



FACULDADE EVANGÉLICA DE GOIANÉSIA  
CURSO DE ODONTOLOGIA

**CIRURGIA ORTOGNÁTICA PARA CORREÇÃO DE DEFORMIDADE  
CLASSE II E EXCESSO VERTICAL DE MAXILA: RELATO DE CASO**

GABRIELLY LORRAINY DE LIMA ANDRADE  
GUSTAVO ROBERTH GOMES COUTO  
RAFAEL MIRANDA ARAÚJO  
RENATA TAVARES GONÇALVES

GOIANÉSIA-GO  
2022

GABRIELLY LORRAINY DE LIMA ANDRADE  
GUSTAVO ROBERTH GOMES COUTO  
RAFAEL MIRANDA ARAÚJO  
RENATA TAVARES GONÇALVES

**CIRURGIA ORTOGNÁTICA PARA CORREÇÃO DE DEFORMIDADE  
CLASSE II E EXCESSO VERTICAL DE MAXILA: RELATO DE CASO**

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

2022

## SUMÁRIO

1. ARTIGO CIENTÍFICO	4
2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO	11
3. CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO EM CONGRESSO E RESUMO PUBLICADO EM ANAIS	18
4. COMPROVANTE DE ACEITE DO ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA	19
5. ANEXOS	20

# 1. ARTIGO CIENTÍFICO

## CIRURGIA ORTOGNÁTICA PARA CORREÇÃO DE DEFORMIDADE CLASSE II E EXCESSO VERTICAL DE MAXILA: RELATO DE CASO

### ORTHOGNATHIC SURGERY TO CORRECT CLASS II DEFORMITY AND VERTICAL MAXILLARY EXCESS: CASE REPORT

UANDER DE CASTRO OLIVEIRA<sup>1</sup>, GABRIELLY LORRAINY DE LIMA ANDRADE<sup>2</sup>, GUSTAVO ROBERTH GOMES COUTO<sup>2</sup>, RAFAEL MIRANDA ARAÚJO<sup>2</sup>, RENATA TAVARES GONÇALVES<sup>2</sup>, VINÍCIUS MARQUES DE OLIVEIRA<sup>3</sup>, ITALO CORDEIRO DE TOLEDO<sup>4</sup>

1. Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Professor Especialista Uander de Castro Oliveira, das Disciplinas de Cirurgia e Clínica Integrada do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia; 2. Acadêmico do curso de graduação do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia; 3. Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial; 4. Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial, Mestre em Odontologia pela Universidade Federal de Goiás.

\*Hospital Ortopédico de Ceres, Goiás, Brasil CEP: 76300-000. [uanderoliveira2011@gmail.com](mailto:uanderoliveira2011@gmail.com)

Recebido em 20/08/2022. Aceito para publicação em 09/10/2022

#### RESUMO

A malocclusão se tornou comum no dia a dia profissional, estando presente em pelo menos 20% da população. Quando não diagnosticada e tratada na infância pela ortopedia resulta em características faciais padrão nos pacientes portadores, como a retrusão de queixo e excesso vertical. Decorrente de estudos e atualizações realizados ao longo dos anos, tornou-se possível a correção dessas deformidades consequentes do mal posicionamento esquelético, através da cirurgia ortognática e seu leque de técnicas existentes. As osteotomias, quando bem idealizadas pelo bucomaxilofacial, lançando mão de todos os recursos possíveis, como modelos de estudo, planejamentos virtuais, traçados cefalométricos e imagens radiográficas, possuem altos percentuais de sucesso e admiração do paciente, o qual terá além de uma melhora na funcionalidade do seu aparelho estomatognático, aumento na qualidade de vida e estética facial renovada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ortognática; Osteotomia; Bucomaxilofacial.

#### ABSTRACT

Malocclusion has become common in professional daily life, being present in at least 20% of the population. When not diagnosed and treated in childhood by orthopedics, it results in standard facial features in patients with it, such as chin retrusion and vertical excess. As a result of studies and updates carried out over the years, it has become possible to correct these deformities resulting from skeletal malposition, through orthognathic surgery and its range of existing techniques. Osteotomies, when well-conceived by the oral and maxillofacial, making use of all possible resources, such as study models, virtual plans, cephalometric tracings and radiographic images, have high percentages of success and admiration of the patient, who will have, in addition to an improvement in functionality of your stomatognathic apparatus, increase in quality of life and

renewed facial aesthetics.

**KEYWORDS:** Orthognathic; Osteotomy; Oral and maxillofacial.

#### 1. INTRODUÇÃO

A cirurgia ortognática teve seu início em 1849 e obteve popularidade através do cirurgião-dentista Edward Angle e do médico Vilray Papin Blair que em 1889, realizaram e documentaram a primeira “resseção dupla da mandíbula”<sup>1</sup>.

Edward Angle foi o precursor do sistema de identificação da má oclusão, teve como base o primeiro molar e sua interação com os antagonistas. Dentre os tipos de má oclusão listados por Angle existem a Classe I: onde os dentes são bem posicionados, a cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior oclui no sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior, porém possui fatores que a classifique sendo uma má oclusão como por exemplo mal posicionamento dentário, diastema entre outros<sup>1</sup>.

Classe II: primeiro molar superior bem posicionado porém o inferior se encontra anteriormente causando uma oclusão precária e mesializada da cúspide mesiovestibular no sulco mesiovestibular, e deixando os dentes fora da sua posição habitual. Estando associada com outros problemas funcionais como mordida aberta, aumento de overjet e interfere consideravelmente na autoestima e bem-estar do paciente e deve ter seus fatores etiológicos identificados para realização de tratamento preventivo em casos específicos.

Classe III: a cúspide mesiovestibular do primeiro

molar superior oclui distalmente ao sulco mesiovestibular inferior, também realizando uma oclusão ineficaz<sup>1</sup>.

Algum tempo mais tarde, Hugo Lorenz Obwegeser, conhecido como o pai da moderna cirurgia ortognática, realizou grandes feitos, incluindo o desenvolvimento da osteotomia do tipo Le Fort I no ano de 1965. A partir daí a abordagem conceituada como ortognática vem transmutando como correções de problemas esqueléticos estruturais acometidas na maxila e mandíbula, restaurando a funcionalidade da mastigação, fonética, respiração e também trazendo a harmonia do aparelho estomatognático<sup>2</sup>.

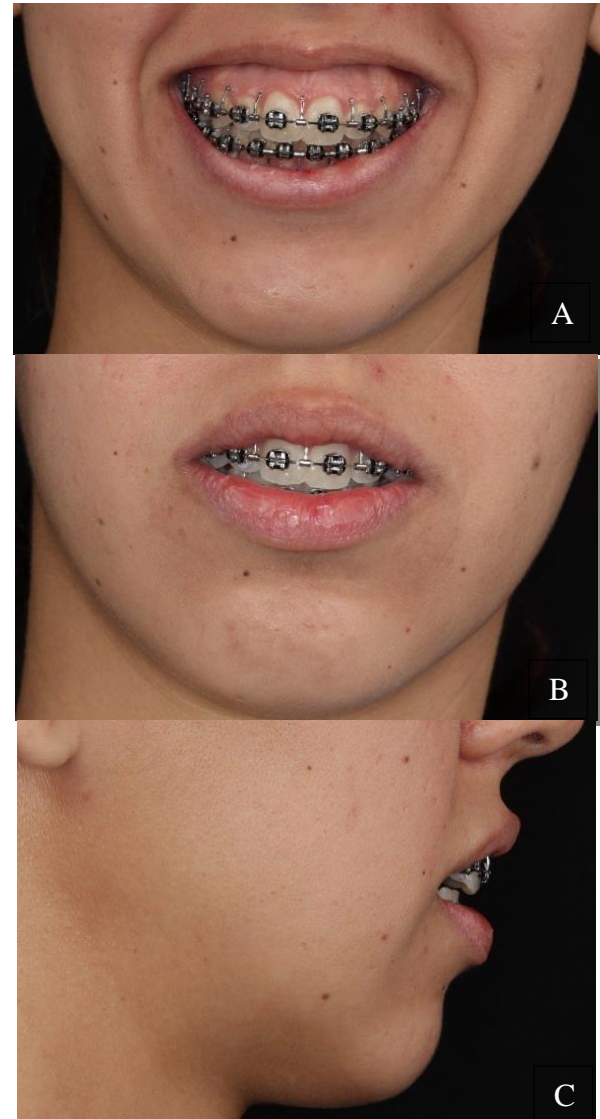
No entanto, a cirurgia ortognática isolada não consegue obter o sucesso desejado, sendo necessário que a mesma esteja aliada ao tratamento ortodôntico para correções de deformidades dentofaciais mais satisfatórias. Atuando antes da cirurgia, a ortodontia permite o estabelecimento de harmonia ideal entre os dentes para o processo cirúrgico e o refinamento da oclusão após o encaixe dos maxilares. Logo, se torna de extrema importância ser elaborado um planejamento que case as duas especialidades e que ele seja exposto ao paciente acompanhado de explicações e possibilidades durante o tratamento, demonstrando a importância de descompensar as posições dentárias inadequadas, eliminar rotações e permitir um posicionamento correto dentro da base óssea<sup>3</sup>. Para isso é evidente que, o cirurgião bucomaxilofacial tenha conhecimento técnico e científico, para embasar suas respostas e mostrar ao paciente os benefícios da cirurgia e o impacto dela na sua vida pessoal, uma vez que, a mesma vai implicar em alterações além de funcionais, também estéticas. Essa comunicação mútua com o paciente, mantendo uma satisfatória relação profissional-paciente, visando obter as opiniões individuais, e expor possíveis planos de conduta a serem empregadas no caso, tanto em momentos do planejamento, quanto nos resultados pós cirúrgicos, levam ao êxito no tratamento e minimizam utopias negativas junto ao descontentamento<sup>4</sup>.

Logo, para a realização da cirurgia se torna indispensável uma avaliação completa do quadro do paciente, anamnese muito bem-feita, exame clínico satisfatório, exames complementares. Sendo o último citado de grande utilidade, pois, para eleger esse tipo de tratamento precisa-se ter certeza de que o paciente não está em fase de crescimento ou desenvolvimento, e para chegar a esse diagnóstico utiliza-se a radiografia carpal, onde é possível visualizar a maturidade óssea de tal. Após colher todos os dados, estudo do caso, diagnóstico correto e planejamento virtual, o cirurgião bucomaxilofacial pode indicar e realizar o procedimento com segurança<sup>5</sup>.

## 2. CASO CLÍNICO

Paciente gênero feminino, 28 anos, leucoderma, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial no consultório odontológico na cidade de Goianésia-GO, queixando-se de estética facial pela exposição excessiva dos dentes superiores,

sorriso gengival e dificuldade no selamento labial. Ao exame clínico de análise facial foram observadas as seguintes características: excesso vertical de maxila com exposição dos incisivos centrais superiores em repouso de 9 mm, incompetência labial, deficiência anteroposterior de mandíbula, mento retruído e perfil facial convexo de classe II (Figura 1). A articulação temporomandibular encontrava-se em padrão de normalidade, sem a presença de crepitação, estalido ou quadro de dor.



**Figura 1.** Quadro inicial: aspecto clínico extraoral: (A) Foto frontal com sorriso. (B) Foto frontal em repouso. (C) Foto lateral em repouso. Fonte: Os autores, 2021.

Após anamnese criteriosa, sendo realizada através de questionamentos pelo qual tinha o obtido de reconhecer as verdadeiras necessidades, medos e ansiedades, do paciente, como o registro da queixa principal (relato pelo qual descreve o motivo de procurar o atendimento especializado), a história da doença atual (responsável por dizer a história por trás da queixa principal, porém mais detalhada), história médica e odontológica (reproduz os procedimentos realizados no paciente), história familiar (narra as possíveis doenças hereditária), a história social (relevante para registrar os possíveis vícios que o

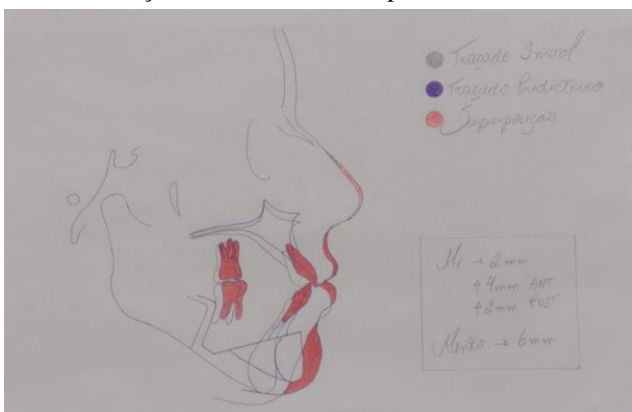
paciente tenha, além da inquirição sobre as condições de saneamento básico de sua residência). Foram realizados também para compor o corpo do prontuário o exame clínico, análise facial e confecção dos modelos de gesso (modelos de estudo) foram obtidos exames de imagem como radiografias cefalométrica de perfil e panorâmica para correto planejamento ortocirúrgico (Figura 2). Após o diagnóstico de retrusão mandibular e excesso vertical de maxila, a paciente foi encaminhada ao ortodontista para instalação de aparelho fixo com o objetivo de alinhamento, nivelamento dos elementos dentários e



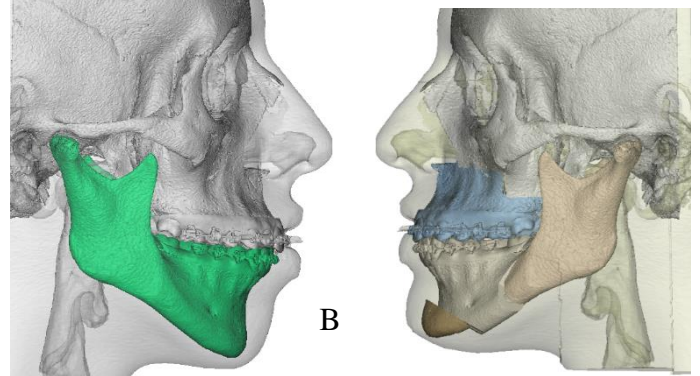
reposicionamento nas respectivas bases ósseas, para



posterior planejamento cirúrgico de impacção de maxila, avanço mandibular e mentoplastia.



**Figura 2.** (A) Radiografia panorâmica, para o planejamento ortocirúrgico. Fonte: Os autores, 2021.

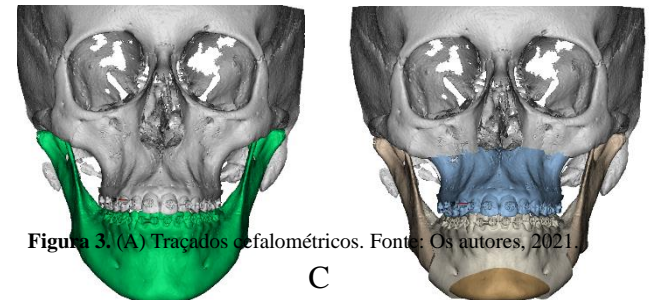


**Figura 2.** (B) Radiografia cefalométrica de perfil, para planejamento ortocirúrgico. Fonte: Os autores, 2021.

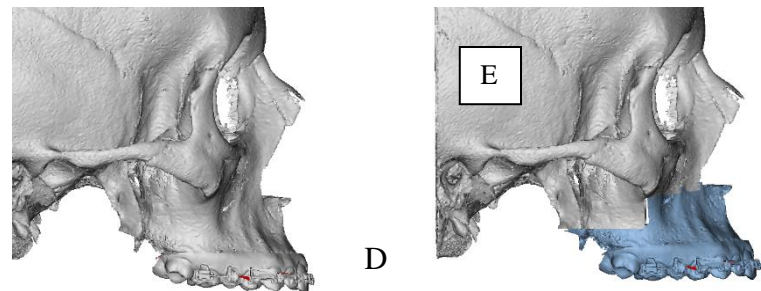
**Figura 3.** (B) Planejamento virtual e guias cirúrgicos lateral esquerda e direita. Fonte: Os autores, 2021.



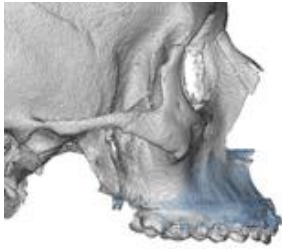
**Figura 3.** (C) planejamento virtual e guias cirúrgicos frontal. Fonte: Os autores, 2021.



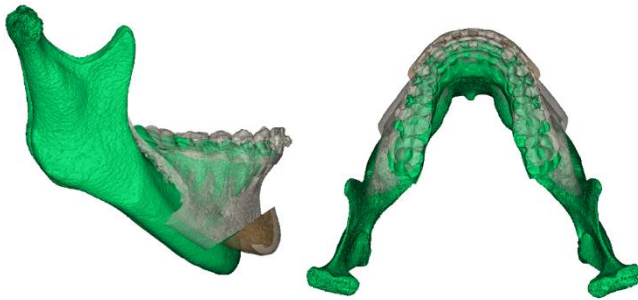
**Figura 3.** (D) planejamento virtual e guias cirúrgicos conferindo precisão aos movimentos que serão realizados durante a cirurgia, da lateral direita. Fonte: Os autores, 2021.



**Figura 3.** (E) planejamento virtual e guias cirúrgicos conferindo precisão aos movimentos que serão realizados durante a cirurgia, da lateral esquerda. Fonte: Os autores, 2021.



**Figura 3.** (E) planejamento virtual e guias cirúrgicos conferindo precisão aos movimentos que serão realizados durante a cirurgia, da lateral da maxila do lado direito. Fonte: Os autores, 2021.



E

J

**Figura 3.** (J) planejamento virtual e guias cirúrgicos, da lateral da mandíbula direita, esquerda e visão frontal. Fonte: Os autores, 2021.

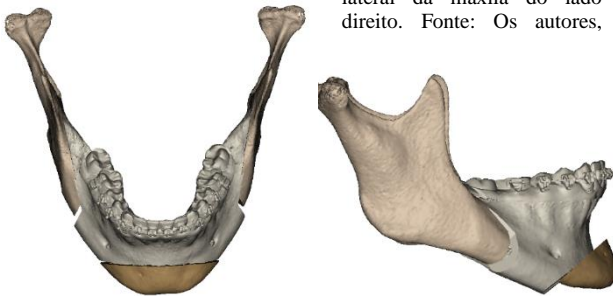
Após o correto tratamento ortodôntico, deu-se início ao planejamento cirúrgico através de traçados cefalométricos, planejamento virtual e guias cirúrgicos conferindo precisão aos movimentos que serão realizados durante a cirurgia.

No preparo da paciente (Figura 3) para a cirurgia, foram solicitados exames laboratoriais, eletrocardiograma (ECG), risco cirúrgico e radiografia pósterior anterior (PA) e perfil de tórax, assim a paciente se encontrava apta a ser submetida ao procedimento.

O procedimento se iniciou com indução anestésica e intubação nasotraqueal, posteriormente foram realizadas a osteotomia de Le Fort I a fim de permitir a impacção de 4 mm na região anterior, 2 mm na posterior e avanço de 2 mm na maxila (Figura 4).

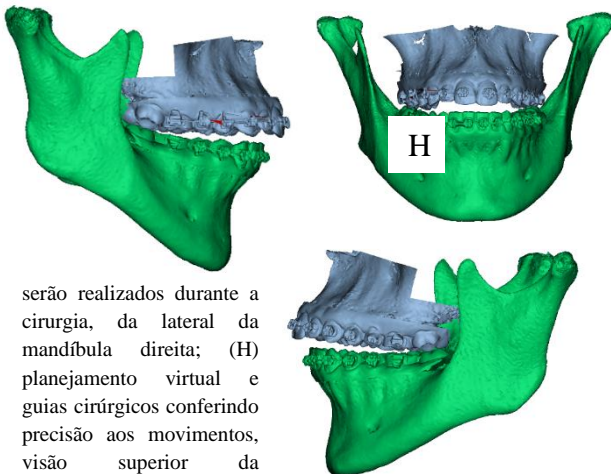
F

**Figura 3.** (F) Planejamento virtual e guias cirúrgicos conferindo precisão aos movimentos que serão realizados durante a cirurgia, da lateral da maxila do lado direito. Fonte: Os autores, 2021.

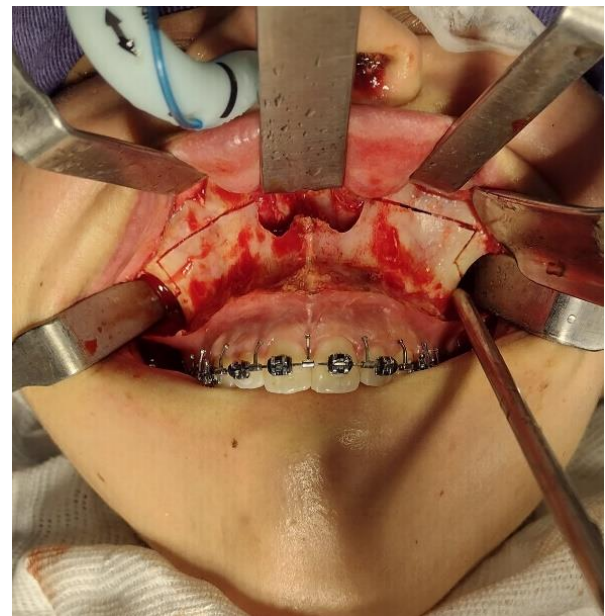


2021.

**Figura 3.** (G) planejamento virtual e guias cirúrgicos conferindo precisão aos movimentos que



serão realizados durante a cirurgia, da lateral da mandíbula direita; (H) planejamento virtual e guias cirúrgicos conferindo precisão aos movimentos, visão superior da mandíbula. Fonte: Os autores, 2021.



**Figura 4.** Osteotomia Le Fort I. Fonte: Os autores, 2021.

Na mandíbula, foi realizado a osteotomia sagital bilateral para avançar o suficiente para uma correta e estável oclusão e mentoplastia de avanço de 6 mm. As osteotomias foram fixadas com miniplacas e parafusos, para a síntese dos acessos cirúrgicos foi utilizado o fio de vicryl 4.0, não houve nenhuma intercorrência durante o procedimento cirúrgico e o resultado já pode

ser visto no pós-operatório imediato. (Figura 5).



**Figura 5.** Radiografia panorâmica 7 meses pós cirurgia. Fonte: Os autores, 2021.

A finalização do tratamento ortodôntico ocorreu em 7 meses pós cirurgia, uma radiografia panorâmica foi realizada conferindo excelente cicatrização óssea e uma correta posição do sistema de placas e parafusos (Figura 6). Atualmente a paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório de 08 meses, com oclusão estável, selamento labial passivo e estética facial muito satisfatória.



**Figura 6.** Fotografia de 8 meses pós-operatório. Fonte: Os autores, 2021.

### 3. DISCUSSÃO

A cirurgia ortognática de acordo com os pensamentos de Vasconcelos et al, deve ser indicada em casos de alterações severas esqueléticas incapazes de serem corrigidas com tratamento ortodôntico<sup>6</sup>. Porém, a intervenção ortodôntica não é dispensada visto que é utilizado na maioria dos tratamentos em uma forma pré-cirúrgica.

O tratamento ortodôntico reposiciona os dentes mantendo os mais estáveis e alinhados, porém não resolve todo o problema visto que as correções ósseas são feitas pela cirurgia ortognática, logo, nesse período não deve haver tentativa de corrigir a oclusão, pois na próxima fase será recomendada a cirurgia ortognática com correção e reposicionamento dos ossos. Na paciente relatada foi realizada essa técnica de ortodontia pré-cirúrgica a fim de conseguir tais objetivos descritos<sup>6</sup>.

Levando em consideração que aproximadamente 20% da população apresenta deformidades dentofaciais. A

correção da má oclusão classe II, tem um elevado poder na vida social do indivíduo, por promover um ajustamento psicológico, atratividade e auto aceitação logo após a reversão da desarmonia. Porém os benefícios vão além de harmonia facial, algumas vezes ela é responsável também por propiciar uma melhora na saúde do paciente. Em razão disso, é indubitável que para se realizar uma cirurgia de sucesso é necessário não só um projeto detalhado e arquitetado, mas também lançar mão de recursos tecnológicos de ponta, como os de imagem do planejamento virtual. Atualmente o planejamento é muito mais fácil e didático pois possuem softwares que planejam virtualmente e conseguem gerar a imagem do resultado da cirurgia, tal fato contribui significativamente para a aceitação do paciente em relação ao tratamento. Mas ainda sim, é requerido que haja interação de todas as especialidades envolvidas no caso<sup>7</sup>.

Quando o resultado é exposto o paciente possui maior vontade e disponibilidade para realizar a cirurgia, segundo Ana Maria Freitas Cavalcanti esse modelo de planejamento permite a visualização da relação entre os arcos dentários superior e inferior, além das estruturas ósseas de suporte, em um modelo virtual. A principal vantagem desse modelo é que : (1) esse método de diagnóstico permite identificar e avaliar a escala dentária, as deformidades dos ossos e outras assimetrias faciais que não seriam identificadas pelo exame físico, análise cefalométrica lateral 2D e nem com os modelos montados em um articulador semi-ajustável (2) o planejamento virtual em 3D dá ao cirurgião a liberdade para simular diferentes procedimentos cirúrgicos, visando alcançar o resultado mais satisfatório possível para o paciente (3) o planejamento virtual em 3D favorece a avaliação e correção da relação central na articulação temporomandibular<sup>7</sup>.

Em uma pesquisa realizada por Pithon MM, et la, a qualidade de vida de pacientes tratados com cirurgia ortognática aumentou, concluindo que, quando a oclusão melhorou, houve melhora também nos aspectos relacionados à saúde bucal em geral, como mastigação, fala, respiração e mordida<sup>8</sup>.

Determina-se como má oclusão classe II, casos onde o paciente possui discrepância dentária sendo perceptível visualmente pois a maxila se encontra protrusa a mandíbula dando assim a impressão de “queixo pequeno”, como foi o caso da paciente relatada nesse estudo. Isso ocorre quando há deficiência no desenvolvimento dos ossos ocasionando retrognatismo mandibular, prognatismo maxilar ou ambos<sup>9</sup>. Segundo, BASS, N, essas situações podem se relacionar a alterações esqueléticas: quando as anormalidades estão relacionadas a interação entre a mandíbula e a maxila; dentárias: quando a oclusão não é ideal; ou dentoesqueléticas: quando há combinação dos dois fatores<sup>10</sup>.

As técnicas que são capazes de proporcionar menores riscos e maior segurança são as osteotomias em forma de U e piramidais, por serem executadas mais distantes do canal palatino. Outro benefício que



também promove confiança é o tempo de operação menor durante a osteotomia piramidal, isso por ela ser realizada com instrumentos de corte ultrassônicos, poupando tempo, também se reduz a perda de sangue. Porém, de acordo com Nasrun, N, et al, é de grande importância ressaltar que, o método escolhido dependerá do número de movimentos e instalações maxilares<sup>11</sup>.

A junção das cirurgias ortodôntica e ortognática, segundo Nasrun, N, et al, tem sido a solução para o grande desafio que é encurtar a face de um adulto<sup>11</sup>. Pode-se diagnosticar um excesso vertical, quando é perceptível que a maxila cresceu de forma demasiada, causando um rosto mais comprido, sorriso gengival e uma mordida aberta. Enquanto em pacientes jovens, que ainda estão em fase de crescimento, a reversão desse excesso pode ocorrer por meios não cirúrgicos, como por exemplo a utilização de aparelhos ortopédicos, sendo eles arnês de alta tração ou apoio de queixo vertical. O único malefício desse tipo de tratamento, é que o sucesso depende do paciente e da sua adesão aos aparelhos<sup>12</sup>.

A princípio, a cirurgia ortognática busca normalizar a morfologia dentofacial do paciente, trazendo-os para dentro da faixa da forma facial normal. A avaliação quantitativa do resultado da cirurgia ortognática é, portanto, essencial, sendo a caracterização da forma facial normal um componente crucial para alcançá-la<sup>13</sup>. No presente caso, foi baseado em radiografias bidimensionais sendo elas, radiografia panorâmica, para o planejamento orto-cirúrgico (FIGURA 02 A), radiografia cefalométrica de perfil (FIGURA 02 B) e radiografia panorâmica, 07 meses após a cirurgia (FIGURA 05). Fazendo então o registro do pré e pós-cirúrgico, onde permitiu uma avaliação detalhada das alterações ósseas e de tecidos moles, para que sejam quantificadas<sup>13</sup>. Logo podemos observar no pós-cirúrgico uma oclusão estável, selamento labial passivo e uma estética satisfatória.

Por outro lado, várias complicações pós-operatórias de cirurgia ortognática são relatadas. Kim et al., investigou a taxa de complicações de pacientes submetidos à cirurgia ortognática. Eles observaram complicações intra-operatórias, incluindo osteotomia inadequada, sangramento devido a lesões vasculares, exposição e danos aos nervos, lesões dentárias e lesões de tecidos moles entre os pacientes, bem como complicações pós-operatórias, incluindo parestesia devido a lesões nervosas, dispneia, dor cervical, doenças gastrointestinais, infecções, mordida aberta, recidiva<sup>14</sup>. Na paciente relatada, não houve nenhuma complicação durante o procedimento cirúrgico, e o resultado pode ser visto em imediato no pós-operatório. Onde a paciente teve uma excelente cicatrização óssea e uma correta posição do sistema de placas e parafusos.

Uma das maiores dificuldades no pós-operatório de uma cirurgia ortognática é manter a estabilidade condilar devido ao excesso de movimentos que a mandíbula desenvolve durante a mastigação, e consequentemente o excesso de força que é projetado sobre os côndilos. Para que ocorra a recuperação esperada sem que haja presença de recidiva é

necessário que o material utilizado seja de qualidade, atualmente o material mais adequado para fixação é o titânio oferecendo estabilidade a cirurgia. Placas biocompatíveis como o titânio são utilizadas com frequência em cirurgias ortognáticas, porém segundo estudos de Yerit, algumas desvantagens são encontradas como a liberação de íons metálicos, interferência nos exames de imagem alergias e hipersensibilidade ao frio, além de risco de infecção e exposição do sistema de placas e parafusos, também foram encontradas dificuldades como estímulos dos músculos e cicatrização<sup>15</sup>. Entretanto continua sendo o material padrão ouro nas cirurgias faciais.

O material adequado deve ser de fácil manipulação e deve fornecer estabilidade ao osso, comparando o material metálico e o reabsorvível além de o primeiro fornecer estabilidade também é mais viável em relação ao custo benefício quando comparado a polímeros desenvolvidos atualmente que também possuem vantagens como o fato de ser reabsorvíveis e não precisar de outra intervenção cirúrgica para remoção do mesmo, porém deve se analisar cada caso em sua individualidade<sup>15</sup>.

É notório que as inovações tecnológicas acontecem constantemente e que com o aparato que tem se atualmente a odontologia caminha para cirurgias cada vez menos invasivas e conservadoras evitando o sofrimento do paciente e gerando mais conforto no pré e pós-operatório. Sabe se também que a recuperação do paciente vai depender da forma como ele irá agir após a cirurgia, caso siga todas as recomendações as chances de não ocorrer complicações são grandes, porém se o paciente não for colaborador há grande chance de ocorrer interferências após a cirurgia como distúrbios na ATM, apneia do sono, sinusite entre outros.

Ademais, os princípios gerais que norteiam os crescimentos faciais afirmam que a direção geral do crescimento normal da face é para baixo e para frente, com expansão lateral. A maxila e mandíbula parecem crescer para a remodelação ou aposição e reabsorção diferenciais do osso e qualquer alteração no padrão de crescimento pode resultar em morfologia anormal do esqueleto<sup>16</sup>.

#### 4. CONCLUSÃO

A cirurgia ortognática demonstrou ser um excelente tratamento para correção de deformidade classe II e excesso vertical de maxila com a execução das técnicas cirúrgicas de osteotomia Le Fort I (maxila), osteotomia sagital bilateral (mandíbula) e a mentoplastia, resguardando o objetivo principal das questões estéticas e funcionais que foram alcançadas de imediato logo após o procedimento cirúrgico.

É notório que, o planejamento virtual demonstrou ser um utensílio de grande relevância para a realização do tratamento orto-cirúrgico, concedendo precisão aos movimentos que serão realizados durante a cirurgia, anteriormente planejados para o tratamento, evadindo-se de problemáticas e insucessos em um futuro vindouro.

## 5. REFERÊNCIAS

- [1] Resende T, Soares B, Martins J, Maia T, Yassuda D. A classificação de Angle- Uma revisão de literatura. Rev. de trabalhos acadêmicos- campus Niteroi, 2018
- [2] Sundararajan S, Parameswaran R, Viljayalakshmi D. Abordagem cirúrgica ortognática para o tratamento da má oclusão vertical esquelética de classe II. Contemp Clin Dent, 2018. Disponível em: <https://www.contempclindent.org/text.asp?2018/9/5/173/233914>.
- [3] Martins M, Araujo P, Miguel J, Goldner M, Mendes A. Tratamento orto-cirúrgico da classe II com avanço mandibular. RGO, Rev. gaúch. Odontologia. (Online) vol.59 no.3 Porto Alegre jul. 2011
- [4] Carvalho L, Melo J, Cavalcante T. Cirurgia ortognática e seus efeitos na harmonia facial: revisão de literatura. Rev. Da ACBO, 2018.
- [5] Dantas W, Silveira M, Vasconcelos B, Porto G. Evaluation of the nasal shape after orthognathic sugery. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. 2015.
- [6] Vasconcelos MB, Cravinhos JC, Pinzan-Vercelino CR, Vale E Nascimento AE. Tratamento Ortocirúrgico da Classe III – Relato de Caso. Orthodontic Science and Practice, 2011.
- [7] Cavalcanti A, *et la*. Tratamento ortocirúrgico de paciente portador de deformidade dentofacial classe III: Relato de caso. Research, Society and Development, v. 10, n. 5, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14451>
- [8] Pithon M, Rocha M, Coqueiro R, Andrade A. Impacto da correção ortognática da má oclusão de Classe II na percepção das características sociais. Jornal turco de ortodontia, 30 (3), 69-72. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5152/TurkJOrthod.2017.16024>.
- [9] Sassouni V. A classification of class II, Division 1 malocclusion. Am. J. Orthod. St. Louis, v. 55, p. 109-123, 1969.
- [10] Bass N. Orthopedic coordination of dentofacial development in skeletal Class II malocclusion in conjunction with edgewise therapy. Part I. Am. J. Orthod., St. Louis, v. 84, no. 5, p. 361-383, 1983.
- [11] Nasrun N, *et la*. Procedimento cirúrgicos para corrigir o excesso maxilar vertical: uma revisão. International Journal of Surgery Case Reports. 2021
- [12] Paik C, Park H, Ahn H. Treatment of vertical maxillary excess without open bite in a skeletal Class II hyperdivergent patient. Angle Orthodontist, Vol 87. 2017.
- [13] Vittert L, Katina S, Ayoub A, Khambay B, Bowman A. Avaliando o resultado da cirurgia ortognática por análise tridimensional do tecido mole. Oral Maxillofac. 19 de junho 2018
- [14] Young K. Complicações associadas à cirurgia ortognática. Associação Coreana de Cirurgias Buciais e Maxilofaciais. 2017.
- [15] Yorit K, et al. Fixation of mandibular fractures with biodegradable plates and screws. Oral Surg Oral Med Oral Pathol radiol Endod. n. 3, v. 94, p. 294-300, set. 2002.
- [16] Hupp J, Ellis E, Tucker M. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 5ª ed. Elsevier, 2009.

## 2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO

### APRESENTAÇÃO

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

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

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

### TAXA DE PUBLICAÇÃO

#### Publicações em Língua Portuguesa

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

#### Publicações em Inglês

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

### TEMPLATES

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

- [Template BJSCR - estudo original](#)

- [Template BJSCR - caso clínico](#)

- Template BJSCR - atualização da literatura

## ESTRUTURA DO MANUSCRITO

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

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

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

## PREPARANDO O MANUSCRITO PARA A SUBMISSÃO ONLINE

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

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

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

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

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

**1- TÍTULO:** em **Língua Portuguesa**, deverá estar em negrito e centralizado no topo da primeira página, utilizando-se

fonte de tamanho 18, em caixa alta (letras maiúsculas). O título em **inglês**, logo abaixo, deverá ser redigido em caixa alta, com fonte de tamanho 12.

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

**Exemplos:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Exemplos de referências:**

**LIVROS:**

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

#### **PERIÓDICOS CIENTÍFICOS:**

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

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

#### **WEBSITES:**

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

#### **MONOGRAFIAS, DISSERTAÇÕES E TESES:**

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

#### **ANAIS DE EVENTOS OU ENCONTROS CIENTÍFICOS:**

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

#### **IMPORTANTE**

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

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

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

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

#### **LISTA DE ARQUIVOS QUE NECESSITAM SER ENCAMINHADOS:**

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

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

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

## DECLARAÇÕES

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

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

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

## NORMAS GERAIS E PROCEDIMENTOS EDITORIAIS APÓS A SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

[mastereditora@mastereditora.com.br](mailto:mastereditora@mastereditora.com.br) ou [bjscr@mastereditora.com.br](mailto:bjscr@mastereditora.com.br)

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



FACULDADE EVANGÉLICA DE GOIANÉSIA  
Av. Brasil, nº 1.000, Bairro Covoá, Goianésia – Goiás  
CEP: 76.380-000 – Fone: (62) 3389 7350

#### DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de comprovação que os acadêmicos **Gabrielly Lorrainy de Lima Andrade** (708.887.301-01), **Gustavo Robert Gomes Couto** (708.896.851-77), **Rafael Miranda Araújo** (703.255.581-08) e **Renata Tavares Gonçalves** (044.247.671-08) apresentaram oralmente o trabalho intitulado *"Cirurgia Ortognática para correção de deformidade classe II e excesso vertical de maxila: Relato de Caso"* na X Jornada Odontológica de Goianésia.

Por ser a expressão da verdade firmamos a presente declaração.

Faculdade Evangélica de Goianésia, em Goianésia, Goiás, aos 05 dias do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte e dois (05/12/2022).

Profa. Dra. Maisa França Teixeira  
Coordenadora de Trabalho de Curso (TC) do curso de Odontologia  
Faculdade Evangélica de Goianésia (FACEG)

## 4. COMPROVANTE DE ACEITE DO ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA

---

### BJSCR - COMUNICADO DE ACEITE DE PUBLICAÇÃO

---

BJSCR - Braz. J. Surg. Clin. Res.  
<bjskr@mastereditora.com.br>

Fri, Sep 30,  
2022 at 1:05  
PM

To: Uander de Castro Oliveira <uanderoliveira2011@gmail.com>

Prezados(as) Autores(a) UANDER DE CASTRO OLIVEIRA, *et al.*,

É com grande satisfação que comunicamos que o manuscrito intitulado "CIRURGIA ORTOGNÁTICA PARA CORREÇÃO DE DEFORMIDADE CLASSE II E EXCESSO VERTICAL DE MAXILA: RELATO DE CASO", está aceito, para publicação em português no periódico **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR** (online ISSN: 2317-4404), condicionado a correções, o devido tratamento das fotos do paciente e pagamento da taxa editorial.

## 5. ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE EVANGÉLICA DE GOIANÉSIA  
CURSO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nossos nomes são Gabrielly Lorrainy de Lima Andrade; Gustavo Roberth Gomes Couto; Rafael Miranda Araújo; Renata Tavares Gonçalves e estamos desenvolvendo o artigo "Cirurgia ortognática para correção de deformidade classe II e excesso vertical de maxila: Relato de caso", o qual discorre sobre o diagnóstico e tratamento cirúrgico de um paciente cirúrgico bucomaxilofacial atendido no consultório odontológico na cidade de Goianésia-GO. Este trabalho inclui fotografias pré, trans e pós-operatórias, não contando com nenhum risco ou desconforto ao paciente. O mesmo poderá desistir de ceder seus dados a qualquer momento, a não ser quando estes já tiverem sido publicados. Nosso objetivo é que o artigo contribua para o estudo, diagnóstico e tratamento de outras vítimas desse tipo de condição no aparelho esmatognático. Caso você tenha qualquer dúvida em relação a isso, ou não queira mais fazer parte do trabalho, poderá entrar em contato pelo telefone (62) 98522-0768. Caso você esteja de acordo em participar, iremos garantir que todos os dados coletados sejam utilizados apenas nesse relato de caso.

Autores principais:

Gabrielly Lorrainy de Lima Andrade  
Gabrielly Lorrainy de Lima Andrade

Gustavo Roberth Gomes Couto  
Gustavo Roberth Gomes Couto

Rafael Miranda Araújo  
Rafael Miranda Araújo

Renata Tavares Gonçalves  
Renata Tavares Gonçalves

Vinicius Marques de Oliveira  
Vinicius Marques de Oliveira

Italo Cordeiro de Toledo  
Italo Cordeiro de Toledo

Orientador: Uander de Castro Oliveira  
Prof. Esp. Uander de Castro Oliveira

Eu, João Manoel de Sousa, fui esclarecido sobre o artigo "Cirurgia ortognática para correção de deformidade classe II e excesso vertical de maxila: Relato de caso", e concordo que meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Goianésia, 20 de Setembro de 2022.

Assinatura João Manoel de Sousa RG 6851652