This is a retrospective observational study with a quantitative approach, approved by the CEP/FS, based on the analysis of dental records of patients rehabilitated from August 2010 to May 2025. For the analysis of the study results, tables were developed associating the collected data, followed by descriptive statistical analysis. It was determined that the patient profile is predominantly male (60.83%) and aged 60 years or older (41.12%). It was not possible to identify the race/ethnicity of most rehabilitated patients due to the lack of information (95.62%). Pathological etiology (52.80%) was the main cause of the need for rehabilitation, while congenital malformations were the least frequent (8.03%). Eleven types of oral and facial prostheses were identified, with aesthetic ocular prostheses being the most commonly fabricated (60.83%). Based on the results of this study, it was concluded that the profile of the evaluated patients is consistent with that observed in similar studies.

Keywords: Maxillofacial Prosthesis; Rehabilitation; Ocular Prosthesis; Palatal Obturators.

SUMÁRIO

1 Introdução.....	8
2 Materiais e Métodos	10
2.1 ASPECTOS ÉTICOS	10
2.2 AMOSTRA DO ESTUDO	10
2.3 COLETA DE DADOS	10
2.4 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.....	11
2.5 PROCESSAMENTO E TRIAGEM DOS DADOS	11
2.6 DIGITALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO	11
2.7 VALIDAÇÃO COM SISTEMAS ANTIGOS E NOVOS.....	11
2.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA	12
3 Resultados	13
4 Discussão	18
5 Conclusão.....	22
6 Referências Bibliográficas	23
Anexo 1	26
Anexo 2	34

1 Introdução

A reabilitação protética bucomaxilofacial abrange pacientes que foram submetidos acometidos por patologias agressivas, submetidos a cirurgias ressectivas como forma de tratamento, malformação congênita ou trauma, que podem vir a causar defeitos faciais significativos. As consequências ao paciente podem ter caráter funcional, como comprometimento da mastigação, deglutição, fala, exposição de áreas que deveriam estar protegidas, ou alteração estética, que levam a desgaste psicológico e requerem reabilitação ^{1,2,3}. A prótese bucomaxilofacial é de extrema importância para a reabilitação desses pacientes, restaurando a estética, função dos órgãos afetados e proteção de tecidos expostos, para além, a redução da marginalização e reintegração do paciente no convívio social ².

A possibilidade de reconstrução protética para esses pacientes é a indicação quando a reabilitação cirúrgica não é suficiente para reabilitação completa, seja pelas condições psicofísicas do paciente ou pela perda excessiva de tecido ou quando estiver contraindicada ^{3,4}. Há diversos tipos de prótese bucomaxilofacial, como por exemplo, as de contorno facial, maxilares, mandibulares, labiais, nasais, oculares, óculo-palpebral e auricular. Essas próteses podem ser temporárias, quando utilizadas no pós-operatório, ou definitivas, que são as instaladas sem a pretensão de substituição precoce ⁵.

Embora a literatura tenha demonstrado a dificuldade em acessar serviços específicos de reabilitação bucomaxilofacial, especialmente vinculados ao SUS, é importante reconhecer que mudanças significativas podem ter ocorrido com o surgimento de projetos e ações que atendem essa população⁶. Projetos de extensão universitária representam uma resposta ativa a essa lacuna identificada. Tais iniciativas não apenas demonstram um compromisso renovado com a prestação de serviços de reabilitação protética, mas também oferecem uma oportunidade valiosa para profissionais em formação adquirirem as habilidades e competências necessárias para enfrentar os desafios complexos dessa especialidade ^{8,9}.

Estudos sobre o perfil de pacientes atendidos podem também, em um segundo momento, gerar subsídios concretos para a tomada de decisões estratégicas no âmbito do próprio projeto de extensão, ao possibilitar o alinhamento mais preciso dos recursos humanos, materiais e pedagógicos, evidenciando o potencial do levantamento realizado como ferramenta de planejamento, gestão e qualificação contínua das atividades do projeto, de acordo com as demandas efetivamente identificadas.

Assim, é crucial compreender o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à reabilitação protética, a fim de promover uma melhor qualidade de vida e aprimorar os tratamentos realizados ^{7,6}. Nesse sentido, um estudo retrospectivo descritivo de coorte transversal se mostra essencial para coletar dados abrangentes, incluindo variáveis como gênero, cor/etnia, faixa etária, etiologia das deformidades e frequência de diferentes tipos de próteses utilizadas ⁶.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar, de forma retrospectiva, gênero, faixa etária, cor/etnia, etiologia das deformidades e os tipos de próteses instaladas, por meio da análise dos prontuários dos pacientes atendidos no Projeto de extensão de ação contínua (PEAC) Reabilitação Protética de Pacientes com Defeitos Maxilofaciais, da Universidade de Brasília (UnB), desenvolvido na Unidade de Saúde Bucal do Hospital Universitário de Brasília, gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (USBUC/HUB-EBSERH). A partir da hipótese nula de que não havia diferenças quantitativas nas características demográficas (gênero, cor/etnia, faixa etária), na etiologia e nos tipos de prótese, bem como na relação entre essas variáveis categóricas, buscou-se analisar possíveis associações. A investigação partiu do pressuposto de que tais variáveis não influenciavam significativamente a distribuição dos tipos de próteses confeccionadas.

2 Materiais e Métodos

2.1 ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de um estudo retrospectivo e observacional, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS-UnB), sob o CAAE 80757924.6.0000.0030.

2.2 AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra de conveniência foi composta por prontuário de pacientes, atendidos no PEAC Reabilitação Protética de Pacientes com Defeitos Maxilofaciais, da Universidade de Brasília, desenvolvido na USBUC/HUB-EBSERH, desde agosto de 2010. A seleção foi realizada, considerando os prontuários que apresentavam informações completas e reabilitações protéticas concluídas. Foram incluídos prontuários de pacientes de ambos os sexos, de todas as faixas etárias, com etiologia da deformidade claramente definida (congenita, traumática ou patológica), e que foram reabilitados. Prontuários sem acesso, ilegíveis, incompletos ou referentes a tratamentos não finalizados foram excluídos da análise.

2.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados manualmente a partir da consulta aos prontuários físicos, arquivados na USBUC/HUB-EBSERH. Antes do início da coleta, foi realizada uma etapa de calibração da equipe de pesquisa, composta por três discentes e a docente responsável, com o objetivo de padronizar os critérios de extração, registro e interpretação das informações contidas nos prontuários. Para isso, foram analisados em conjunto cinco prontuários, nos quais foram discutidos detalhadamente os procedimentos de leitura, localização das informações relevantes e a forma correta de anotação nas planilhas. Essa etapa garantiu maior uniformidade e confiabilidade dos dados coletados. A coleta respeitou fluxo interno do hospital e garantiu a confidencialidade dos dados dos pacientes. As variáveis extraídas dos prontuários incluíram: gênero, faixa etária (0 a 17 anos, 18 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 anos ou mais), cor/etnia, etiologia da deformidade (congenita, traumática ou patológica) e tipo de prótese instalada. Os dados foram organizados e tabulados em planilhas do Microsoft Excel, para posterior análise.

2.4 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Utilizou-se um instrumento de coleta desenvolvido especificamente para este estudo, em formato de planilha, contendo os campos correspondentes às variáveis de interesse. As informações foram transcritas diretamente dos prontuários para as planilhas, com conferência dupla realizada por dois membros da equipe de pesquisa, a fim de minimizar possíveis erros de digitação ou interpretação dos dados.

2.5 PROCESSAMENTO E TRIAGEM DOS DADOS

A lista inicial de pacientes foi fornecida pela docente da Universidade de Brasília, coordenadora do projeto de extensão, e foram acrescentadas diferentes fontes: agendamentos no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHUX), planilhas digitais e físicas da equipe do projeto de extensão. A equipe do projeto de pesquisa realizou a triagem dos registros ao longo de quatro meses. Durante essa etapa, foi realizada a verificação de duplicidade, considerando como duplicados os dados com mesmo nome e data de nascimento. Nestes casos, manteve-se apenas um registro por paciente, priorizando os registros que eram possíveis de serem buscados. Os nomes ilegíveis ou com dados incompletos foram excluídos da análise principal, mas permaneceram registrados em uma aba separada na planilha de dados, para eventual complementação posterior.

2.6 DIGITALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Todos os nomes listados foram digitados manualmente em planilhas do Microsoft Excel, uma vez que não existia base digital estruturada para os dados históricos. Os prontuários físicos foram localizados pela equipe de fluxo de agendamento de pacientes no arquivo da USBUC/HUB-EBSERH, com base na relação de nomes e datas de nascimento organizada previamente. Durante a organização dos dados, os prontuários foram categorizados por numeração e data de nascimento, garantindo a confidencialidade dos pacientes. A equipe de pesquisa, que contou com três pesquisadoras sob orientação de uma docente, categorizou os dados diretamente na planilha eletrônica padronizada, criada exclusivamente para esse fim.

2.7 VALIDAÇÃO COM SISTEMAS ANTIGOS E NOVOS

Até 2021, os prontuários dos pacientes atendidos na USBUC/HUB-EBSERH possuíam um número de registro do Hospital Universitário de Brasília

(HUB) e um número distinto de registro na Odontologia, tendo seus prontuários médicos e odontológicos arquivados e preenchidos por cada setor, separadamente. Com a adoção do sistema AGHUX, que é um sistema unificado para todos os setores do HUB/EBSERH e outros hospitais universitários, foi necessário realizar um processo de validação cruzada entre os números dos registros da Odontologia de pacientes atendidos em anos anteriores à AGHUX e unificação do número de prontuário hospitalar e os números atualizados. O processo de validação consistiu na associação dos nomes e datas de nascimento dos pacientes ao novo sistema, que forneceu a numeração atualizada. Somente após essa verificação cruzada, foi possível verificar a existência dos prontuários físicos no arquivo. Para garantir que todos os dados estivessem acessíveis, a equipe de arquivo encaminhava a lista de nomes solicitadas e os prontuários para análise.

2.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva quantitativa.

3 Resultados

Com a consolidação dos dados coletados, obteve-se uma lista composta por 997 nomes de pacientes. Foi realizado um processo rigoroso de triagem para eliminar duplicidades, adotando-se como critério de permanência os registros com maior número de informações preenchidas. Também foram excluídos os registros com dados ilegíveis ou incompletos, o que resultou na eliminação de 415 registros, totalizando 582 registros distintos.

Dos 582 registros, 55 não puderam ser verificados no sistema AGHUX devido à ausência de dados essenciais, como a data de nascimento, ou pela presença de homônimos que dificultaram a confirmação do número de prontuário. Nos casos em que havia poucos homônimos, foi possível solicitar auxílio ao setor de arquivo para confirmação da identidade. No entanto, alguns nomes apresentaram mais de 20 registros iguais, o que inviabilizou a verificação individual de cada um dentro do período disponível para a coleta de dados. Em determinadas situações, seria possível acessar os prontuários dos homônimos, caso houvesse dados complementares, como CPF ou nome da mãe, porém essas informações não estavam disponíveis no momento da triagem, o que também comprometeu a identificação precisa.

Após essa verificação, 527 pacientes foram localizados no sistema AGHUX, permitindo a geração do número de identificação correto para a busca nos arquivos físicos. Contudo, 91 prontuários não foram localizados no arquivo da USBUC/HUB-EBSERH, apesar de existirem, reduzindo o número final de prontuários efetivamente analisados para 436.

Dos 436 prontuários analisados, 25 foram excluídos por se referirem a reabilitação protética de pacientes realizada antes de agosto de 2010, quando foi obtida a institucionalização do PEAC em estudo. Esses atendimentos anteriores ao início oficial do projeto foram considerados fora do escopo da análise. Com isso, restaram 411 prontuários para análise final.

Foram analisados 411 prontuários de ambos os gêneros, com idade variando de 0 a 92 anos, com as seguintes necessidades reabilitadoras: oculares estéticas, óculo-palpebrais, nasais, obturadora palatina, rebaixamento palatino, prótese para hemimandibulectomia, auriculares, próteses dentárias removíveis

convencionais (prótese total e prótese parcial removíveis sem associação com defeito maxilofacial), faciais, prótese sobre implante e prótese de dedo.

Em relação aos dados demográficos de gênero e idade, observou-se uma predominância de pacientes do gênero masculino, especialmente no grupo etário de 60 anos ou mais. Aproximadamente 95% dos pacientes não forneceram informações sobre sua cor/etnia. A etiologia patológica dos defeitos bucomaxilofaciais foi responsável por mais de 50% dos casos. Adicionalmente, a prótese ocular estética foi o tipo de prótese mais comumente realizada (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da população atendida no PEAC Reabilitação Protética de Pacientes com Defeitos Maxilofaciais, no período de agosto de 2010 a maio de 2025

Variável	Número	%
Gênero		
Masculino	250	60.83%
Feminino	161	39.17%
Idade		
0 a 17 anos	24	5.84%
18 a 39 anos	79	19.22%
40 a 59 anos	139	33.82%
60 ou mais	169	41.12%
Cor/Etnia		
Branco	10	2.43%
Preta	4	0.97%
Parda	3	0.73%
Indígena	1	0.24%
Não declarado	393	95.62%
Etiologia		
Congênita	33	8.03%
Patológica	217	52.80%
Traumática	130	31.63%
Não consta	31	7.54%
Tipo de Prótese		
Óculares Estéticas	233	56.69%
Convencionais	80	19.46%
Obturadora Palatina	41	9.98%

Auriculares	20	4.87%
Óculo-Palpebrais	11	2.68%
Nasais	11	2.68%
Faciais	10	2.43%
Prótese sobre implante	2	0.49%
Rebaixamento Palatino	1	0.24%
Hemimandibulectomia	1	0.24%
Dedo	1	0.24%

Observou-se um predomínio masculino na etiologia traumática e patológica. Por outro lado, a etiologia congênita apresentou distribuição equilibrada de gênero. (Tabela 2)

Tabela 2 – Distribuição da etiologia das deformidades de acordo com o gênero dos pacientes atendidos no PEAC Reabilitação Protética de Pacientes com Defeitos Maxilofaciais, no período de agosto de 2010 a maio de 2025

Gênero	Congênita N (%)	Traumática N (%)	Patológica N (%)	Não consta N (%)
Masculino	16 (48,48%)	94 (72,31%)	128 (58,99%)	12 (38,71%)
Feminino	17 (51,52%)	36 (27,69%)	89 (41,01%)	19 (61,29%)
Total	33	130	217	31

A Tabela 3 mostra a distribuição percentual das próteses confeccionadas, de acordo com a etiologia da deformidade. Observou-se que entre as próteses oculares foram mais frequentemente confeccionadas quando a etiologia das deformidades era traumática. Já nas próteses obturadoras, nasais e faciais, a maior frequência ocorreu quando a etiologia era patológica, diferentemente das próteses auriculares, onde a maior frequência foi observada quando a etiologia congênita foi registrada.

Tabela 3 - Distribuição dos tipos de próteses utilizadas nas reabilitações, de acordo com a etiologia das deformidades dos pacientes atendidos no PEAC Reabilitação Protética de Pacientes com Defeitos Maxilofaciais, no período de agosto de 2010 a maio de 2025

Etiologia da deformidade	Prótese Ocular n (%)	Prótese Auricular n (%)	Prótese Obturadora n (%)	Prótese Facial n (%)	Prótese Nasal n (%)	Prótese Óculo-Palpebral n (%)
Congênita	14 (6,01%)	14 (70%)	3 (7,32%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Traumática	106 (45,49%)	4 (20%)	3 (7,32%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (27,27%)
Patológica	101 (43,35%)	2 (10%)	35 (85,37%)	10 (100%)	11 (100%)	8 (72,73%)
Não consta	12 (5,15%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
TOTAL	233	20	41	10	11	11

A Tabela 4 apresenta a distribuição percentual das próteses confeccionadas de acordo com cada faixa etária. Observou-se que a faixa etária predominante nas próteses oculares foi a de 60 anos ou mais, com 81 casos (34,76%), seguida pela faixa de 40 a 59 anos, com 80 casos (34,33%). Juntas, as duas faixas etárias acima dos 40 anos representam quase 70% das próteses oculares. Em relação às próteses faciais e nasais, foi observada uma baixa frequência, mas com uma forte concentração em idosos. A faixa etária de 40 a 59 anos também se destacou, com uma importante prevalência nas próteses oculares e obturadoras.

Tabela 4 - Distribuição dos tipos de próteses utilizadas nas reabilitações, de acordo com a faixa etária dos pacientes atendidos no PEAC Reabilitação Protética de Pacientes com Defeitos Maxilofaciais , no período de agosto de 2010 a maio de 2025

Faixa Etária	Prótese Ocular n (%)	Prótese Auricular n (%)	Prótese Obturadora n (%)	Próteses Faciais n (%)	Próteses Nasais n (%)	Prótese Óculo-Palpebral n (%)
0 a 17 anos	14 (6,01%)	3 (15%)	1 (2,44%)	0 (0%)	1 (9,09%)	0 (0%)
18 a 39 anos	58 (24,89%)	7 (35%)	6 (14,63%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (36,36%)
40 a 59 anos	80 (34,33%)	9 (45%)	15 (36,59%)	3 (30%)	0 (0%)	3 (27,27%)
60 ou mais	81 (34,76%)	1 (5%)	19 (46,34%)	7 (70%)	10 (90,91%)	4 (36,36%)
Total	233	20	41	10	11	11

4 Discussão

O presente estudo permitiu traçar o perfil demográfico (gênero, idade e cor/etnia), etiologia das deformidades e os tipos de próteses instaladas, por meio da análise dos prontuários dos pacientes atendidos no PEAC Reabilitação Protética de Pacientes com Defeitos Maxilofaciais, ao longo de quase 15 anos. Com base na análise dos dados, foi possível rejeitar a hipótese nula inicialmente proposta, de que não haveria diferenças quantitativas entre as variáveis demográficas, etiológicas e os tipos de prótese confeccionadas.

Ao analisar especificamente a variável de gênero, observa-se uma tendência documentada de uma maior busca por atendimento odontológico por parte das mulheres em comparação aos pacientes do sexo masculino^{10,14}. Essa inclinação, frequentemente associada à preocupação feminina com a estética e ao comportamento proativo em relação ao autocuidado, ser reconhecida. Contrariamente, em estudos específicos de reabilitação com prótese bucomaxilofacial, observa-se uma inversão desses padrões, com uma maior prevalência de atendimento de pacientes do sexo masculino^{8,9,15}, uma vez que a reabilitação protética bucomaxilofacial vai além de simplesmente restabelecer a estética. Esse método de reabilitação oferece diversas possibilidades reconstrutivas, sendo, em muitos casos, a única alternativa viável, permitindo-lhe recuperar não apenas a aparência, mas também a capacidade funcional essencial para a realização das atividades diárias^{6,16}. O presente estudo revelou uma predominância de pacientes do gênero masculino, representando 60,83% da amostra, com 250 pacientes, em comparação com o gênero feminino, que correspondeu a 39,17%, com 161 pacientes (Tabela 1).

A ausência de informações sobre cor/etnia nos prontuários, observada em 95% do grupo (Tabela 1), comprometeu a caracterização completa do perfil dos pacientes reabilitados no projeto. Essa lacuna pode ser atribuída à omissão dessa variável nos modelos de prontuários utilizados atualmente, em contraste com as fichas antigas, que incluíam essa informação, essencial para análises mais aprofundadas da população atendida. A cor/etnia pode atuar como um fator determinante na compreensão de patologias que acometem determinados grupos étnicos com maior frequência, além de evidenciar desigualdades sociais e

exposições diferentemente distribuídas ^{17,18}. Portanto, o registro dessa variável é essencial para análises epidemiológicas que respondam às especificidades clínicas e sociais da população atendida.

Quanto à relação entre etiologia e faixa etária afetada, há divergências na literatura. Há na literatura estudo que aponta uma maior incidência de trauma em pacientes do sexo masculino e em faixa etária adulta ¹⁹. Por outro lado, há também estudos que ressaltam uma predominância de etiologia patológica e a faixa etária mais afetada, sendo ela de 60 ou mais ^{8,9,20}. Este padrão também foi confirmado neste estudo (Tabela 1), que mostra 169 pacientes com 60 anos ou mais, representando 41,12% do total, seguidos por 139 pacientes na faixa etária de 40 a 59 anos. Juntas, essas duas faixas etárias representam mais de 70% dos atendimentos realizados no projeto. Além disso, a etiologia patológica se destacou, com 217 casos, correspondendo a 52,80% das etiologias, seguida pela etiologia traumática, com 31,63% dos casos. Além disso, destaca-se o predomínio do gênero masculino na etiologia traumática, que corresponde a 72,31%, enquanto o sexo feminino representa apenas 27,69% (Tabela 2). Esses achados corroboram estudos anteriores na área de próteses bucomaxilofaciais, os quais indicam uma diferença em relação ao padrão geral observado na odontologia, onde normalmente há predomínio do gênero feminino ^{11,12}. Este fato pode ser explicado pela maior exposição dos homens a fatores de risco como traumas, acidentes de trânsito e de trabalho, além de doenças, fortemente associadas a hábitos como tabagismo e etilismo ^{3,21}.

Quanto ao tipo de prótese, as oculares estéticas representam mais de 55% das próteses confeccionadas, seguidas pelas próteses convencional, seja ela concomitante ou associada, ocupando 19,46% dos casos (Tabela 1). As próteses bucais convencionais registradas neste estudo foram confeccionadas para suprir a demanda de pacientes que buscaram atendimento para reabilitação por próteses faciais e possuíam a ausência dentária, as quais refletem uma demanda considerável das reabilitações intraorais associadas à perda dentária em pacientes com defeitos maxilofaciais, que demandam próteses de reabilitação bucomaxilofacial (Tabela 1) ^{2,4,21}. As próteses obturadoras palatinas correspondem a aproximadamente 10% das próteses confeccionadas no projeto, seguidas das auriculares, óculo-palpebrais, nasais e faciais (Tabela 1).

Nesse estudo, observou-se uma maior incidência de próteses oculares (45,49%) em um grupo de 106 próteses (Tabela 3), sendo a etiologia traumática predominante, o que corrobora com os achados na literatura^{8,9,15,19,20}. Já nas próteses intrabucais obturadoras, nasais e faciais, a maior frequência foi observada quando a etiologia era patológica, diferentemente das próteses auriculares, nas quais a maior frequência foi observada quando a etiologia congênita foi registrada, com 70% dos casos (Tabela 3). Esse padrão é compatível com a maior incidência de malformações congênitas, como microtia e anoftalmia, características das reabilitações auriculares^{22,23}. A necessidade de próteses obturadoras palatinas, nasais e faciais pode estar relacionada a diferentes etiologias, sendo as intervenções cirúrgicas decorrentes de neoplasias malignas uma das principais causas observadas. Esses achados são consistentes com o fato de que, em muitos casos, os cânceres que acometem a região da cabeça e pescoço exigem ressecções cirúrgicas, o que pode resultar em deformidades faciais que demandam reabilitação por meio de próteses bucomaxilofaciais^{4,21}.

A Tabela 4 apresenta a distribuição percentual das próteses confeccionadas de acordo com cada faixa etária. Observou-se que a faixa etária predominante nas próteses oculares foi a de 60 anos ou mais, com 81 casos (34,76%), seguida pela faixa de 40 a 59 anos, com 80 casos (34,33%). Juntas, essas duas faixas etárias representam quase 70% das próteses oculares. Na faixa etária de 40 anos, os dados indicam um aumento na demanda por próteses reabilitadoras, sugerindo tanto a ocorrência de sequelas traumáticas quanto o início de patologias. Já na faixa etária de 60 anos ou mais, observou-se uma prevalência não só de próteses oculares, mas também de próteses convencionais e obturadoras palatinas, além de um aumento significativo na procura por próteses nasais. Em relação às próteses faciais e nasais, foi observada uma baixa frequência geral, mas com forte concentração em idosos, representando 70% das próteses faciais e 90% das próteses nasais nos pacientes mais velhos.

Quanto às limitações deste estudo, devem ser reconhecidas para uma melhor compreensão dos resultados e suas implicações. Um ponto importante identificado foi a alta quantidade de prontuários incompletos, existentes e ausentes no arquivo físico da USBUC/HUB-EBSERH, ou não localizados no sistema AGHUX, o que representa uma limitação significativa tanto para o desenvolvimento de

estudos retrospectivos quanto para o aprimoramento da qualidade assistencial no PEAC Reabilitação Protética de Pacientes com Defeitos Maxilofaciais, da Universidade de Brasília (UnB). A mudança na organização dos prontuários foi um dos principais fatores que influenciaram essa limitação. Antes da implementação do AGHUX, duplicidade de número de registro e de prontuários físicos no HUB gerava a possibilidade de perda de registros e maior dificuldade na armazenagem ao longo do tempo. Com a mudança física da USBUC/HUB-EBSERH, e a adoção gradual do sistema AGHUX, que atualmente está em processo de implementação para a digitalização dos prontuários, ocorreu um reprocessamento de dados, resultando na perda de documentos e informações essenciais para o estudo retrospectivo e para o controle do funcionamento do projeto. Vale destacar que, antes da sistematização, o agendamento de pacientes era feito manualmente, com registros em folhas de papel, agendas e formulários que, ao longo do tempo, foram descartados pela própria secretaria da USBUC/HUB-EBSERH ou perdidos. A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) contribuiu para que houvesse maior cuidado com as informações pessoais e com a armazenagem dos documentos, tanto físicos quanto digitais. Essa situação é particularmente relevante quando se observa que os projetos de extensão não são serviços oferecidos diretamente pelo HUB/USBUC-EBSERH, mas sim de responsabilidade dos coordenadores, que gerenciam o funcionamento dos projetos, estando sujeitos às políticas e às regulações e normativas do hospital.

Destacamos, para além dos objetivos deste estudo, a importância de fortalecer os projetos de extensão e aprimorar os registros, visando atender de maneira mais eficaz às necessidades da população atendida. Os achados reforçam a relevância do conhecimento da comunidade que busca os serviços reabilitadores bucomaxilofaciais no PEAC avaliado, para que o aprimoramento de técnicas e desenvolvimento de habilidades sejam buscados no sentido de atender às características apresentadas pela demanda, com o objetivo de otimizar os recursos e melhorar o atendimento. Os dados obtidos também podem ser utilizados para aperfeiçoar a dinâmica interna do projeto, garantindo a continuidade e expansão das ações de reabilitação bucomaxilofacial.

5 Conclusão

O presente estudo evidenciou características do perfil dos pacientes atendidos no Projeto de Reabilitação Protética de Pacientes com Defeitos Maxilofaciais da Universidade de Brasília (UnB), desde agosto de 2010. Verificou-se predominância do gênero masculino, com idade igual ou superior a 60 anos. A principal etiologia das deformidades foi de origem patológica, enquanto as malformações congênitas foram as menos expressivas. Não foi possível definir cor/etnia registrado nos prontuários. Foram identificadas 11 modalidades de próteses bucais e faciais, com destaque para as próteses oculares estéticas representaram a modalidade mais frequentemente executada. Com base nos resultados deste estudo, foi possível concluir que o perfil dos pacientes avaliados coincide com o observado em estudos semelhantes.

6 Referências Bibliográficas

1. Goiato MC, Fernandes AM, Manfro R. Rehabilitation of maxillofacial defects: a literature review. *J Craniofac Surg*. 2009;20(3):793-7.
2. Dutra ALL, Mota ED, Reis MC dos. Reabilitação com prótese bucomaxilofacial em pacientes oncológicos mutilados e seus benefícios. *dspace.doctum*. 2022 Dec 13;25. Disponível em: <https://dspace.doctum.edu.br/handle/123456789/4567>
3. Leonardi F, Borsini A, Fini G. Maxillofacial prosthetic rehabilitation: a retrospective analysis of 36 patients. *Int J Prosthodont*. 2008;21(5):433-436.
4. Dutra LS, Lima RM, Souza DM. Reabilitação protética em pacientes oncológicos. *Rev Bras Odontol*. 2022;16(2):210-6.
5. Carvalho S, Orlando E, Corsetti A. Reabilitação protética bucomaxilofacial: revisão de literatura e relato de caso. *R. Fac. Odontol. Porto Alegre [Internet]*. 2018 Dec 30 [citado 2023 Nov 12];59(2):24–33. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/87833>
6. Araújo MS, Costa R, Souza F. Reabilitação protética bucomaxilofacial: dificuldades encontradas na rotina de um serviço público. *Rev Fac Odontol Lins*. 2009;19(2):55-59.
7. Carvalho PA, Lima RM, Silva EA. Reabilitação protética bucomaxilofacial: revisão de literatura. *Rev Bras Odontol*. 2018;75(2):153-158.
8. Putz Pereira FS, Carvalho IM, Almeida Rodrigues J, Tomio Sanada J, Corsetti A. Reabilitação protética bucomaxilofacial: um estudo retrospectivo de base universitária. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*. 2023;64:e130112. doi:10.22456/2177-0018.130112.
9. Silva JP, Tavares MGS, Souza CPF, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes reabilitados com prótese bucomaxilofacial. *Rev Fac Odontol UPF*. 2019;24(1):75-81.
10. Ramalho JL. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na Clínica-Escola de Endodontia da Universidade Pública do Sertão da Paraíba. 2017. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo), Curso de Bacharelado em Odontologia, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, Universidade Federal de

- Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/25940>
11. Ramalho LM. Perfil da demanda de atendimento odontológico na rede pública de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:1-10.
 12. Pombo SQ, Lima SS, Rocha SP. Perfil dos pacientes atendidos no Curso de Odontologia do Sertão de Pernambuco. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2019;19(2):6-12.
 13. Silva BS, Souza CA, Tavares MS. Perfil epidemiológico e saúde bucal de pacientes atendidos em uma clínica integrada de odontologia. *Rev Univ Vale Rio Verde*. 2019;17(1):1-11.
 14. Souza CMM, Oliveira MB, Marinho VL. Perfil dos pacientes atendidos na Clínica Escola de Odontologia da Universidade de Gurupi nos últimos 2 anos. *Rev CEREUS*. 2021;13(2):193-205.
 15. Araújo Filho RC, Cardoso MS, Cardoso AJ, Pereira JR, Souza EH, Macedo CB. Fatores etiológicos das mutilações bucomaxilofaciais em pacientes atendidos no serviço de prótese buco da FOP/UPE. *Odontol Clín-cient*. 2006;5(3):203-86.
 16. Simões FG, Reis RB. A especialidade de prótese bucomaxilofacial e sua atuação na odontologia. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2009;6(3):327-31.
 17. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface (Botucatu)*. 2007;11(25):95-109.
 18. Santos RV, Kabad JF, Bastos JL. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis (Rio J)*. 2012;22(4):895-918.
 19. Araújo LX, Silva E, Almeida J, Gomes F. Avaliação dos prontuários de pacientes portadores de prótese ocular. *Rev Fac Odontol UPF*. 2019;24(1):69-74.
 20. Araújo CR, Meyer GA, Souza IA. Prevalência de próteses bucomaxilofaciais na Faculdade de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2009;50(3):133-39.
 21. Gomes EF, Silva LO, Costa PA. Prótese Bucomaxilofacial: uma revisão de literatura. *Rev Odontol UNESP*. 2019;48(3):e20190042.

22. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>.
23. Silva AL, Lima MC, Souza MS. Reabilitação de pacientes com microtia por meio de prótese auricular: relato de caso. Rev Bras Odontol. 2020;77(2):153-158.

Anexo 1

Normas para a Submissão Journal of Orofacial Innovation and Science (JOIS)

Todos os manuscritos deverão ser enviados para submissão eletrônica, pela plataforma OJS: jois.ilapeo.com.br

Os seguintes arquivos devem ser enviados:

1. Carta de Submissão (template)
2. Termo de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais (template)
3. Carta de Aprovação Comitê de Ética (quando necessário)
4. Termo de Consentimento Livre Esclarecido (quando necessário)
5. Página de Título (template)
6. Manuscrito (template)
7. Figuras (template)
8. Tabelas e Quadros (template)

Normas Gerais

- Serão aceitos para submissão: artigos de pesquisa originais, relatos de casos clínicos, séries de casos clínicos, revisões sistemáticas e revisões de literatura, preferencialmente em inglês, mas são aceitos para submissão artigos em português, inglês e espanhol.
- Os manuscritos enviados para a publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a publicação ou submissão simultânea em outros periódicos. Os autores devem garantir que o manuscrito não foi publicado nem está em processo de revisão/avaliação em nenhum outro periódico. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- O JOIS dedica-se a cumprir as boas práticas no que diz respeito à conduta moral condizente com a editoração científica de periódicos. Qualquer forma de comportamento antiético, bem como plágio em qualquer instância, não será aceito ou tolerado.

- Os trabalhos de pesquisa desenvolvidos em seres humanos e animais, incluindo órgãos (dentes) e/ou tecidos isoladamente, bem como aqueles que utilizam dados e informações de prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos deverão ter sido previamente submetidos ao comitê de ética em pesquisa da(s) instituições envolvidas, além de conter Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes quando necessário (conforme Resolução 466/12).
- Os artigos de casos clínicos e série de casos devem vir acompanhados da cópia de autorização de publicação assinada pelo(s) paciente(s) envolvido(s).
- É imprescindível anexar para os trabalhos de pesquisa, na seção “Material e métodos” o número de aprovação trabalho pelo Comitê de Ética responsável (CEP ou CEUA).
- Caso o artigo não se encontre nas normas definidas, não será aceito para submissão. A revista pode ou não aceitar o artigo submetido para revisão/publicação de acordo com a política editorial, mesmo após ele ter sido aceito para avaliação no sistema de revisão por pares, sendo garantido o anonimato e sigilo tanto do autor (ou autores) como dos revisores.
- Para submissão os autores devem assinar/digitalizar e enviar eletronicamente juntamente com o manuscrito, **uma Carta de Submissão do Artigo ao Journal of Ofacial Innovation and Science (JOIS) e o Termo de Responsabilidade e Cessão de direitos autorais** (ver templates).
- O JOIS reserva todo o direito autoral dos artigos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição com devida citação de fonte.
- O JOIS sugere um número máximo de 10 (dez) autores por artigo, mas poderá apresentar-se com mais autores, dependendo da pesquisa em questão, desde que haja razoabilidade entre a quantidade de autores e de páginas do manuscrito.
- A utilização de elementos gráficos (como figuras, quadros, tabelas, imagens e fotos) que não sejam de propriedade intelectual dos autores do artigo deve

ser acompanhada de uma licença que autoriza sua reprodução ou adaptação.

Apresentação do Manuscrito

- Os manuscritos apresentados para submissão devem ser enviados em Word e apresentar a seguinte configuração: fonte Arial, corpo do texto do manuscrito com espaçamento de 1,5, tamanho 12, margens laterais esquerda de 3 cm e margens superior de 3 cm e inferior e direita com 2,5 cm, com no máximo 30 (trinta) páginas (incluindo figuras, tabelas, quadros e referências bibliográficas). A numeração de páginas deve constar no canto inferior direito.
- Tabelas e quadros deverão ser numerados em algarismos arábicos, com apresentação resumida e objetiva, para compreensão do manuscrito. Devem ser encaminhados em arquivos separados no Word, seguindo template recomendado. Recomenda-se o número máximo de 10 tabelas e quadros por artigo.
- Figuras (fluxogramas, desenhos e fotografias) e gráficos deverão ser numerados em algarismos arábicos. As imagens devem ser coloridas e enviadas em arquivos separados, seguindo template recomendado. Após aceite para publicação, se necessário, vai ser solicitado o envio das figuras em formato JPG ou TIFF, (300 dpi de resolução mínima). Recomenda-se um número máximo de 20 figuras por artigo.

Estrutura do manuscrito: Arquivos em WORD

Página de Título (ver template).

- **Título do manuscrito:** em português/ espanhol e em inglês, fonte Arial, corpo 14 pontos, letras maiúsculas, até o limite de duas linhas O título deve descrever o conteúdo do manuscrito de maneira específica, clara e concisa. Um título resumido com no máximo 45 caracteres (*running title*) deve ser fornecido abaixo do título.

- **Autores** :Nome dos autores um abaixo do outro, titulação/qualificação dos autores, afiliações, departamento, cidade, estado, país e ORCID de cada autor (fonte Arial, corpo 12 pontos);
- **Autor de correspondência**: nome do autor, endereço completo para correspondência, telefone e e-mail para contato (fonte Arial, corpo 12 pontos).

Manuscrito (ver template)

- **Título do Manuscrito**: sempre deverá estar em letras maiúsculas, português/espanhol e em inglês (fonte Arial, corpo 14 pontos).
- **Não deve conter qualquer identificação dos autores.**
- **Resumo e palavras-chave**: o resumo deve ser escrito em página separada em parágrafo único, com não mais do que 250 palavras, descrevendo resumidamente o conteúdo do manuscrito. Para artigos de pesquisa originais os resumos devem ser estruturados contendo os seguintes itens em negrito, seguidos de dois pontos dentro do texto: **Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões**. Para os relatos de caso e revisões de literatura os resumos não devem ser estruturados. **Palavras-chave**: 3 a 5 expressões que identifiquem o conteúdo do manuscrito de acordo com os descritores em MeSH-NCBI.
- **Abstract e key words**: o resumo em inglês (*abstract*) deve ser uma tradução fiel do resumo apresentado em português. As palavras-chave (*key words*) devem corresponder aos mesmos descritores selecionados no item palavras-chave.
- **Texto**: os manuscritos podem ser apresentados como:
 - **Artigos de pesquisa originais**: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (opcional), Referências, Tabelas e Figuras.
 - **Relatos e séries de casos clínicos**: Introdução, Relato do Caso, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (opcional), Referências, Tabelas e Figuras.
 - **Revisão de literatura**: Introdução, Revisão, Discussão, Conclusão Referências, Tabelas e Figuras.

- **Revisões sistemáticas:** Introdução, Método, Resultados/Análise dos Dados Discussão, Tabelas e Figuras, Referências e Agradecimentos(opcional).

PARA OS ARTIGOS DE PESQUISA ORIGINAIS:

Introdução: Descreva um breve histórico de forma resumida o tema de seu estudo contendo as informações relevantes da literatura. Não faça uma revisão da literatura extensa. Defina claramente os objetivos e hipóteses no último parágrafo da sua introdução. Recomenda-se no máximo 6 parágrafos.

Material e Métodos: Devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a reprodução do trabalho por outros pesquisadores e a verificação dos resultados obtidos. Incluir o método estatístico utilizado na análise dos dados. Para trabalhos submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa, o número do protocolo deve ser fornecido nesta seção. Os nomes de medicamentos e materiais registrados, bem como produtos comerciais, devem aparecer entre parênteses, após a citação do material e somente na primeira vez. As abreviaturas devem ser explicadas por extenso na primeira vez em que forem citadas. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Unidades (SI).

Resultados: Devem ser apresentados em sequência lógica tanto no texto, como nas tabelas e figuras. Não repetir os mesmos dados em gráficos e tabelas. Resultados estatísticos devem ser corretamente identificados nesta seção. Os autores não devem interpretar os resultados ou fornecer discussão com referências nesta seção.

Discussão: Resuma os achados do estudo sem repetir em detalhe os dados descritos nos resultados. Relate se a hipótese do estudo foi aceita ou rejeitada. Discuta os resultados com base nos trabalhos da literatura e aponte as implicações dos achados e suas limitações.

Conclusão: Apresente as conclusões do estudo baseado nos objetivos propostos. Não repita os resultados. Este tópico trata do alcance da pesquisa e as suas contribuições, bem como seu possível mérito. Deve ser breve e baseada em dados comprovados.

Agradecimentos: Aqui devem ser identificadas agências de fomento, órgãos do governo e empresas financiadoras. Esta seção também engloba os agradecimentos a colegas e técnicos que colaboraram no desenvolvimento do trabalho e que não entraram como um dos autores.

Tabelas e Figuras

- **Tabelas e quadros:** Envie todo conjunto de tabelas em um documento separado. Numere as tabelas com um numeral arábico consecutivamente e forneça um breve título para cada uma. Explique em notas de rodapé todas as abreviações não padronizadas usadas em cada tabela. Número máximo de 10 tabelas e quadros por artigo.
- **Figuras:** As figuras podem ser enviadas separadas ou em um conjunto de figuras. Quando as figuras forem formatadas em conjunto ela conta como apenas como 1 figura. Envie as figuras em um documento separado conforme template. As figuras devem ser de alto padrão. Rotule cada figura indicando o número da figura, com algarismos arábicos. Cite cada figura no texto em ordem consecutiva. Quando símbolos, setas, números ou letras forem usados para identificar partes das ilustrações, identifique e explique cada um claramente na legenda. Número máximo de 20 figuras por artigo.

Referências

- Não serão aceitos trabalhos que possuam como referências teses, dissertações, monografias, resumos ou artigos não publicados.
- A apresentação das referências deve seguir as normas VANCOUVER conforme orientações fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors <https://www.icmje.org> / “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”

- As referências devem ser numeradas consecutivamente de acordo com a ordem em que são mencionadas no texto (de acordo com o estilo Vancouver).
- A menção das referências no texto deve ser feita com números arábicos sobrescritos na ordem de citação. Ex: The overall health of the population is profoundly influenced by the state of oral health¹.
- Em caso de múltiplas citações, **não consecutivas**, os respectivos números da lista de referências devem ser separados por vírgula Ex: The overall health of the population is profoundly influenced by the state of oral health^{1,4,7}.
- Em caso de múltiplas citações, **consecutivas**, os respectivos números da lista de referências devem ser separados por hífen, citar a 1º e última referência da ordem consecutiva Ex: The overall health of the population is profoundly influenced by the state of oral health¹⁻⁷.
- As referências devem ser digitadas iniciando em linha separada. Os manuscritos devem conter, de preferência, no máximo 40 referências bibliográficas. Nos casos de revisão de literatura, de preferência até 50 referências.
- Para a citação das referências no final do texto, citar os seis primeiros autores; acima deste número, citam-se os 6 primeiros seguidos da expressão latina *et al.* Referenciam-se os autores pelo seu sobrenome, com apenas a letra inicial em maiúscula, seguido das iniciais dos nomes sem ponto.
- um autor: citar como Deliberador TM
- dois autores: citar como Sartori IM and Deliberador TM
- três ou mais autores: citar como Corso PF, Machado RA, Gerber JT, Deliberador TM, Costa DL, Klüppel LE, Rebellato NLB, Brancher JA, Küchler EC, Coletta RD, Scariot R.*et al.*

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o *Index Medicus* (*List of Journals Indexed in Index Medicus* – disponível em <http://www.nlm.nih.gov>).

Exemplos de Referências:

Periódicos: Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação Mês da publicação;volume (número/suplemento): página inicial-final do artigo. doi:

1- Leventis M, Deliberador TM, Alshehri F, Alghamdi H. Topical oxygen therapy as a novel strategy to promote wound healing and control the bacteria in implantology, oral surgery and periodontology: A review. Saudi Dent J. 2024 Jun;36(6):841-854. doi: 10.1016/j.sdentj.2024.04.004.

Livro: Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Local de publicação: Editora; Ano de publicação.

Ex: Sartori IM, Sartori EM, Thomé G. Implantodontia Contemporânea. Edição: 01 Editora: Napoleão. Ano: 2021

Capítulo de Livro: Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. Nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Local de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Ex: Bernardes SR, Moura MB, Thomé G, Molinari, AR. Bioengenharia dos Implantes. Sartori IM, Sartori EM, Thomé G. Implantodontia Contemporânea. Edição: 01 Editora: Napoleão. Ano: 2021.p 20-36.

Eletrônicos: nome do autor, seguido do título do material, o ano de publicação, a data de acesso e o endereço eletrônico.

Ex: Paterno Júnior D. Viabilidade da utilização da sedação consciente via inalatória em procedimentos cirúrgicos implantológicos. 1999. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/wp-content/.../Sedacao-Consciente.doc>>. Acesso em: 25 mai. 2012.

Anexo 2

Figura 1 - Comprovação de aprovação do projeto pelo CEP/FS/UnB

Portal do Governo Brasileiro

 [LOGIN](#)

[Esqueceu a senha?](#) [Cadastre-se](#) v4.0.7_rc06

Você está em: Público > Confirmar Aprovação pelo CAAE ou Parecer

CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER

Informe o número do CAAE ou do Parecer:

Número do CAAE: Número do Parecer: [Pesquisar](#)

Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.

DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:
REABILITAÇÃO PROTÉTICA BUCOMAXILOFACIAL: UM ESTUDO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL DE

Número do CAAE:	Número do Parecer:	
80757924.6.0000.0030	7349094	
Quem Assinou o Parecer:	Pesquisador Responsável:	
JANINE DELLA VALLE ARAKI	Aline Ursula Rocha Fernandes	
Data Início do Cronograma:	Data Fim do Cronograma:	Contato Público:
25/02/2025	24/12/2025	MARIA EDUARDA REIS DE ARAUJO

[Voltar](#)

