



**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**MARIA VICTORIA CABELLO PINOTTI**

**RELAÇÃO INTERMAXILAR NA CONFECÇÃO DA  
PLACA MIORRELAXANTE: revisão de literatura**

**INTERMAXILLARY RELATIONSHIP IN THE  
DEVELOPMENT OF MYORELAXING SPLINTS: literature  
review**

SALVADOR  
2022.2

**MARIA VICTORIA CABELLO PINOTTI**

**RELAÇÃO INTERMAXILAR NA CONFECÇÃO DA  
PLACA MIORRELAXANTE: revisão de literatura**

**INTERMAXILLARY RELATIONSHIP IN THE  
DEVOLPMENT OF MYORELAXING SPLINTS: literature  
review**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Me. Paulo Cesar Pinheiro Feitosa

SALVADOR

2022.2

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço imensamente a meus pais pela vida, amor incondicional e pelo eterno apoio em tudo que me propus a fazer.

À minha família que, mesmo de longe, sempre se fez presente.

À Cesar por todo o companheirismo e, em especial, ter tornado a elaboração deste trabalho um processo mais leve.

À todos meus amigos que estiveram comigo.

À Rhana que esteve ao meu lado durante os 5 anos de graduação.

À meu orientador, Paulo Feitosa, por ter me acolhido e feito jus ao título de mestre, sempre me instigando a saber mais.

# SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2. METODOLOGIA</b>	<b>8</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>9</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>15</b>

**REFERÊNCIAS**

**ANEXO A – DIRETRIZES PARA AUTORES**

**ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS**

## RESUMO

**Objetivo:** Através de levantamentos bibliográficos, este trabalho busca analisar os principais conceitos anatômicos e ortopédicos, a fim de determinar qual a relação intermaxilar ideal a observar durante alterações da dimensão vertical a partir da placa mio-relaxante. **Metodologia:** Revisão de literatura de artigos disponíveis nas plataformas Pubmed, Google Acadêmico, Scielo e BvSalud, além da literatura clássica, que abordam os seguintes temas: oclusão, dimensão vertical, relação cêntrica e placa mio-relaxante nos idiomas português e inglês. **Resultados:** Ao final da pesquisa, o resultado da busca indica que as placas mio-relaxantes alteram, ainda que de forma temporária, a dimensão vertical de oclusão. Sendo assim, considerando que dentre os objetivos a serem atingidos com a utilização das placas, o conforto do paciente é um dos mais importantes, faz-se necessário que o aumento da DVO contribua para este objetivo. Promovendo maior relaxamento muscular e estabilidade oclusal através do assentamento condilar em RC, descrito como uma posição fisiológica superoanterior contra a eminência, onde as forças oclusais irão convergir para estruturas avasculares e sem inervação, eliminando sintomatologia dolorosa ou desconforto, além de promover o relaxamento muscular. Uma placa oclusal feita corretamente é efetiva na remissão dos sintomas. **Considerações finais:** A relação cêntrica é a posição ideal para alteração da dimensão vertical através da placa mio-relaxante.

**PALAVRAS-CHAVE:** Articulação Temporomandibular; Oclusão Dentária; Dimensão Vertical; Relação Central; Placas Mio-relaxantes.

## ABSTRACT

**Objective:** Through bibliographic surveys, this work aims to analyze the principal anatomical and orthopedical concepts, in order to determine the ideal intermaxillary relationship to observe during changes of the vertical dimension through a myorelaxant plate. **Methodology:** Literature review of articles available on the platforms Pubmed, Google Scholar, Scielo and BvSalud, in addition to the classic literature, which address occlusion, vertical dimension, centric relationship and myorelaxant plate in Portuguese and English. **Results:** By the end of the research, the results indicate that Myorelaxant plates alter, although temporarily, the vertical dimension of occlusion. Therefore, considering that patient comfort is one of the most important objectives amongst the ones to be achieved with the use of plates, it becomes necessary that the increase in VDO contribute to it. Promoting muscle relaxation and occlusal stability through condylar settlement in RC, described as a superanterior physiological position against the eminence, where the occlusal forces should converge to avascular and innervated structures, eliminating discomfort and painful symptomatology, as well as promoting muscular relaxation. A well-made occlusal plate is effective in symptoms remission. **Final considerations:** The centric relationship is the ideal position for reestablishing the vertical dimension through the myorelaxant plate.

**KEY WORD:** Temporomandibular Joint; Dental Occlusion; Vertical Dimension; Centric Relation; Occlusal Splints.

## 1. INTRODUÇÃO

Durante a fase de atendimento ambulatorial na graduação de odontologia, os estudantes muitas vezes se deparam com a necessidade de confecção de placas miorrelaxantes. Acontece que, muitas vezes, são discutidas diferentes possibilidades acerca da relação intermaxilar ideal para montagem dos modelos em articulador.

Diante deste cenário, para sanar esta dúvida, faz-se relevante um estudo mais aprofundado para determinar os melhores parâmetros, levando em consideração o conforto do paciente e a literatura, para que haja mais certeza e rigor durante a realização deste procedimento.

Para tanto, este trabalho apresenta de forma direcionada a anatomia dos elementos envolvidos no sistema estomatognático bem como seu funcionamento, entendendo, a partir de conceitos ortopédicos, os fatores que determinam a estabilidade oclusal. Este caminho inevitavelmente leva à análise da relação cêntrica e sua relevância clínica, e, depois, especialmente no contexto de restabelecimento da dimensão vertical de oclusão. Nas palavras de Dawson<sup>5</sup>: A relação cêntrica pode ser reproduzida com muita precisão, os dentistas não entendem a anatomia da ATM e ficam confusos com sua reprodutibilidade<sup>5</sup>.

Feita esta pesquisa conceitual e teórica, o trabalho apresenta as características da placa miorrelaxante relacionando com o quadro estudado anteriormente na literatura, buscando determinar qual a melhor posição para sua confecção.

## 2. METODOLOGIA

Para evidenciar a tese proposta foram recolhidos estudos indexados nas plataformas Pubmed, Google Acadêmico, Scielo e BvSalud. Após a exclusão dos textos em duplicidade e sem relação com o tema, foram selecionados os artigos, sendo utilizadas as seguintes palavras-chave: Articulação Temporomandibular; Oclusão Dentário; Dimensão Vertical; Relação Central; Placas Miorrelaxantes.

Entre a literatura selecionada que aborda as temáticas vinculadas ao tema, foram preferidos como referências a literatura clássica, bem como os artigos acadêmicos atuais, a partir do ano de 2020 e com uma exceção pertinente, nas línguas portuguesa e inglesa.

De posse desse referencial, foram extraídos os conceitos fundamentais e postos os autores em diálogo, com o objetivo de responder ao questionamento proposto.



### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 CONCEITOS FUNDAMENTAIS

A articulação temporomandibular (ATM) é composta pelo côndilo e pela fossa do osso temporal onde está interposto o disco articular que conecta e estabiliza os ossos formando um sistema articular, permitindo movimentos funcionais. É descrita por Okeson<sup>2</sup> como uma articulação composta, o que implicaria compreender três unidades ósseas, ainda que só apresente dois ossos, uma vez que o disco articular age como um osso não calcificado. Para tanto, é composto de tecido conjuntivo fibroso denso, desprovido de nervos e vasos sanguíneos<sup>2</sup>.

Conforme Dawson<sup>5</sup>, o funcionamento do disco e seu controle se dão pela combinação das fibras elásticas inseridas na região posterior do disco, mantendo-o sob tensão em oposição à ação do ventre superior do músculo pterigóideo lateral. Nesse sentido, Okeson<sup>2</sup> diz que a estabilidade posicional não é fornecida pelo disco articular, mas sim, como em qualquer outra articulação, determinada pelos músculos que exercem forças de tração e, no caso especial da ATM, afirmando que os principais músculos que estabilizam as ATMs são os elevadores<sup>2</sup>

Portanto, para determinar qual é a posição ortopedicamente estável ideal da ATM, devem ser rigorosamente observadas as forças exercidas por estes músculos. As forças direcionais desses músculos determinam a posição articular ideal ortopedicamente estável. Este é um princípio ortopédico válido para todas as articulações; portanto, cada articulação móvel apresenta uma posição estável em termos musculoesquelético<sup>2</sup>

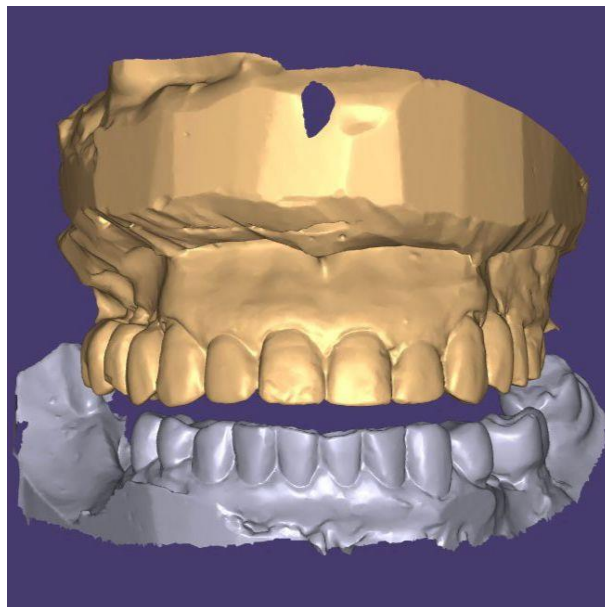
Esta posição musculoesqueleticamente estável (MEE) ocorre quando os côndilos se encontram na sua posição mais superoanterior na fossa articular<sup>2,5,7</sup>, apoiados na região posterior da eminência articular de tal forma que as forças geradas pela musculatura não geram dano ao tecido<sup>2</sup>. Para Dawson<sup>5</sup>, o ventre inferior do músculo pterigóideo lateral é pivô para atingir esta posição na fossa articular.

O Glossário de Termos Protéticos<sup>9</sup> caracteriza a MEE como Relação Cêntrica (RC) uma vez que, segundo Dawson<sup>5</sup>, atingido este apoio ósseo em

RC, o ventre inferior do músculo pterigóideo relaxa. “Esta é a chave para uma coordenação muscular bem-sucedida e uma função pacífica”<sup>5</sup>

### 3.2 RELAÇÃO CÊNTRICA

Dawson<sup>5</sup> bem descreve a RC como uma relação intermaxilar quando o côndilo-disco estão numa posição mais superior contra a eminência. É uma posição articular independente de contato dentário, conforme figura 1, ou dimensão vertical<sup>1,2,3</sup>. Deve ser, segundo Hassal<sup>3</sup>, uma posição fisiológica, confortável para o paciente, que não gera sintomas articulares ou musculares.



**Figura 1:** Visão frontal dos dentes interpostos em relação cêntrica  
Autoria própria

Esta posição da mandíbula é possível, de acordo com Pegoraro<sup>1</sup>, quando os côndilos estão estáveis. É obtida a partir do repuxamento do disco à medida que o côndilo se move, enquanto a contração ou liberação do ventre superior do músculo pterigóideo lateral determina o grau de rotação do côndilo<sup>2</sup>. Conclui-se então, com Dawson<sup>5</sup>, que a RC não é uma posição terminal ligamentosa, mas sim fisiológica obtida pelos músculos. Hassal<sup>4</sup> afirma que a RC não se trata de um ponto, mas sim, a partir do conceito de Liberdade em Cêntrica<sup>5</sup>, uma área.

Quando atingida uma relação intermaxilar em RC, as forças oclusais convergem para as estruturas avasculares sem inervação e o ventre inferior do músculo pterigóideo lateral está completamente relaxado<sup>4,5</sup>. Portanto, se o carregamento está em estruturas livres de inervação, mesmo que haja uma carga significativa nessa região, não há sintomatologia dolorosa ou desconforto, já que não existem nervos sensoriais<sup>5</sup>.

Ainda que, como descrito anteriormente, a relação cêntrica seja uma posição fisiológica, um fechamento não guiado por um profissional geralmente corresponde a um fechamento próximo à máxima intercuspidação habitual<sup>1,5</sup>. Dawson<sup>5</sup> chama este fenômeno de Posição de Conveniência e, já que a MIH é uma posição dentária, é suscetível a desarmonias musculares e interferências de ordem oclusal<sup>1</sup>.

Portanto, entendidos os fundamentos da anatomia articular e o funcionamento dos músculos estomatognáticos, fica clara a necessidade do posicionamento em RC de forma precisa<sup>4</sup>. Para tanto, é necessário desprogramar a memória muscular<sup>4,7</sup>, já que a mandíbula se coloca repetidas vezes na mesma posição programada pelos músculos elevadores na Posição de Conveniência<sup>5</sup>.

O uso de desprogramadores anteriores<sup>7</sup> promove, segundo Hassal<sup>4</sup>, a partir da eliminação de contato posterior, a quebra da memória muscular e seu relaxamento, permitindo sua manipulação para relação cêntrica<sup>4,5,7</sup>. Este é um método fisiologicamente aceito e passível de execução<sup>5</sup>.

Dentre as técnicas de manipulação, Dawson<sup>5</sup> afirma que a vantagem da Manipulação Bilateral em relação a outras técnicas é que ela pode ser repetida com maior precisão. O objetivo é permitir que os côndilos, a partir do relaxamento muscular, deslizem para sua posição fisiológica, conseqüentemente atingindo alinhamento e estabilidade<sup>5</sup>.

A partir da obtenção desta relação intermaxilar, é possível, segundo Hassal<sup>4</sup>, reorganizar a posição oclusal, através de um aumento da dimensão vertical, promovendo estabilidade do sistema côndilo-disco e conforto muscular, independentemente da oclusão dentária<sup>2,4,5</sup>.

### 3.3 ALTERAÇÕES NA DVO E REPERCUSSÕES

A dimensão vertical de oclusão refere-se a uma medida a partir do posicionamento da mandíbula em relação à maxila quando os dentes estão em máxima intercuspidação habitual<sup>2</sup>. Dawson<sup>5</sup> afirma que esta medida se dá pelo comprimento contraído dos músculos elevadores.

Acontece que, por se tratar de uma posição dentária, esta medida pode ser afetada por diversos fatores como perda de dentes, cáries e desgaste oclusal<sup>1,5</sup>, possivelmente gerando mal posicionamento articular<sup>4,5</sup>. “O que pode parecer um deslocamento insignificante das articulações a partir da relação cêntrica, é o necessário para ativar a incoordenação e hiperatividade muscular”<sup>5</sup>.

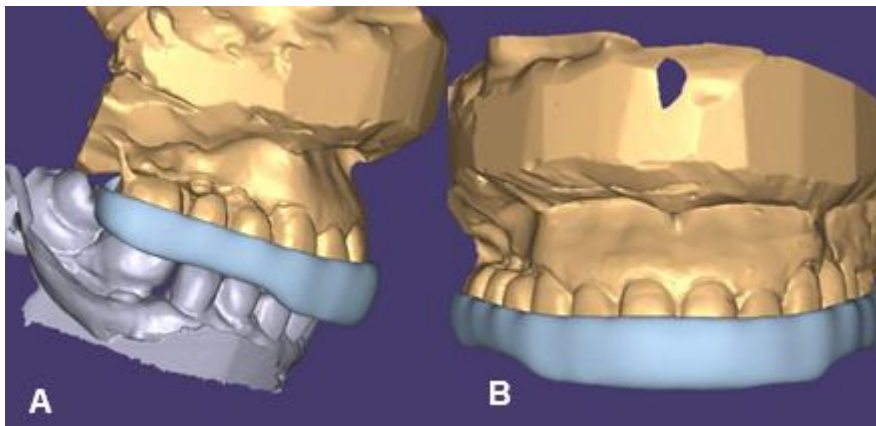
O posicionamento articular mais adequado para relaxamento muscular quase sempre, segundo Okeson<sup>2</sup>, é encontrado quando há aumento da dimensão vertical. Alguns autores afirmam que, uma vez que haja estabilidade oclusal, este aumento possa ser feito em MIH<sup>1</sup>, contrapondo-se a Dawson<sup>5</sup> que afirma que fazer reconstruções em máxima intercuspidação nessa dimensão vertical provavelmente geraria grande aumento de forças musculares aumentando o potencial de destruição das estruturas dentárias, periodontais e até articulares.

Neste sentido, Ramfjord<sup>8</sup> e Dawson<sup>5</sup> afirmam que relação cêntrica é uma posição chave de referência para análise e reconstrução do sistema mastigatório e que se trata de uma posição constante, confortável e possível de repetir e reproduzir<sup>3,5,7</sup>. Concluindo-se então, com Hassal<sup>4</sup>, que sempre que tenhamos objetivo de alterar a dimensão vertical devemos levar em consideração a RC.

Existem situações clínicas que necessitam de uma reorganização posicional<sup>4</sup> e o profissional deve se atentar para a técnica ideal de reestabelecimento através de um aumento da DVO<sup>5</sup>. Algumas dessas técnicas são instalação de próteses, ortodontia, harmonização facial<sup>10</sup> e, ainda que de forma temporária, as placas miorreaxantes<sup>2</sup>.

### 3.4 PLACA MIORRELAXANTE

Okeson<sup>2</sup> descreve placa oclusal, ilustrada na figura 2 (A e B), como um dispositivo removível, frequentemente construído de resina acrílica rígida, que se ajusta sobre a superfície oclusal e incisal dos dentes no arco, buscando contatos oclusais estáveis com os dentes do arco oposto. A ação da placa se dá, segundo Almilhatti et al<sup>6</sup>, por sete mecanismos: alteração da condição oclusal, alteração da posição condilar, aumento da dimensão vertical, aumento dos impulsos periféricos do sistema nervoso central, conscientização, efeito placebo e regressão à média.

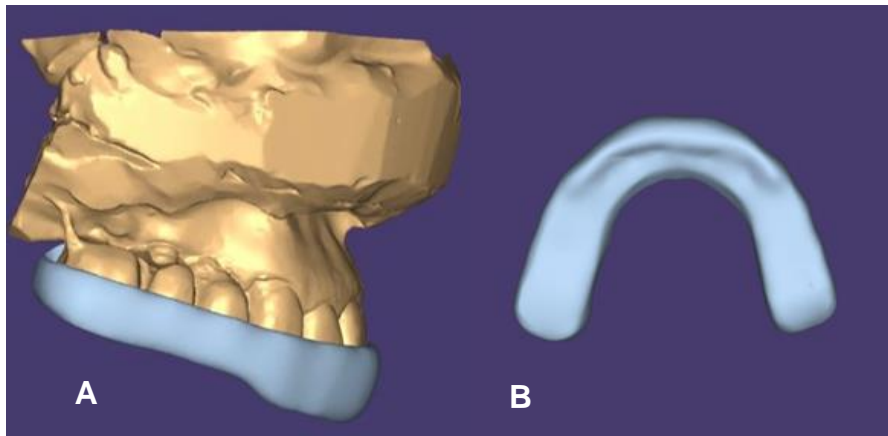


**Figura 2 (A e B):** Imagem tridimensional lateral e frontal da placa miorreaxante.  
Autoria própria

Dawson<sup>5</sup> afirma que, para uma placa oclusal bem-sucedida, os modelos devem estar interpostos em relação cêntrica por se tratar de uma posição constante, confortável e possível de repetir e reproduzir<sup>4,5,7</sup> e totalmente independente do contato dentário<sup>4</sup>. Para tanto, é necessário entender que as placas oclusais tem como objetivo primário alterar a oclusão para que esta não interfira com o assentamento dos côndilos em RC<sup>5</sup>.

Todas as placas interocclusais alteram, ainda que temporariamente, a dimensão vertical<sup>2,8</sup>. O aumento desta medida, quando obtida uma relação intermaxilar em RC<sup>5</sup>, favorece uma diminuição da atividade muscular<sup>2,4,5</sup> através do relaxamento das estruturas desde que estabelecida de uma nova posição ortopedicamente estável<sup>2</sup>.

Para obter esses objetivos, a placa busca estabelecer parâmetros para uma oclusão ideal<sup>11</sup> e são previsivelmente efetivas quando adequadamente desenhadas<sup>5</sup>. O design da placa, conforme figura 3, deverá estabilizar dentes antagonistas a partir de contatos bilaterais simultâneos, guia de canino, ausência de contato do lado de balanceio, desocclusão protrusiva ausentando contato dos dentes posteriores<sup>11</sup>.



**Figura 3 (A e B):** Visão lateral e oclusal da placa miorelaxante ilustrando *front plateau* na porção anterior e face lisa na porção posterior.  
Autoria própria

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Avaliada e discutida a literatura pertinente, conclui-se então que, em situações em que tenhamos o objetivo de alterar a dimensão vertical, a relação cêntrica é a posição chave para estabelecer uma função harmônica, estável e confortável para o paciente. Por isso, deve ser preferido o uso da RC como parâmetro para confecção de placas miorreaxantes.

## REFERÊNCIAS

- 1- Pegoraro LF, Valle ALD, Araújo CDRPD et al. *Prótese fixa: bases para o planejamento em reabilitação oral*. (2nd edição). [São Paulo]: Grupo A; 2009.
- 2- Okeson JP. *Tratamento dos Distúrbios Temporomandibulares e Oclusão*. (8th edição). [Rio de Janeiro]: Grupo GEN; 2021.
- 3- Hassal D. Centric relation and increasing the occlusal vertical dimension: concepts and clinical techniques – part one. *Brit Dent J*. 2021; 230 (1):17-22. doi:10.1038/s41415-020-2502-x.
- 4- Hassal D. Centric relation and increasing the occlusal vertical dimension: concepts and clinical techniques – part two. *Brit Dent J*. 2021; 230 (2):83-9. doi:10.1038/s41415-020-2593-4.
- 5- Dawson PE. *Oclusão Funcional: Da ATM ao Desenho do Sorriso*. (1st edição). [São Paulo]: Grupo GEN; 2008.
- 6- Almilhatti HJ, Camparis CM, Boenecker G, Ribeiro RA. Como Aumentar o Índice de Sucesso no Tratamento com Placas Oclusais Miorrelaxantes. *J Bra de Oclu, ATM e Dor Oro*. 2002; 2 (8):340-3.
- 7- Lucia VO. Centric relation – Theory and Practice. *The J of Prosth Dent*. 1960; 10 (5):849-856.
- 8- Ramfjord SP, Ash MM. Reflection on the Michigan Occlusal Splint. *J Oral Rehabil*. 1994; 21 (5):491-500. doi: 10.1111/j.1365-2842.1994.tb01164.x.
- 9- Driscoll CD, Guckes AD, Knoernschild KL, McGarry TJ. The Glossary of Prosthodontic Terms. *J Prosthet Dent*. 2017; volume 9: 1-105.
- 10- Carvalho EC, Sant’Ana LLP. Rejuvenescimento Facial por Meio do Restabelecimento da Dimensão Vertical de Oclusão: Revisão de Literatura. *Rev Mult e de Psi*. 2020; 14 (53):587-595. doi: 10.14295/online.v14i53.2793.
- 11- Freitas CP. O tratamento fisioterapêutico em pacientes com placa oclusal miorrelaxante na terapia da disfunção temporomandibular: estudo clínico randomizado [dissertação]. São José dos Campos (SP): Pós-graduação em Biopatologia Bucal, Universidade Estadual Paulista; 2018.



## **ANEXO A – DIRETRIZES PARA AUTORES**

### **INSTRUÇÕES GERAIS**

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens laterais direita e esquerda de 3 cm e superior e inferior de 2 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

### **ESTRUTURA DO MANUSCRITO**

1. Página de rosto
  - 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
  - 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.
    - 1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.
    - 1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract).

O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).

- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

### 3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado (CAAE) como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no

seguinte

endereço

eletrônico:

[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em sequência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado

abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. Principles of neural science. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

#### Dissertações e Teses:

Polido WD. A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

#### Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu "Tabela" do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: \*, †, ‡, §, ||, \*\*, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2,

etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

**OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL**

## **ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS**

Artigos referenciados enviados por e-mail.