

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMÁRIA: RELATO DE CASO

LUCIANY DE OLIVEIRA MAKLOUF

Manaus – Amazonas

2019

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMÁRIA: RELATO DE CASO

LUCIANY DE OLIVEIRA MAKLOUF

Trabalho de Conclusão de Curso, na forma de relato de caso clínico, apresentado ao curso de graduação em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas, como requisito obrigatório para obtenção do título de cirurgião-dentista.

Orientador: Prof. Msc. Antônio Jorge de Araújo Vasconcelos II

Manaus – Amazonas

2019

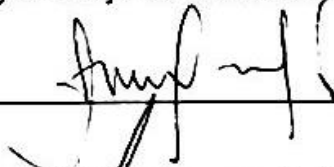
TERMO DE APROVAÇÃO

A Ac. **Luciany de Oliveira Maklouf** foi aprovada mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado: ***Síndrome de Sjogren primária: relato de caso***, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.


BANCA EXAMINADORA



Prof. Esp. Antonio Jorge Araújo de Vasconcelos II (Orientador)



Prof. Msc. Mauro Luiz Travessa de Barros



Prof. Dr. Lioney Nobre Cabral

Manaus, 10 de junho de 2019

Dedico este trabalho à minha filha, Alice Maklouf, que embora não tenha conhecimento disto, iluminou de maneira especial a minha caminhada, transformando cada obstáculo em superação.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, inicialmente, ao meu marido, Thiago Derzi, que jamais me negou apoio e incentivo. Obrigada por aguentar tantas crises de estresse e ansiedade. Obrigada pelo carinho, paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre.

Agradeço aos meus pais e familiares, que sempre me apoiaram e nunca mediram esforços para tentar transformar meus sonhos em realidade. Obrigada pelo apoio, força e amor incondicional.

Obrigada mestre Antônio Vasconcelos II, grande professor e orientador. Agradeço por sua confiança e dedicação. Manifesto aqui minha gratidão eterna por compartilhar sua sabedoria, o seu tempo e sua experiência.

Obrigada também a todos os meus professores, que me acompanharam durante a minha formação, especialmente as professoras Cimara Barroso e Alexandra Pieri, por seus ensinamentos e pelas palavras de apoio e motivação. Vocês me inspiram imensamente.

Obrigada dupla, Alex Araújo, por todo aprendizado compartilhado e pela paciência nos momentos difíceis.

Obrigada amigos e colegas da turma XXVIII, a companhia de vocês fizeram com que essa difícil caminhada se tornasse mais leve e prazerosa.

“In a dark place we find ourselves, and a little more knowledge lights our way. ”

Master Yoda

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Anestesia do nervo mentoniano..... | 13 |
| Figura 2. Incisão em lábio inferior com lâmina de bisturi nº15..... | 14 |
| Figura 3. Excisão de glândula salivar menor com auxílio de uma pinça hemostática reta e lâmina de bisturi nº 15..... | 14 |
| Figura 4. Aspecto clínico da glândula salivar menor..... | 15 |
| Figura 5. Corte microscópico de glândula salivar menor (aumento de 10x)..... | 16 |
| Figura 6. Corte microscópico de glândula salivar menor (aumento de 40x)..... | 16 |

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2. RELATO DE CASO..... | 13 |
| 3. DISCUSSÃO..... | 18 |
| 4. CONCLUSÃO..... | 21 |
| 5. REFERÊNCIAS..... | 22 |
| ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE..... | 25 |
| ANEXO B: Laudo histopatológico..... | 26 |
| ANEXO C: Diretrizes para autores – Revista Gaúcha de Odontologia..... | 27 |

Este trabalho foi redigido em formato de artigo científico a ser submetido à Revista Gaúcha de Odontologia – RGO, cujo as normas estão em anexo

SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMÁRIA: RELATO DE CASO

PRIMARY SJÖGREN'S SYNDROME: CASE REPORT

Luciany de Oliveira MAKLOUF¹

Antônio Jorge de Araújo VASCONCELOS II²

Tiago Novaes PINHEIRO³

Lioney Nobre CABRAL⁴

Myrian Salles VIEIRA⁵

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia, Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas, UEA, 69065-001 Manaus-AM, Brasil.

² Professor assistente da Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas, UEA, 69065-001 Manaus-AM, Brasil.

Mestre em Ciências Odontológicas, área de concentração em Patologia Bucal, Universidade Federal do Amazonas, UFAM, 69067-005 Manaus-AM, Brasil.

³ Professor adjunto da Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas, UEA, 69065-001 Manaus-AM, Brasil.

Doutor em Patologia Bucal, Universidade de São Paulo, USP, 17012-901 São Paulo-SP, Brasil.

⁴ Professor adjunto da Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas, UEA, 69065-001 Manaus-AM, Brasil.

Doutor em Biotecnologia, área de concentração em saúde, Universidade Federal do Amazonas, UFAM, 69067-005 Manaus-AM, Brasil.

⁵ Professora auxiliar da Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas, UEA, 69065-001 Manaus-AM, Brasil.

Especialista em Radiologia Odontológica e Imagenologia, Associação Brasileira de Odontologia, ABO, 69057-010 Manaus-AM, Brasil.

* **Endereço para correspondência:** Luciany de Oliveira Maklouf – Avenida Carvalho Leal, nº 1777, Cachoeirinha, CEP: 69065-001, Manaus, AM, Brasil.
E-mail: lom.odo@uea.edu.br

RESUMO

A Síndrome de Sjögren Primária é uma doença autoimune sistêmica caracterizada por infiltração linfocitária das glândulas exócrinas que resulta em olhos secos e boca seca, sem associação com outras doenças autoimunes. Afeta principalmente indivíduos na faixa etária de 45 anos, com predileção pelo sexo feminino. Embora seja uma das doenças autoimunes mais comuns, ainda é pouco diagnosticada devido à complexidade da sua etiopatogenia. O tratamento da Síndrome de Sjögren Primária é multidisciplinar, envolvendo medicações que visam reduzir o desconforto causado pela xerostomia e xeroftalmia. O caso relatado neste trabalho configura-se como um quadro de Síndrome de Sjögren Primária, diagnosticado em uma paciente do sexo feminino, que compareceu à Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas queixando-se de boca seca. A biópsia excisional de glândulas salivares menores foi fundamental no diagnóstico da enfermidade, juntamente com o conhecimento dos sinais e sintomas da condição e interpretação correta dos exames laboratoriais.

Palavras-chave: Síndrome de Sjögren; Glândulas salivares; Xerostomia

ABSTRACT

Primary Sjögren's syndrome is a systemic autoimmune disease characterized by lymphocyte infiltration of the exocyanin glands that results in dry eyes and dry mouth, without association with other autoimmune diseases. It affects mainly individuals in the age group of 45 years, with a predilection for the female gender. Although it is one of the most common autoimmune diseases, it is still poorly diagnosed due to the complexity of its etiopathogenesis. The treatment of primary Sjögren's syndrome is multidisciplinary, involving medications that aim to reduce the discomfort caused by xerostomia and Xerophthalmia. The case reported in this study is a framework of primary Sjögren's syndrome, diagnosed in a female patient, who attended the odontological polyclinic of the State University of Amazonas complaining of dry mouth. The excisional biopsy of minor salivary glands was fundamental in the diagnosis of the disease, together with the knowledge of the signs and symptoms of the condition and correct interpretation of the laboratory exams.

Keywords: Sjögren's syndrome; Salivary glands; Xerostomia.

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Sjögren (SSj) é uma doença sistêmica autoimune, caracterizada pela infiltração linfocitária das glândulas exócrinas. Caracteriza-se clinicamente por olhos secos e boca seca, porém manifestações extraglandulares, como vasculite cutânea, fenômeno de Raynaud e artrite também podem ocorrer [1-2]. A SSj pode se apresentar somente como infiltração linfocitária das glândulas exócrinas (Síndrome de Sjögren Primária - SSp) ou em associação com outras doenças autoimunes, como artrite reumatoide ou lúpus eritematoso sistêmico (Síndrome de Sjögren Secundária - SSS) [3-4].

A prevalência desta síndrome está em torno de 0,3 a 2,7% da população, com uma proporção mulher-homem de 9:1, sendo as mulheres caucasianas as mais afetadas. É observada predominantemente em adultos na 4ª e 5ª década de vida, mas raros estudos têm sido descritos em crianças [5]. Sua causa é desconhecida. Embora não seja uma doença hereditária por si só, há evidências de influência genética [6].

O principal sintoma oral é a xerostomia. A cavidade oral privada de saliva com suas propriedades lubrificantes, protetoras e antibacterianas está exposta a uma série de fatores desfavoráveis [7]. Os sintomas da xerostomia incluem queimação, lábios secos, alteração do paladar, e sensação de ter uma quantidade inadequada de saliva. Pode haver dificuldade em falar, engolir, e usar prótese total. A necessidade de beber água para engolir alimentos secos é um importante marcador de função salivar reduzida [8]. A halitose, fissuras dolorosas da língua, úlceras mucosas, e dor com ingestão de alimentos picantes ou ácidos são desconfortos comuns que podem derivar de crescimento candidal na mucosa oral [9].

O diagnóstico exige a evidência de inflamação autoimune induzida que alvejam as glândulas salivares ou lacrimal. Os critérios de classificação mais utilizados foram propostos pela *American College of Rheumatology (ACR)*, em 2012. Esses critérios se aplicam a indivíduos com sinais/sintomas de que podem ser sugestivos de SSj. São classificados como SSj, pacientes que apresentarem pelo menos 2 entre os 3 seguintes critérios objetivos: 1) Presença de anti-SSA (anti-Ro) e/ou anti-SSB (anti-La) ou (fator reumatoide positivo e ANA título $\geq 1:320$). 2) Sialadenite linfocítica focal com presença de focus/score ≥ 1 focus/ 4 mm². 3) Ceratoconjutivite seca com escore de coloração ocular com ≥ 3) [10].

Em pacientes com SSj, uma variedade de autoanticorpos pode ser produzida e, embora nenhum seja especificamente diagnóstico, sua presença pode ser um importante auxiliar. A positividade para o fator reumatoide (FR) é encontrada em aproximadamente 60% dos casos. Anticorpos antinucleares (ANAs) estão presentes em 75% a 85% dos pacientes. O anticorpo anti-SSA tem sido detectado em 50% a 76% dos pacientes, enquanto o anti-SSB em 30% a 60% desses indivíduos [6].

A característica para o diagnóstico histopatológico de SSp é a presença de sialoadenite focal linfocítica, caracterizada por, no mínimo, um foco inflamatório – composto por um agregado de 50 ou mais linfócitos – em 4 mm² de tecido glandular, em pelo menos 4 lóbulos de glândulas salivares mucosas labiais, o que permite calcular o escore focal e classificá-lo em <1, 1 ou ≥1 foco inflamatório [11-12].

A melhor forma de interferir no problema da síndrome é por meio da abordagem multidisciplinar, que inclui no mínimo, a presença de reumatologista, cirurgião-dentista e oftalmologista [13-14]. A abordagem terapêutica é sistemática, direcionada para reconhecer e tratar precocemente as complicações da doença. A equipe médica é responsável pela elaboração diagnóstica e pode controlar a sintomatologia sistematicamente a partir de, por exemplo, imunossuppressores e colírios lubrificantes [15]. Saliva artificial, géis lubrificantes, ou bochechos podem ser benéficos para o paciente para o controle da xerostomia [16].

Diante disso, considerando que embora a SSp seja uma das doenças autoimunes mais comuns, ainda é pouco diagnosticada, o objetivo deste trabalho é relatar um caso de Síndrome de Sjögren primária, enfatizando o diagnóstico histopatológico.

2. RELATO DE CASO

Paciente, 65 anos, leucoderma, gênero feminino, compareceu à Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), queixando-se de “boca seca”. Durante a anamnese relatou que os sintomas surgiram há cerca de 7 meses, acompanhada de diminuição do lacrimejamento, no entanto não apresentava lúpus ou artrite reumatoide. A partir desses dados, suspeitou-se que a paciente seria portadora da Síndrome de Sjögren. Foram solicitados os exames: sorologia Ro/La, exame de verde lisamina, e posteriormente foi feita a biópsia excisional de glândula salivar menor, seguindo os critérios da classificação de 2012.

Para a biópsia excisional de glândula salivar menor, realizou-se anestesia do nervo mentoniano bilateralmente (figura 1). Então foi feita uma incisão de aproximadamente 1,5 cm e profundidade de 0,5 cm no lábio inferior da paciente (figura 2).

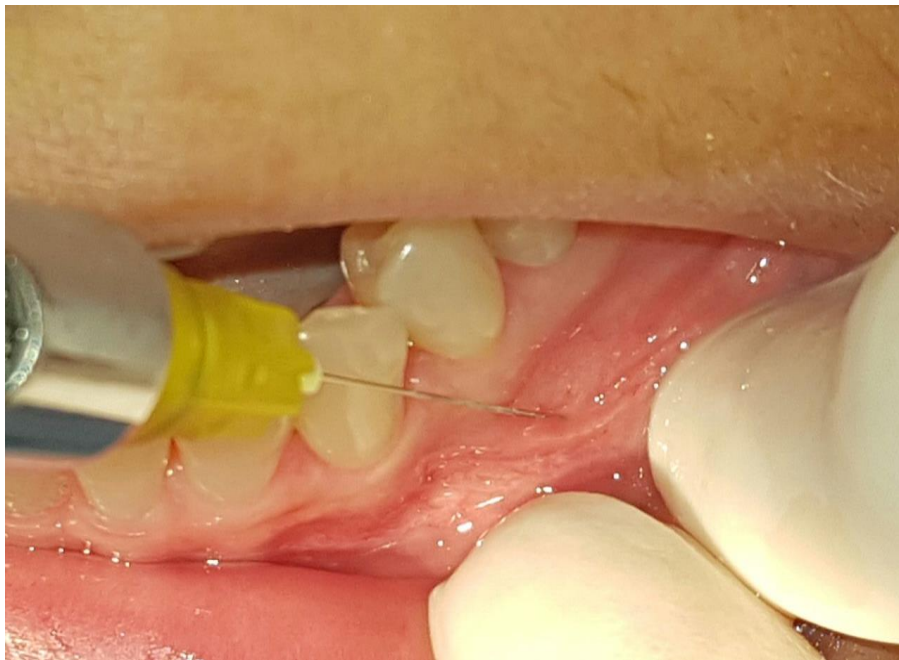


Figura 1. Anestesia do nervo mentoniano

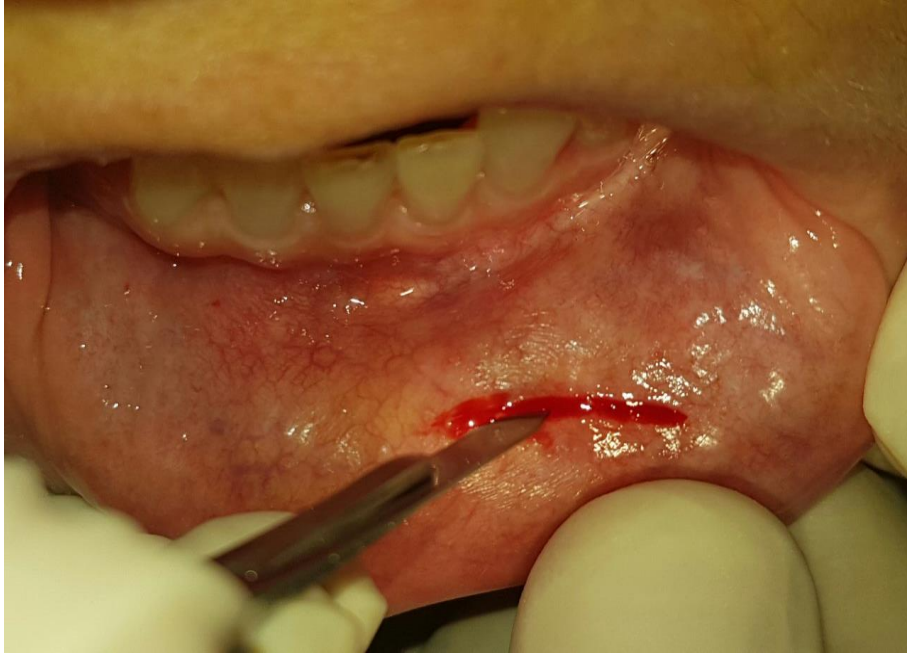


Figura 2. Incisão em lábio inferior com lâmina de bisturi nº 15

Após a divulsão do tecido, foi feita a biópsia excisional de cinco glândulas salivares menores (figuras 3 e 4).



Figura 3. Excisão de glândula salivar menor com auxílio de uma pinça hemostática reta e lâmina de bisturi nº 15



Figura 4. Aspecto clínico da glândula salivar menor

Os cortes microscópicos revelaram vários fragmentos de glândulas menores apresentando atrofia acinar, ectasia ductal, substituição por tecido adiposo, além de intenso infiltrado inflamatório linfocitário periacinar e periductal formando mais de 2 focos com mais de 50 linfócitos cada. Na periferia superficial observou-se mucosa bucal revestida por epitélio estratificado paraqueratinizado. O quadro microscópico observado é compatível ao presente na síndrome de Sjögren (figuras 5 e 6).

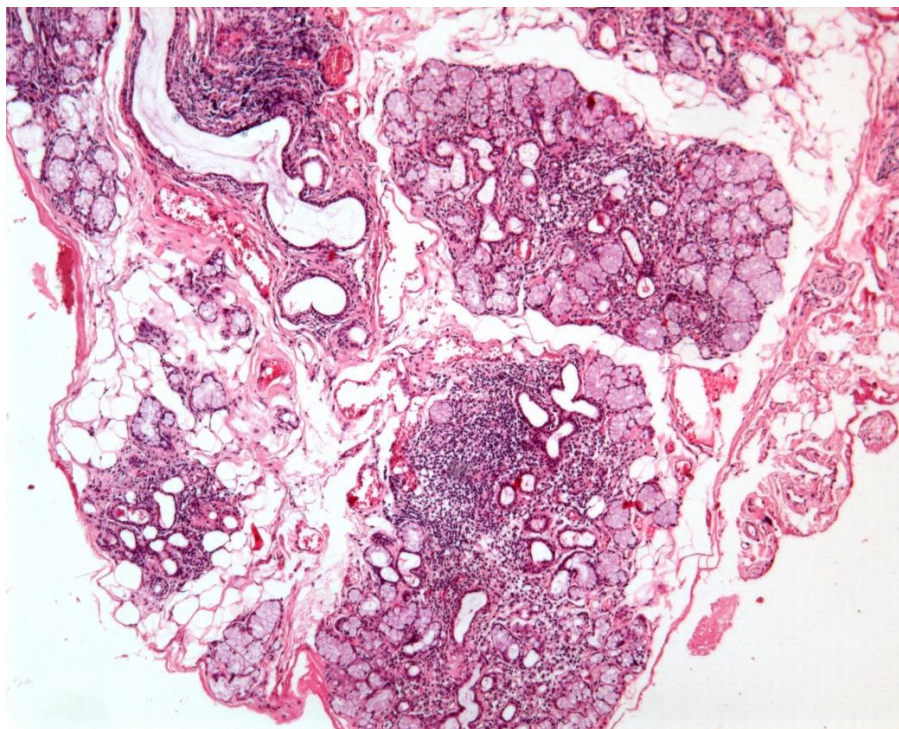


Figura 5. Corte microscópico de glândula salivar menor (aumento de 10x)

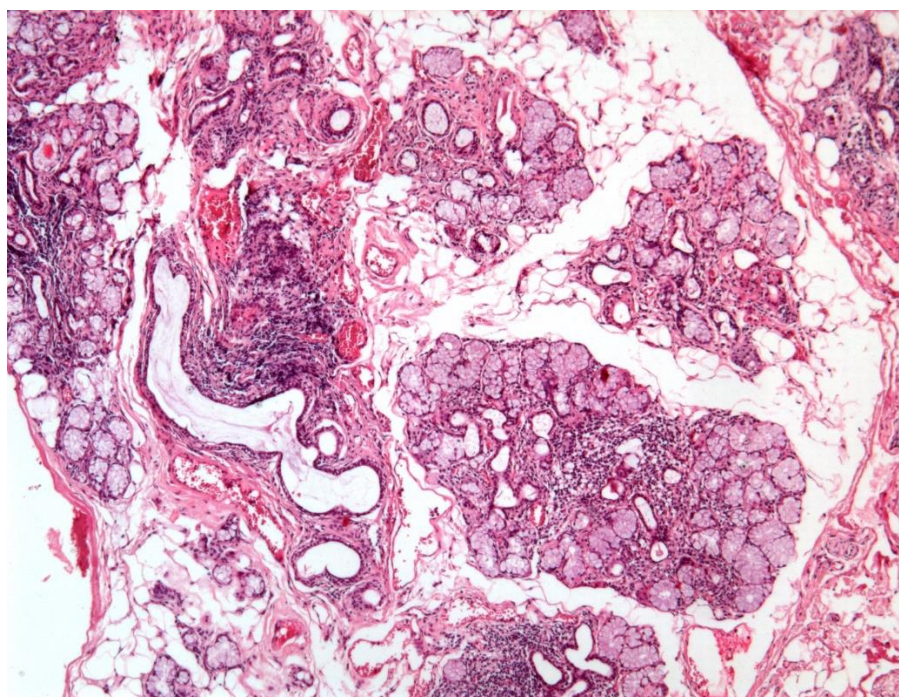


Figura 6. Corte microscópico de glândula salivar menor (aumento de 40x)

Por conta da positividade de dois desses critérios (sorologia Ro/La e biópsia excisional de glândulas salivares menores), a paciente foi diagnosticada como portadora de Síndrome de Sjögren primária.

A paciente retornou à policlínica 3 semanas após a cirurgia, foi orientada quanto ao controle da xerostomia e foi encaminhada ao oftalmologista e reumatologista para o controle da doença. Hidroxicloroquina, Óleo de linhaça, Xerolacer creme dental e Hyabak colírio foram prescritos à paciente para tentar aliviar a sintomatologia da doença.

Dois anos depois, a paciente relatou não ter obtido resultado positivo em relação ao tratamento. Desistiu de tomar a medicação, pois não estava obtendo o efeito desejado por meio desta, e diz não ter se adaptado à saliva artificial. Está utilizando soro fisiológico nos olhos para tratar da xeroftalmia.

Relata estar indo com frequência ao dentista para fazer acompanhamento da condição bucal, mas que ainda sente um grande desconforto causado pela xerostomia.

3. DISCUSSÃO

A prevalência de mulheres leucodermas, de meia idade, tem se mostrado quase absoluta em casos de SSj. É importante salientar que a paciente relatada neste caso se encaixa no perfil epidemiológico da doença. Em um estudo de revisão, [5] foi observada a prevalência de mulheres em relação aos homens (6,9 [Intervalo de confiança de 95% {IC} 5,0 – 8,8] versus 0,5 [95% IC 0,0 – 1,2] por 100.000) no Condado de Olmstead, Minnesota, EUA, a partir de dados analisados entre 1976 e 1992. Na Eslovênia, entre 2000 e 2002, a incidência de SSP foi 10 vezes mais elevada nas mulheres. No noroeste da Grécia, durante o período de 1982 a 2003, as mulheres foram 20 vezes mais propensas a ser afetadas do que os homens. Em um estudo [17] realizado em Vitória (ES), Brasil, em 2012, a taxa de prevalência de SSj, foi de 0,17%, sendo que todos os pacientes diagnosticados eram mulheres.

Embora a idade média do início de SSP esteja geralmente na 4ª e 5ª década de vida, o início na 6ª ou 7ª década não é incomum, como ocorreu com a paciente deste caso clínico, que foi diagnosticada aos 65 anos. Na Itália, a partir de dados obtidos entre 1990 e 2007, de 322 pacientes diagnosticados com SSP, 6% foram observados em adultos com mais de 65 anos de idade. Na Grécia e no Reino Unido, a prevalência de SSP é cinco vezes maior em adultos com mais de 65 anos [5].

A etiopatogenia da SSj não é completamente elucidada, entretanto, fatores genéticos, endócrinos, imunológicos e ambientais, como agentes biológicos, têm sido relacionados. Provavelmente os agentes infecciosos virais são os mais relacionados ao meio ambiente. Vírus como Epstein-Barr (EBV), HTLV-1 (*human T leukemia virus-1*), Coxsackievírus e, talvez, o vírus da hepatite C, implicam o desenvolvimento da doença [18,19]. Existem cinco mecanismos os quais podem levar uma infecção a desencadear uma doença autoimune: 1) Mimetismo molecular – agente infeccioso expressa um epítipo estruturalmente similar a um autoantígeno; 2) “*Spreading*” – ativação local exagerada de células apresentadoras de antígenos devido a um estado inflamatório promovem a formação de grande quantidade de células T com grande diversidade de especificidades; 3) Ativação policlonal – estímulo e proliferação de células B, que produzem exacerbadamente anticorpos que causarão danos nos tecidos; 4) “*Ativação bystander*” – grande produção de citocinas induz a expansão de células T autorreativas; 5) “*Super antígenos*” – vírus

(ou bactérias) possuem a habilidade de se unir à cadeia de receptores beta de células T e à moléculas MHC – classe 2, induzindo tal evento a uma reação autoimune [18]. Deficiência de hormônios andrógenos, estrógeno, progesterona e concentrações elevadas no plasma de fator ativador de células B (BAFF) também podem estar envolvidos [19]. A SSj diagnosticada nesta paciente pode estar associada à queda dos hormônios estrógeno e progesterona devido à menopausa, entretanto outros fatores, como a presença do vírus EBV, não foram investigados.

Embora os critérios da classificação da *American College of Rheumatology (ACR)*, utilizados para diagnosticar a paciente deste relato de caso, ainda sejam aceitos, existem também outros critérios utilizados para diagnosticar a SSj. Um deles é o critério de classificação proposto pelo *American-European Consensus Group (AECG)*, de 2002 [20]. Esse critério também exige que o paciente tenha os anticorpos anti-SSA e anti-SSB ou uma biópsia de glândula salivar menor que demonstre sialoadenite linfocítica focal com uma contagem do foco ≥ 1 , além de critérios subjetivos orais e oculares. Outro critério de classificação foi proposto em 2016, pela ACR e *European League Against Rheumatism (Eular)* [21], o qual pacientes com sinais e sintomas sugestivos da doença podem ser precocemente diagnosticados com base nos critérios objetivos, tais como: exame sorológico positivo, sialoadenite focal linfocítica (escore focal ≥ 1 focos /4mm²), critérios objetivos oral e oculares. É importante destacar que a preferência pelos critérios de classificação da ACR para diagnosticar a nossa paciente, foi em vista de que a mesma tinha condições financeiras para realizar o exame sorológico anti-Ro/anti-La, o qual não é oferecido pelo serviço público. Vale ainda ressaltar a ausência do teste de verde-lisamina solicitado pelos autores, que teve como motivo da sua não realização a demora em se fazer exames pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Como nem todos os pacientes podem custear com exames no serviço particular, é válido também citar a importância dos critérios de classificação da AECG no diagnóstico de SSj no Serviço Único de Saúde (SUS), tendo em vista que essa classificação também faz uso de critérios subjetivos e possuem uma variedade maior de exames objetivos que possuem um baixo custo. Em um estudo comparativo realizado na Coreia [21], a sensibilidade dos critérios da ACR/Eular, ACR e AECG foi de 100% (IC 95%, 96,11–100,00), 91,10% (IC 95%, 83,23-96,08) e 88,30% (IC 95%, 80,03-94,01), respectivamente. As respectivas especificidades foram de 81,80% (IC 95%, 76,15-94,26), 90,60% (IC 95%, 80,70-96,48) e 92,19% (IC 95%,

82,70-97,41). Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado no Japão [23]. A razão pela qual a especificidade do novo critério é baixa, especialmente nas populações asiáticas, não é clara, já que nos resultados da coorte de validação original [20], a especificidade do novo critério foi de 95%. É sugerida que a baixa especificidade observada nesses estudos pode ser resultado da influência da localização geográfica e da etnia [22].

As manifestações extraglandulares da SSj ocorrem de 30% a 50% dos pacientes, e quanto maior o tempo de acompanhamento, mais comum é a frequência desse achado. Essa apresentação da doença é relacionada a maior presença de autoanticorpos, hipocomplementenemia e crioglobulinemia como marcadores imunológicos além de sialoadenite grau III e IV e diminuição dos valores de C4. O risco para o desenvolvimento de doença hematológica maligna, linfoma em pacientes com SSj é maior do que na população geral, variando de 8,7 para 44,4 vezes superiores [24]. Como a nossa paciente não está aderindo ao tratamento indicado pelos médicos, o risco de que a mesma desenvolva essas manifestações extraglandulares é grande, pois, por mais que não haja evidência de melhoria significativa dos sintomas glandulares com o uso de Hidroxicloroquina, há melhoria dos parâmetros inflamatórios laboratoriais [13].

4. CONCLUSÃO

Como a Síndrome de Sjögren não possui um exame específico para a sua detecção, é necessário o conhecimento de seus sinais e sintomas, e saber interpretar o resultado dos exames laboratoriais. Destaca-se o uso do critério de classificação da ACR, de 2012, que foi utilizado por se adequar à situação econômica da paciente. Salienta-se também a importância do exame histopatológico como fundamental para o diagnóstico da condição. A motivação do paciente para aderir ao tratamento se faz necessária, tanto para manter o controle da doença e prevenir manifestações extraglandulares, como também para melhorar a qualidade de vida do mesmo.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bournia VK, Vlachoyiannopoulos PG. Subgroups of Sjögren syndrome patients according to serological profiles. *JournalOfAutoimmunity*, 2012 Aug;39(1-2):15-26. doi: 10.1016/j.jaut.2012.03.001
2. Mavragani CP. Mechanisms and new strategies for primary Sjogren's syndrome. *Annu. Rev. Med.* 2017 Jan;68(14):331–343. doi: 10.1146/annurev-med-043015-123313
3. Seror R, Theander E, Bootsma H, Bowman SJ, Tzioufas A, Gottenberg JE, et al. Outcome measures for primary Sjögren's syndrome: A comprehensive review. *J Autoimmun.* 2014 Jul;51:51–6. doi: 10.1016/j.jaut.2013.12.010
4. Fox RI. Sjögren's syndrome. *The Lancet.* 2005 Jul;366(9482):321–31. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66990-5
5. Patel R, Shahane A. *lin Epidemiol.* The epidemiology of Sjögren's syndrome. *Clin Epidemiol* 2014 Jul 30;6:247-55
6. Neville B, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016..
7. Błochowiak K, Olewicz-Gawlik A, Polańska A, Nowak-Gabryel M, Kocięcki J, Witmanowski H, et al. Oral mucosal manifestations in primary and secondary Sjögren syndrome and dry mouth syndrome. *Postepy Dermatol Alergol.* 2016 Feb; 33(1): 23–27. doi: 10.5114/pdia.2016.57764
8. Fox PC, Busch KA, Baum BJ. Subjective reports of xerostomia and objective measures of salivary gland performance. *J Am Dent Assoc.* 1987 Oct;115(4):581–4.
9. Dawes C. Physiological factors affecting salivary flow rate, oral sugar clearance, and the sensation of dry mouth in man. *J Dent Res.* 1987 Feb;66 Spec No:648–53. doi: 10.1177/00220345870660S107

10. Shiboski SC, Shiboski CH, Criswell L, Baer A, Challacombe S, Lanfranchi H et al. American College of Rheumatology classification criteria for Sjögren's syndrome: a data-driven, expert consensus approach in the Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance cohort. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012 apr;64(4):475–87
11. Rasmussen A, Ice JA, Li H, Grundahl K, Kelly JA, Radfar L, et al. Comparison of the American-European Consensus Group Sjögren's syndrome classification criteria to newly proposed American College of Rheumatology criteria in a large, carefully characterised sicca cohort. *Ann Rheum Dis.* 2014 jan;73(1):31–8. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-203845
12. Daniels TE, Cox D, Shiboski CH, Schiødt M, Wu A, Lanfranchi H, et al. Associations between salivary gland histopathologic diagnoses and phenotypic features of Sjögren's syndrome among 1,726 registry participants. *Arthritis Rheum.* 2011 Jul;63(7):2021-30. doi: 10.1002/art.30381.
13. Valim V, Trevisani VFM, Pasoto SG, Serrano EV, Ribeiro SLE, Fidelix TSA, et al. Recommendations for the treatment of Sjögren's syndrome. *Rev Bras Reumatol.* 2015 SepOct;55(5):446-57. doi: 10.1016/j.rbr.2015.07.004.
14. Both T, Dalm VASH, van Hagen PM, van Daele PLA. Reviewing primary Sjögren's syndrome: beyond the dryness: From pathophysiology to diagnosis and treatment. *Int J MedSci.* 2017;14(3):191-200. doi: 10.7150/ijms.17718.
15. Bowman SJ. Sjögren syndrome. *Medicine (Abingdon).* 2010 Feb; 38(2):105-8. doi:10.1016/j.mpmed.2009.10.011
16. Kassan SS, Moutsopoulos HM. Clinical manifestations and early diagnosis of Sjögren syndrome. *Arch Intern Med.* 2004 Jun;164(12):1275-84. doi: 10.1001/archinte.164.12.1275.
17. Valin V, Zandonade E, Pereira AM, Brito Filho OH, Serrano EV, Musso C, et al. Prevalência de Síndrome de Sjögren Primária em importante área metropolitana no Brasil. *Revista Brasileira de Reumatologia.* 2013;53(1):24-34

18. Shoenfeld Y, Blank M, Abu-Shakra M, Amital H, Barzilai O, Berkun Y, et al. The mosaico f autoimmunity: prediction, autoantibodies, and therapy in autoimmune diseases – 2008. *Isr Med Assoc J.* 2008 Jan;10(1):13-9
19. Delaleu N, Jonsson MV, Appel S, Jonsson R. New concepts in the pathogenesis of Sjögren's syndrome. *Rheum Dis Clin North Am.* 2008;34(4):833-45. doi: 10.1016/j.rdc.2008.08.004.
20. Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, Moutsopoulos HM, Alexander EL, Carsons SE, et al. Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann Rheum Dis.* 2002 Jun; 61(6):554-8
21. Shiboski CH, Shiboski SC, Seror R, Criswell LA, Labetoulle M, Lietman TM, et al. 2016 American College of Rheumatology/European League against rheumatism classification criteria for primary Sjögren's syndrome: a consensus and data-driven methodology involving three international patient cohorts. *Arthritis Rheumatol.* 2017 Jan;69(1):35-45. doi: 10.1002/art.39859
22. Lee J, Koh JH, Kim JW, Sung YK, Lee SS, Choe JY, et al. Performance of the 2016 ACR-EULAR classification criteria for primary Sjogren's syndrome in a Korea cohort. *Rheumatology International.* 2018 Jul; Published online; doi: 10.1007/s00296-018-4109-y
23. Tsuboi H, Hagiwara S, Asashima H, Takahashi H, Hirota T, Noma H, et al. Comparison of performance of the 2016 ACR-EULAR classification criteria for primary Sjögren's syndrome with other sets of criteria in Japanese patients. *Ann Rheum Dis.* 2017;0:1–6. doi:10.1136/annrheumdis-2016-210758
24. Voulgarelis M, Tzioufas AG, Moutsopoulos HM. Mortality in Sjögren's syndrome. *Clin Exp Rheumatol* 2008;26:(5 *SuClin Exp Rheumatol* 2008;26:(5 *Suppl* 51):S66-71.

ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E/OU EXECUÇÃO DE TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO NA UEA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Paciente: 

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento a esta Universidade para que por intermédio de seus Professores, Assistentes e Alunos devidamente autorizados, realizar o diagnóstico, planejamento e tratamento na minha pessoa, ou da minha responsabilidade, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo das especialidades.

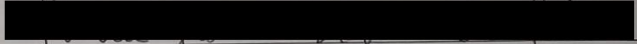
Tenho pleno conhecimento que esta Clínica e/ou Laboratório, aos quais me submeto para fins de diagnóstico e/ou tratamento, tem como principal objetivo a instrução e demonstração para estudante e profissionais de Odontologia. Concordo pois, com toda orientação seguida quer para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento.

Concordo plenamente também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, histórico de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, possam ser utilizadas para fins acadêmicos e/ou científicos, podendo ficar de posse da INSTITUIÇÃO.

Estou ciente e autorizo a utilização de fotografias, filmagens, modelos de gesso, exames laboratoriais, radiografias e toda e qualquer forma de material relacionado a minha pessoa e meu tratamento para fins didáticos: aulas, congressos, apresentações e publicações científicas de toda e qualquer natureza.

Comprometo-me a seguir todas as orientações necessárias ao pós-operatório, inclusive com relação aos medicamentos prescritos, a retornar periodicamente para manutenção e controle do tratamento conforme determinação da equipe, podendo ainda ser designado outro profissional apto para realizar acompanhamentos.

Todas estas normas estão de acordo com o código de ética profissional odontológico, segundo a resolução do C.F.O 042/03, resolução CNS/MS 196/96 e com a declaração de Helsinque II.

Manaus, 30 de outubro de 2017.
Assinatura do Paciente

Assinatura do Pai, tutor ou Responsável pelo Paciente

ANEXO B: Laudo histopatológico

UEAUNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
AMAZONAS

LABORATÓRIO DE PATOLOGIA BUCAL

AV. CARVALHO LEAL, 1777, CACHOEIRINHA
Cep: 69065-001 MANAUS-AM

LAUDO HISTOPATOLÓGICO

| | | | | |
|--------------|---------------------|--------------------|----------------------|----------------|
| 368/2017 | Entrada: 13/11/2017 | | Qualidade da Peça: | Tecido: Mole |
| Paciente: | [REDACTED] | | | |
| Gênero: | Feminino | Nascimento: | [REDACTED] | |
| Est. Civil: | [REDACTED] | Profissão: | [REDACTED] | Nacionalidade: |
| Fone: | [REDACTED] | Celular | [REDACTED] | [REDACTED] |
| Endereço: | [REDACTED] | | | |
| Procedência: | [REDACTED] | Clínico Remetente: | Dr. Antonio Jorge II | |
| Cidade: | MANAUS | UF: | AM | CEP: |
| | | | | Fone |

RESUMO CLÍNICO: Paciente apresenta xerofalμία e xerostímia, há aproximadamente sete meses, sem doenças incisional, de cinco glândulas salivares menores, localizadas em lábio inferior. **HD: Síndrome de Sjogren Primária.**

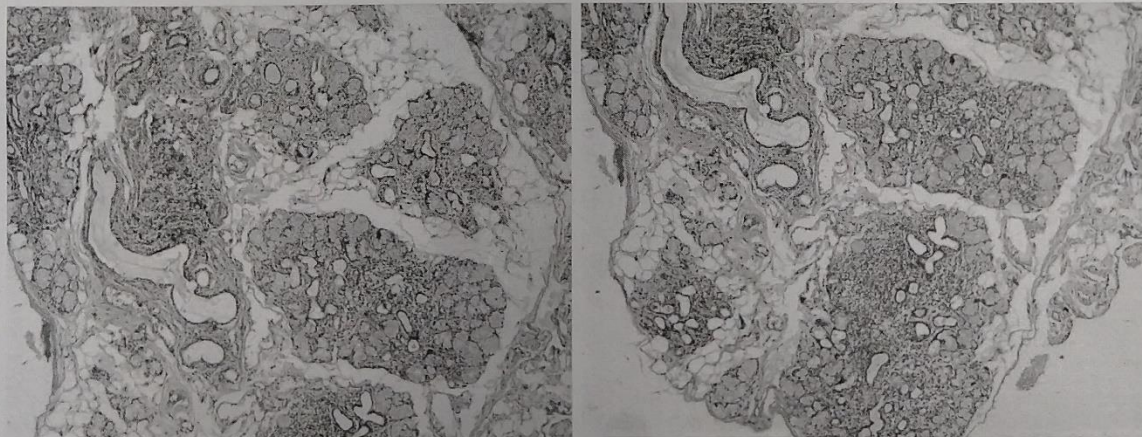
MACROSCOPIA: Cinco fragmentos de tecido mole, de consistência mole, de forma e superfície irregular medindo 1,0 X 0,4 X 0,2 cm.

MICROSCOPIA: Os cortes microscópicos revelam vários fragmentos de glândulas salivares mucosas menores apresentando atrofia acinar, ectasia ductal substituição por tecido adiposo, além de intenso infiltrado inflamatório linfocitário peri-acinar e periductal formando mais de 2 focos com mais de 50 linfócitos cada. Na periferia superficial observa-se mucosa bucal revestida por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado.

DIAGNÓSTICO: C/C SIALOADENITE ESCLESOSANTE CRÔNICA

OBSERVAÇÃO: O quadro microscópico observado é compatível ao presente na síndrome de Sjögren. A conclusão diagnóstica depende da interrelação dos achados clínicos, microscópicos e laboratoriais.

Manaus - AM, 29 de novembro de 2017;



| | | |
|--|---|--------------------------|
| | TIAGO NOVAES PINHEIRO | |
| | Patologista Bucal CRO - AM: 3600 CFO: 1760/2008 | Fotomicrografia da Lesão |

ANEXO C: Diretrizes para autores – Revista Gaúcha de Odontologia

Escopo e política

A **RGO – Revista Gaúcha de Odontologia** é um periódico de periodicidade trimestral que tem por objetivo disseminar e promover o intercâmbio de informações de várias áreas da pesquisa odontológica, proporcionado à comunidade científica nacional e internacional, um canal formal de comunicação, contribuindo desta forma para o avanço do conhecimento.

Não há taxa para submissão e avaliação de artigos.

Submissão

Todos os artigos devem ser submetidos de forma eletrônica pela página <<http://mc04.manuscriptcentral.com/rgo-scielo>>.

Qualquer outra forma de envio não será apreciada pelos editores. No momento da submissão deve ser anexado:

- (1) O artigo (arquivo completo em formato Word, incluindo folha de rosto, resumo, abstract, texto, referências e ilustrações);
- (2) As ilustrações (em arquivo editável, nos formatos aceitos pela revista);
- (3) Documentação exigida pela revista (devidamente assinada por todos os autores).

Os manuscritos podem ser rejeitados sem comentários detalhados após análise inicial, pelos editores da **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, se os artigos forem considerados inadequados ao escopo da revista ou de prioridade científica insuficiente para publicação na Revista.

Política de acesso público

A Revista proporciona acesso público – Open Access – a todo seu conteúdo e são protegidos pela *Licença Creative Commons* (CC-BY).

Conflito de interesse

Autores: Os autores devem declarar, de forma explícita, individualmente, qualquer

potencial conflito de interesse financeiro, direto e/ou indireto, e não financeiro etc., bem como qualquer conflito de interesse com revisores *ad hoc*.

Revisores *ad hoc*: No caso da identificação de conflito de interesse da parte dos revisores, o Comitê Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor *ad hoc*.

Os autores devem indicar **três** possíveis revisores para o manuscrito com os respectivos e-mails e as instituições as quais estão vinculados. Opcionalmente, podem indicar três revisores para os quais não gostaria que seu trabalho fosse enviado.

Pesquisa envolvendo seres vivos: Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos e animais devem ser acompanhados de cópia de aprovação do parecer de um Comitê de Ética em pesquisa.

Registros de Ensaio Clínicos: Artigos com resultados de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Plágio: A revista verificará os artigos submetidos, por meio de uma ferramenta de detecção de plágio, após o processo de revisão por pares.

Redes Sociais: A RGO, Revista Gaúcha de Odontologia visando maior disseminação do seu conteúdo, solicita aos autores que, após a publicação no site da SciELO, divulgem seus artigos nas redes sociais abaixo, entre outras:

Academia.edu – <https://www.academia.edu/>

Mendeley – <https://www.mendeley.com/>

ResearchGate – <http://www.researchgate.net/>

Google Acadêmico – <https://scholar.google.com.br/schhp?hl=pt-BR>

Processo de Avaliação

Os originais que deixarem de cumprir qualquer uma das normas aqui publicadas relativas à forma de apresentação, serão sumariamente devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e à conveniência de sua publicação.

Todos os manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as Instruções aos Autores. Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas, inclusão de carta ou de outros documentos eventualmente necessários.

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a área de Odontologia.

Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados aos revisores *ad hoc* previamente selecionados pelos Editores. Cada manuscrito será enviado para três relatores de reconhecida competência na temática abordada. Em caso de desacordo, o original será enviado para uma quarta avaliação. Os trabalhos que, a critério do Conselho Editorial ou de Assessores *ad hoc*, não forem considerados convenientes para publicação na **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia** serão devolvidos aos autores em caráter definitivo.

O processo de avaliação por pares é o sistema de blind review, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. O nome dos autores é, propositalmente, omitido para que a análise do trabalho não sofra qualquer influência e, da mesma forma, os autores, embora informados sobre o método em vigor, não fiquem cientes sobre quem são os responsáveis pelo exame de sua obra. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos revisores, o Conselho Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor *ad hoc*. Os pareceres dos consultores comportam três possibilidades: a) aprovação; b) recomendação de nova análise; c) recusa. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores, aos quais é reservado o direito de efetuar os ajustes que julgarem necessários. Na detecção de problemas de redação, o manuscrito será devolvido aos autores para que sejam realizadas as devidas alterações. O trabalho reformulado deve retornar no prazo máximo determinado.

Manuscritos aceitos: manuscritos aceitos poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações, no processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da Revista.

Provas

Serão enviadas provas em PDF aos autores para a correção da arte-final do artigo. As provas devem retornar à Revista na data estipulada (48 horas). Outras mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

São permitidas apenas correções de grafia, troca de uma palavra ou outra e dados numéricos nas tabelas e gráficos. Não será aceita inclusão e/ou exclusão de frases, parágrafos, imagens e referências.

Formas e preparação de manuscritos

Categoria dos artigos

A Revista aceita artigos inéditos em inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em português, nas categorias listadas abaixo. Para assegurar a qualidade e uniformidade dos textos traduzidos para a Língua Inglesa, esse trabalho deverá ser realizado, necessariamente, por um tradutor altamente capacitado e com experiência comprovada na versão de textos científicos, indicados e credenciados junto à Revista.

a) Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de natureza empírica, experimental ou conceitual de pesquisas inéditas tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa;

b) Revisão (a convite): síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa. Serão publicados até dois trabalhos por fascículo;

c) Revisão Sistemática e Meta-Análise

Ao sintetizar os resultados de estudos primários, sejam eles qualitativos e/ou quantitativos, esse tipo de manuscrito deve responder a uma questão específica, ser limitado a 30.000 caracteres, incluindo espaços, e seguir a sequência do PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 2009; & nbsp;6: e1000097. doi:10.1136/bmj.b2535.). O manuscrito deve informar detalhadamente como se deu o processo de busca e recuperação dos estudos originais, o critério de seleção dos estudos incluídos na revisão e fornecer um resumo dos resultados obtidos nos estudos revisados (com ou sem uma abordagem de meta-análise). Não há limite para a quantidade de referências e figuras. Tabelas e figuras, caso sejam incluídas, devem apresentar as características dos estudos revisados, as intervenções que foram comparadas e respectivos resultados, além dos estudos excluídos da revisão. Demais tabelas e figuras pertinentes à revisão devem ser apresentadas como descrito anteriormente. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

d) Comunicação: relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, subsidiando o trabalho de profissionais que atuam na área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema;

e) Caso Clínico: são artigos que representam dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplos. Apresenta as características do indivíduo humano ou animal estudado, com indicação de suas características, tais como, gênero, nível socioeconômico, idade entre outras.

A RGO, Revista Gaúcha de Odontologia não avalia trabalhos que já foram apresentados em eventos (nacionais e internacionais) e/ou traduzidos em outros idiomas, a fim de preservar o caráter inédito da obra.

Apresentação do manuscrito

O texto deverá ser digitado em fonte Arial tamanho 12, com espaço entrelinhas 1,5 cm. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm).

Os artigos devem ter, no máximo, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de *Digital Object Identifier* (DOI), este deve ser informado.

Os elementos constituintes do texto devem ser dispostos segundo a sequência apresentada abaixo:

Página de rosto

a) Especialidade ou área da pesquisa: uma única palavra que permita ao leitor identificar de imediato a especialidade ou área à que pertence a pesquisa.

b) título completo em português e inglês ou espanhol, devendo ser conciso, evitando excesso das palavras, como “avaliação do...”, “considerações a cerca de...”, “estudo exploratório”, sem abreviaturas e siglas ou localização geográfica;

c) Sugestão obrigatória de título abreviado para cabeçalho, não excedendo 50 caracteres, em português e inglês;

d) nome de todos os autores por extenso. Não abreviar o prenome. A RGO - Revista Gaúcha de Odontologia considera aceitável o limite máximo de 6 autores por artigo. Entretanto, poderá admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados, em folha separada, de justificativa convincente para a participação de cada um dos autores.

e) Informar a afiliação institucional atual em 3 níveis, sem abreviaturas ou siglas, além da cidade, estado e país de todos os autores e com endereços completos. NÃO INCLUIR titulação (DDS, MSc, PhD etc) e/ou cargos dos autores (Professor, Aluno de Pós-Graduação, etc).

f) Indicação do endereço completo da instituição à qual o autor de correspondência está vinculado. Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

g) informar e-mail de todos os autores

h) Informar explicitamente, a contribuição de cada um dos autores no artigo. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos. Redigir a contribuição no idioma que o artigo será publicado.

i) Informar o número de Registro ORCID® (Open Researcher and Contributor ID). Caso não possua, fazer o cadastro através do link: <<https://orcid.org/register>>. O registro é gratuito.

Resumo

Todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras.

Não deve conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Bireme.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo. Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações.

Introdução

Deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos

Devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações, incluindo os procedimentos adotados, universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nomes genéricos, doses e vias de administração. Os termos científicos

devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes símbolos abreviados. Incluem-se nessa classificação: nomes de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica. Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do parecer de aprovação.

Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados

Devem ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Não repetir no texto todos os dados já apresentados em ilustrações e tabelas. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

Ilustrações

São consideradas ilustrações todo e qualquer tipo de tabelas, figuras, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, mapas, organogramas, diagramas, plantas, quadros, retratos, etc., que servem para ilustrar os dados da pesquisa. É imprescindível a informação do local e ano do estudo para artigos empíricos. Não é permitido que figuras representem os mesmos dados de tabelas ou de dados já descritos no texto.

A quantidade total de ilustrações aceitas por artigo é de 6 (seis), incluindo todas as tipologias citadas acima.

As ilustrações devem ser inseridas após o item Referências e também enviadas separadamente em seu programa original, através da plataforma, no momento da submissão.

As ilustrações devem ser editáveis, sendo aceitos os seguintes programas de edição: Excel, GraphPrism, SPSS 22, Corel Draw Suite X7 e Word. Caso opte pelo uso de outro programa, deverá ser usada a fonte padrão Frutiger, fonte tamanho 7, adotada pela revista na edição.

As imagens devem possuir resolução igual ou superior a 600 dpi.

Gráficos e desenhos deverão ser gerados em programas de desenho vetorial (Microsoft Excel, CorelDraw, Adobe Illustrator etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis.

Não são aceitos gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D).

O autor se responsabiliza pela qualidade das ilustrações, que deverão permitir redução de tamanho sem perda de definição, respeitando-se as seguintes medidas:

Formato retrato: uma coluna (7,5cm); duas colunas (15cm). Formato paisagem: uma coluna (22 x 7,5cm); duas colunas (22 x 15cm).

A cada ilustração deverá ser atribuído um título breve e conciso, sendo numeradas consecutiva e independentemente, com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas.

Para Gráficos, deverá ser informado título de todos os eixos.

Todas as colunas de Tabelas e Quadros deverão ter cabeçalhos.

As palavras Figura, Tabela e Anexo, que aparecerem no texto, deverão ser escritas com a primeira letra maiúscula e acompanhadas do número a que se referirem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

Inclua sempre que necessário notas explicativas. Caso haja alguma sigla ou destaque específico (como o uso de negrito, asterisco, entre outros), este deve ter seu significado informado na nota de rodapé da ilustração.

Caso haja utilização de ilustrações publicadas em outras fontes bibliográficas, é obrigatório anexar documento que ateste a permissão para seu uso, e ser citada a devida fonte.

O uso de imagens coloridas é recomendável e não possui custos de publicação para o autor.

Discussão

Deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

Conclusão

Apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, conforme no estilo Vancouver. Nas referências com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguido da expressão latina et al.

Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências.

Citar no mínimo 80% das referências dos últimos 5 anos e oriundas de revistas indexadas, 20% dos últimos 2 anos.

Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, dissertações, teses e de textos não publicados (aulas, entre outros). Livros devem ser mantidos ao mínimo indispensável uma vez que refletem opinião dos respectivos autores e/ou editores. Somente serão aceitas referências de livros mais recentes. Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo no prelo), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Quando o documento citado possuir o número do DOI (Digital Object Identifier), este deverá ser informado, dispensando a data de acesso do conteúdo (vide exemplos de material eletrônico). Deverá ser utilizado o prefixo [https://doi.org/...](https://doi.org/)

Citações bibliográficas no texto: Citações bibliográficas no texto: deverão ser expostas em ordem numérica, em algarismos arábicos, dentro de colchetes (exemplo: [1], [2], [3]), após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Exemplos

Publicaciones Periódicas

Ledonio CG, Burton DC, Crawford CH 3rd, Bess RS, Buchowski JM, Hu SS, et al. Current evidence regarding diagnostic imaging methods for pediatric lumbar spondylolysis: a report from the scoliosis Research Society Evidence-Based Medicine Committee. *Spine Deform.* 2017 Mar;5(2):97-101. doi: 10.1016/j.jspd.2016.10.006

Scott RA. Capital allowances for dentists. *Br Dent J.* 2012;212(5):254. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.218

Livro

Sapp P, Eversole LR, Wysocki GP. *Patologia bucomaxilofacial contemporânea.* 2ª ed. São Paulo: Santos; 2012.

Capítulos de livros

Corrêa FNP, Alvarez JÁ, Bönecker MJS, Corrêa MSNP, Pinto ACG. Impacto psicossocial e funcional da reabilitação bucal. In: Bönecker MJS, Pinto ACG (Org.). *Estética em odontopediatria: considerações clínicas.* São Paulo: Editora Santos; 2011. p. 29-34.

Texto em formato eletrônico

World Health Organization. *Malaria elimination: a field manual for low and moderate endemic countries.* Geneva, 2007. [cited 2007 Dec 21]. Available from: .

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2051/GM, de 08 novembro de 2001. Novos critérios da norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras. *Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF);* 2001 nov 9; Seção 1:44.

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver)

Envio de manuscritos

Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <<https://mc04.manuscriptcentral.com/rqo-scielo>>.

Documentos

No momento da submissão, a obrigatoriedade dos autores encaminharem juntamente com o artigo, a seguinte documentação anexa:

- 1) Carta de apresentação de artigo para submissão ([link](#))
- 2) Declaração de Registro de Ensaio Clínico, validado pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), e inclusão do nº do registro no final do resumo (nos casos onde se aplica).

- 3) Cópia de aprovação do Parecer do Comitê de ética em Pesquisa (se aplicável)
- 4) Declaração de Certificado de tradução.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar os documentos. Na plataforma *ScholarOne*, eles devem ser inseridos na Etapa 6 da submissão. Não serão aceitas fotos de assinaturas. São permitidos somente assinaturas escaneadas ou eletrônicas, a fim de evitar qualquer tipo de fraude. É preferível que a documentação seja enviada digitalizada e em formato PDF.