



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**



**RAFAEL PIRES VAZ**

**Reconstrução papilar associada à reabilitação  
protética**

UBERLÂNDIA

2019

RAFAEL PIRES VAZ

**Reconstrução papilar associada à reabilitação  
protética**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
à Faculdade de Odontologia da UFU, como  
requisito parcial para obtenção do título de  
Graduado em Odontologia

Orientadora: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Denildo de Magalhães

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms<sup>a</sup>. Karine Loureiro Tolesanno

UBERLÂNDIA

2019

## **Reconstrução papilar associada à reabilitação protética – Relato de Caso**

Rafael Pires Vaz <sup>1</sup>, Karine Regina Tolesano Loureiro <sup>2</sup>, Denildo de Magalhães <sup>3</sup>

<sup>1</sup>Aluno de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia - FOUFU

<sup>2</sup> Doutoranda do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Uberlândia

<sup>3</sup> Doutor do departamento de Periodontia da Universidade Federal de Uberlândia

[rafael\\_p\\_vaz@hotmail.com](mailto:rafael_p_vaz@hotmail.com)

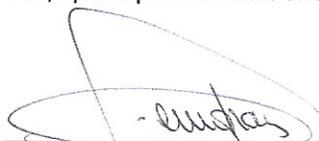


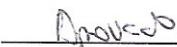
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

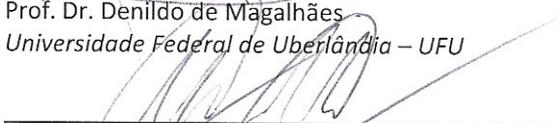
ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A) DISCENTE **Rafael Pires Vaz** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

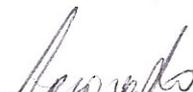
No dia **29 de maio de 2019**, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo(a) aluno(a) **Rafael Pires Vaz**, COM O TÍTULO: **“RECONSTRUÇÃO PAPILAR ASSOCIADA À REABILITAÇÃO PROTÉTICA”**. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo se encontra em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

Uberlândia, 29 de maio de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Denildo de Magalhães  
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

  
\_\_\_\_\_  
Aprovado/Reprovado

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Lair Mambirini Furtado  
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

  
\_\_\_\_\_  
Aprovado/Reprovado

  
\_\_\_\_\_  
Profª. Drª. Priscilla Barbosa Ferreira Soares  
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

  
\_\_\_\_\_  
Aprovado/Reprovado

  
\_\_\_\_\_  
Lucas do Nascimento Tavares  
Aluno(a) de doutorado – PPGO/UFU

  
\_\_\_\_\_  
Aprovado/Reprovado

## RESUMO

**Introdução:** Cada vez mais a sociedade enfatiza a necessidade de uma estética favorável, pacientes procuram por tratamentos cosméticos a fim de melhorar a estética do sorriso, porém além dos dentes a gengiva é fator fundamental na composição de um sorriso harmônico. Dentre os problemas que acometem a estética gengival, a recessão é o principal, afeta as áreas vestibulares e interproximais com consequente desconforto funcional e estético. Por sua vez, o sucesso das reconstruções das papilas está diretamente relacionado com o nível da perda de inserção nessas áreas.

**Objetivo:** O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico em que se realizou a reconstrução papilar associada à confecção de próteses fixas.

**Materiais e Métodos:** Paciente portador de “*Black space*” na região dos incisivos centrais superiores, desconforto estético e recessão gengival Tipo 1 (Classificação de Cairo). Observou-se também inserção baixa do Freio Labial Superior. Dessa forma, o tratamento proposto foi uma frenectomia conjunta a enxerto mucoso (EM) na região da elevação da papila e posterior reabilitação protética dos dentes.

**Resultado:** Transcorrido o período pós-operatório foi obtido o aumento do volume da papila interdental, fato que viabilizou a confecção da prótese desejada.

**Conclusão:** Desde que atendidos os requisitos referentes à classificação técnica cirúrgica e protética, é possível obter a reconstrução papilar com consequente otimização da estética gengival.

**Palavras Chave:** Papila dental; Recessão Gengival; Periodontia

## **ABSTRACT**

**Abstract:** Increasingly society emphasizes the need for a favorable aesthetic, patients seek cosmetic treatments to improve the aesthetics of the smile but, beyond the teeth, the gingiva is a fundamental factor in the composition of a harmonious smile. Among the problems that affect gingival aesthetics, the recession is the main one. It affects the vestibular and interproximal areas with consequent functional and aesthetic discomfort. In turn, the success of papilla reconstructions is directly related to the level of insertion loss in these areas.

**Objective:** The objective of this study was to present a clinical case where papillary reconstruction was performed associated with crowns rehabilitations.

**Materials and Methods:** Patient with black space in the upper central incisor region, aesthetic discomfort and gingival recession Type 1 (Cairo classification). There was also a low insertion of the Upper Lip Fraenum. Thus, the proposed treatment was a Frenectomy associated with connective tissue graft in the region of the papilla and posterior prosthetic rehabilitation of the teeth.

**Results:** After the postoperative period, the volume of the interdental papilla was increased, which made it possible to make the desired prosthesis.

**Conclusion:** Provided that the requirements regarding classification, surgical and prosthetic technique are met, it is possible to obtain papillary reconstruction, with consequent optimization of gingival aesthetics.

**Keywords:** Dental papilla; Gingival Recession; Periodontics

## Sumário

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>2</b>
<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>3</b>
Descrição do Caso Clínico.....	3
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>8</b>
<b>FIGURAS .....</b>	<b>9</b>
<b>ADENDOS.....</b>	<b>14</b>

## INTRODUÇÃO

A estética na prática odontológica tornou-se tão importante quanto a necessidade de devolver função, estrutura e fisiologia. A sociedade enfatiza a importância e o efeito de uma aparência agradável, provocando mudanças nas prioridades dos tratamentos odontológicos e nas necessidades estéticas dos pacientes (Abhay *et al*, 2018).

A estética não é uma definição própria, também está relacionada a outros conceitos mais gerais de bem-estar, como a auto-estima e a qualidade de vida de um paciente (Davis *et al*, 1998). A avaliação da aparência e da estética dentofacial é desafiadora porque esses padrões não são diretamente mensuráveis, e vários fatores (por exemplo, cultura) afetam as percepções do paciente (Mehl *et al*, 2014).

Inúmeros fatores estão relacionados à estética dentária, como a cor e o formato dos dentes e sua posição na arcada dentária, no entanto, a condição da gengiva também é de suma importância na composição do sorriso (Gokturk *et al*, 2018). Dentro dos problemas gengivais que ocorrem ao redor do dente em áreas estéticas estão a recessão gengival (podendo ser vestibular ou proximal), a falta de gengiva quetarizada, a redução da profundidade do fundo de saco de vestibulo, a posição do freio gengival e sua inserção, a hiperplasia gengival e a presença de pigmentações melânicas. (Cortellini *et al*, 2017).

De acordo com a nova classificação das doenças periodontais, publicada em 2017, as recessões gengivais são classificadas em: Recessão Tipo 1 (RT1): sem perda de inserção interproximal. Junção cimento-esmalte (JCE) interproximal não detectável clinicamente na mesial ou na distal. Recessão Tipo 2 (RT2): perda de inserção interproximal, com distância da JCE ao fundo de sulco/bolsa menor ou igual à perda de inserção vestibular (medida da JCE ao fundo de sulco/bolsa no vestibular). Recessão

Tipo 3 (RT3): perda de inserção interproximal, com distância da JCE ao fundo de sulco/bolsa maior que a perda de inserção vestibular (medida da JCE ao fundo de sulco/bolsa na vestibular) (Steffens e Marcantonio, 2018).

A ausência das papilas torna as ameias gengivais abertas, podendo desencadear problemas fonéticos, impactação de restos alimentares e desconforto estético (Kovalik *et al*, 2011). Dessa forma, o objetivo do atual relato, é demonstrar uma cirurgia de reconstrução papilar associada a reabilitação protética com coroas de Emax, devolvendo, dentro das previsibilidades cirúrgicas do caso, um sorriso considerado dentro dos padrões estéticos clínicos, e dentro das expectativas da paciente.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### Descrição do Caso Clínico

Paciente C.D.R, 56 anos, gênero feminino, compareceu à clínica odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia com queixa de desconforto estético devido a um espaço entre os dentes 11 e 21, devido à ausência da papila gengival. Durante exame clínico, foi confirmada esse fato, e essa ausência foi considerada como Recessão Tipo 1 (Figura 1A, 1B e 1C) segundo a classificação de Cairo (Cairo *et al* 2011). Os aspectos clínicos periodontais apresentavam-se normais, todavia foi possível observar que a inserção do freio labial estendia até próximo a área da papilar (Classe 2 de Placek) (Figura 1F e 2C).

Os incisivos superiores também apresentavam coroas metalocerâmicas insatisfatórias as quais foram indicadas a substituição. Assim inicialmente as próteses dos incisivos foram removidas, e foram realizados os reparos e confeccionados os provisórios (Figura 1D, 1E, 1F e 2A). Considerando os aspectos clínicos periodontais, a

necessidade de eliminação do freio labial e o aumento do volume da papila gengival, foi indicado para a paciente a Frenectomia associada à reconstrução da papila por meio um enxerto mucoso.

Realizado os procedimentos iniciais para confecção de provisórios e controle do biofilme, executou-se o procedimento cirúrgico reconstrutivo. Realizaram-se anestésias infiltrativas na região dos dentes 11 e 21 com anestésico lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (DFL), seguido de anestésias no palato na região referente ao sítio doador do tecido conjuntivo (Figuras 2D, 2E e 2F). Com uma pinça hemostática reta, o freio foi pinçado e a área incisada com um bisturi Bard-Parker com lâmina 15C. Realizaram-se incisões paralelamente à pinça hemostática, de modo a permitir o acesso à inserção fibrosa do freio (Figuras 3A e 3B). Com um descolador Molt nº 9, a inserção foi descolada do osso e removida. Aproveitando o acesso gerado pela Frenectomia, foi utilizado um tunelizador para promover um descolamento da papila dos dentes 11 e 21 (Figuras 3C, 3D, 3E e 3F). A área obtida destinou-se a posterior inserção do tecido conjuntivo com conseqüente elevação da papila.

O fragmento de tecido mucoso foi retirado do palato, o acesso foi realizado por meio de incisões próximo a margem gengival e, posteriormente realizou-se a divisão do retalho e retirada do tecido mucoso (Figura 4A e 4B). Em seguida essa área foi suturada com fio monofilamento 5.0 (Techno fio) (Figuras 4C e 4D).

O posicionamento e estabilização do tecido conjuntivo na área tunelizada foi realizado por meio do fio de sutura. Inicialmente a região palatina da papila foi transfixada pelo fio de sutura, e este foi levado até a vestibular através da área tunelizada. O tecido conjuntivo foi então transfixado pelo fio de sutura e retornou a área palatina. Esse recurso, permitiu o tracionamento e posicionamento do tecido conjuntivo

na área tunelizada, com conseqüente elevação da papila (Figuras 4E, 4F, 5A, 5B). Posteriormente o remanescente do tecido conjuntivo foi adaptado sobre o leito e a região suturada (Figuras 5C e 5D).

Concluído o procedimento cirúrgico a paciente foi medicada e orientada sobre os cuidados pós-operatórios. Após 7 dias as suturas e controles posteriores foram realizados até a conclusão do período cicatricial. Ao final de 40 dias foi possível observar a formação de uma nova papila na região, com aspectos clínicos compatíveis com esse período de cicatrização. Nessa avaliação os provisórios foram removidos, higienizados e polidos para que não ocorresse a formação de placa bacteriana (Figura 6). Transcorrido o período de 75 dias pós cirúrgicos, o tecido já se apresentava saudável, e bem condicionado pelos provisórios, o ganho da papila estava nítido, e foi realizada então a moldagem para a confecção das coroas em Emax (Figura 7). Após 180 dias da etapa cirúrgica, as coroas foram ajustadas e instaladas, respeitando os espaços biológicos sem causar danos à nova papila, preservando o condicionamento realizado pelos provisórios, sendo assim possível devolver a estética e função para a paciente (Figura 8). O caso permaneceu preservado, e após 1 ano, a papila ainda estava íntegra e as coroas sem sinais de infiltração ou danos (Figura 9).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A atenção às necessidades estéticas é um fator determinante para o sucesso do tratamento odontológico. Portanto ações conjuntas às necessidades funcionais e estéticas são prioridades para as reabilitações odontológicas.

A busca pela harmonização facial tem elevado o nível de exigência estética/funcional cada vez mais, portanto, não é mais possível ficar restrito a procedimentos individualizados para reabilitação do indivíduo. A proposta de ações

integrais e integradas para o tratamento odontológico deve constituir a base de todos os procedimentos.

A Periodontia ao longo do tempo tem demonstrado uma significativa evolução e participação na promoção da estética odontológica. Embora saibamos que os comprometimentos periodontais, na maioria dos casos, são decorrentes da perda das estruturas de suporte, nota-se atualmente que a associação de técnicas de tratamento, biomateriais e planejamento permitem otimizar os resultados dos tratamentos propostos ou minimizar os efeitos negativos das agressões ocorridas.

Dentre as alterações periodontais, a perda de inserção na região interproximal é considerada uma das mais significativas, pois a ausência de estrutura gengival nessa área resulta na ocorrência de *Black space*. Embora esse problema possa ser sugestivo de um comprometimento de pouca importância, verifica-se que não podemos ter uma visão simplista desse fato, devido a existência de uma complexa situação anatômica e patológica de difícil resolução.

A anatomia e a capacidade regenerativa da papila, são consideradas como fatores determinantes para o sucesso das resoluções dos defeitos papilares. Assim sendo, desde que a perda de altura do septo ósseo seja inicial e a vitalidade da papila seja mantida, passa a ser possível a sua reconstrução cirúrgica por meio da interposição de um tecido mucoso. No nosso caso, observa-se a perda inicial e inversão do ápice da papila na área dos dentes 11 e 21, fato que segundo a classificação da recessão apresenta-se como um comprometimento de previsibilidade favorável (Figura 1A e 1E). Embora esse fato tenha favorecido a indicação do procedimento cirúrgico, a nosso ver, duas situações passaram a requerer atenção. Inicialmente o tipo de acesso cirúrgico

para interposição do tecido conjuntivo e o segundo a necessidade de condicionamento gengival durante a confecção das próteses.

O procedimento cirúrgico para enxerto de tecido mucoso na região da papila foi o procedimento indicado, sendo o acesso a área da papila obtido por meio da elevação de retalho na face vestibular ou palatina. No nosso caso, diferentemente dos acessos tradicionais, devido a necessidade de uma Frenectomia labial superior, optamos por acessar a papila através dessa área. Os instrumentos tunelizadores contribuíram significativamente para o descolamento da papila, mantendo sua integridade e consequente capacidade regenerativa (Figura 3F), enquanto que o espaço criado entre esta e o septo demonstrou-se adequado à interposição do tecido conjuntivo proveniente do palato (Figura 5B). Vale ressaltar que esse procedimento permitiu a elevação da papila, todavia dentro dos limites de flexibilidade desta. Consideramos esse fato um relevante aspecto por ser determinante para a quantidade de aumento possível e, exceder a capacidade de deslocamento da papila poderá implicar em restrição à regeneração dos tecidos com consequente insucesso.

Após o posicionamento do tecido conjuntivo e sutura da área, aguardou-se o período cicatricial de 180 dias. Durante esse período, os provisórios foram mantidos e ajustados de modo a promover um condicionamento do tecido gengival. Destaca-se nesse momento a atenção ao ajuste do perfil emergente das próteses e seus respectivos pontos de contato interproximais. Esses cuidados proporcionaram um contorno adequado para a margem gengival e da nova papila, contribuindo para a eliminação do *Black Space* (Figuras 8A, 8B e 8D).

Concluído o período de cicatrização e condicionamento do tecido gengival, observou-se uma adequada estabilidade gengival, os aspectos de normalidade

demonstram a viabilidade da técnica utilizada, desde que respeitado o tipo de defeito e suas características. Esse fato tornou-se mais evidente após a finalização do caso, transcorrido de 13 meses, e estando as próteses definitivas instaladas, observou-se que os aspectos gengivais foram mantidos enquanto que os aspectos funcionais e estéticos atenderam às expectativas da paciente (Figura 9).

## **CONCLUSÃO**

Considerando a proposta do presente trabalho, é possível inferir que as reconstruções de áreas de *Black Space* por meio de procedimentos regenerativos da papila gengival são possíveis, desde sejam observados o tipo de defeito e manutenção da integridade e capacidade regenerativa da papila.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Abhay PK, Rajashri AK, Charu A. Assessment of gingival zenith position and its level relative to age and gender in maxillary anterior teeth. *Quintessence international General Dentistry*. 2018; 49(9): 761-768.

Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol*. 2011; 38: 661–666.

Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions and diagnostic considerations. *Journal of Clinical Periodontology*. 2018; 45(20):190-198.

Davis LG, Ashworth PD, Spriggs LS. Psychological effects of aesthetic dental treatment. Journal of Dentistry. 1998; 26:547-554.

Gokturk O, Yarkac F, Basol G. Development and validation of the periodontal aesthetic perception scale in patients with periodontal problems. Journal of Clinical Periodontology. 2018; 45: 1247-1254.

Kovalik AC, Bonafé ETR, Platti GL, Santos FA. Papila interdental: Previsibilidade das técnicas reconstitutivas. Braz J Periodontol. 2011, 21(3): 22-32.

Mehl C, Wolfart S, Vollrath O, Wenz H-J, Kern M. Perception of dental esthetics in different cultures. The International Journal of Prosthodontics. 2014; 27(6): 523-529.

Steffens JP, Marcantonio RAC. Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares 2018: guia prático e pontos-chave. Rev de Odontologia da UNESP. 2018; 47(4): 189-197.

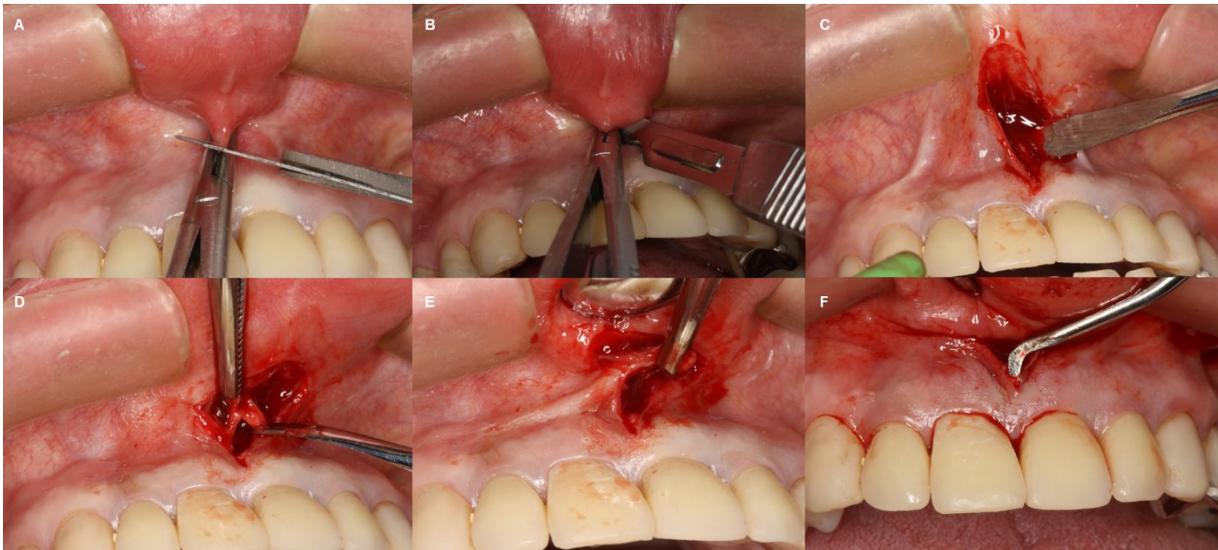
## FIGURAS



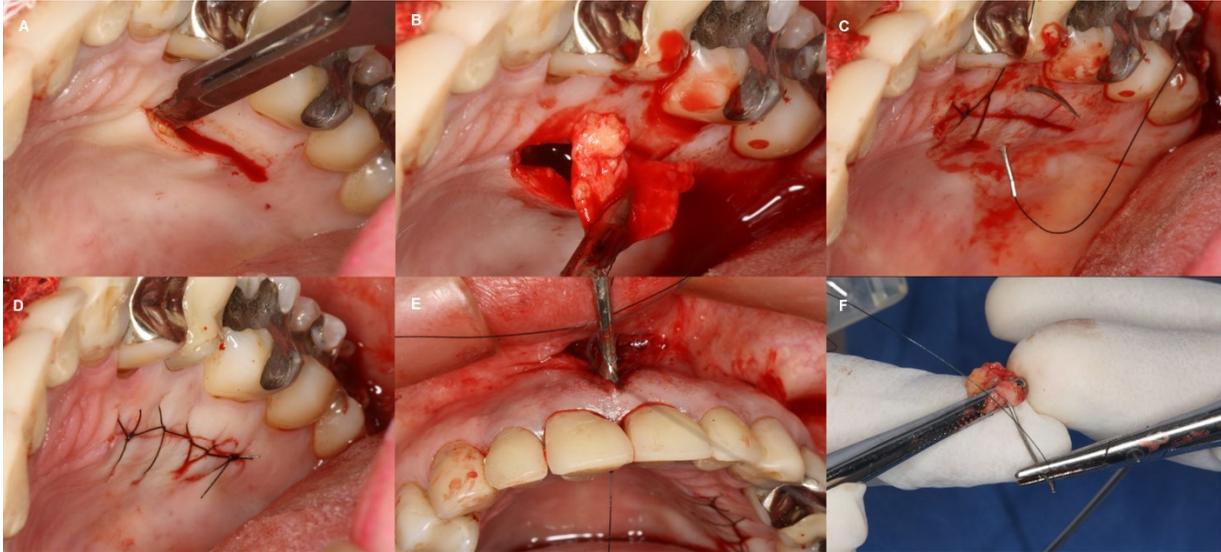
**Figura 1:** Caso Inicial da paciente C.D.R. A: Sorriso inicial; B: Raio X para diagnóstico de possível defeito ósseo proximal; C: Black Space dos Incisivos Centrais; D: Preparo Inicial vista incisal; E: Preparo inicial vista vestibular; F: Preparo Final.



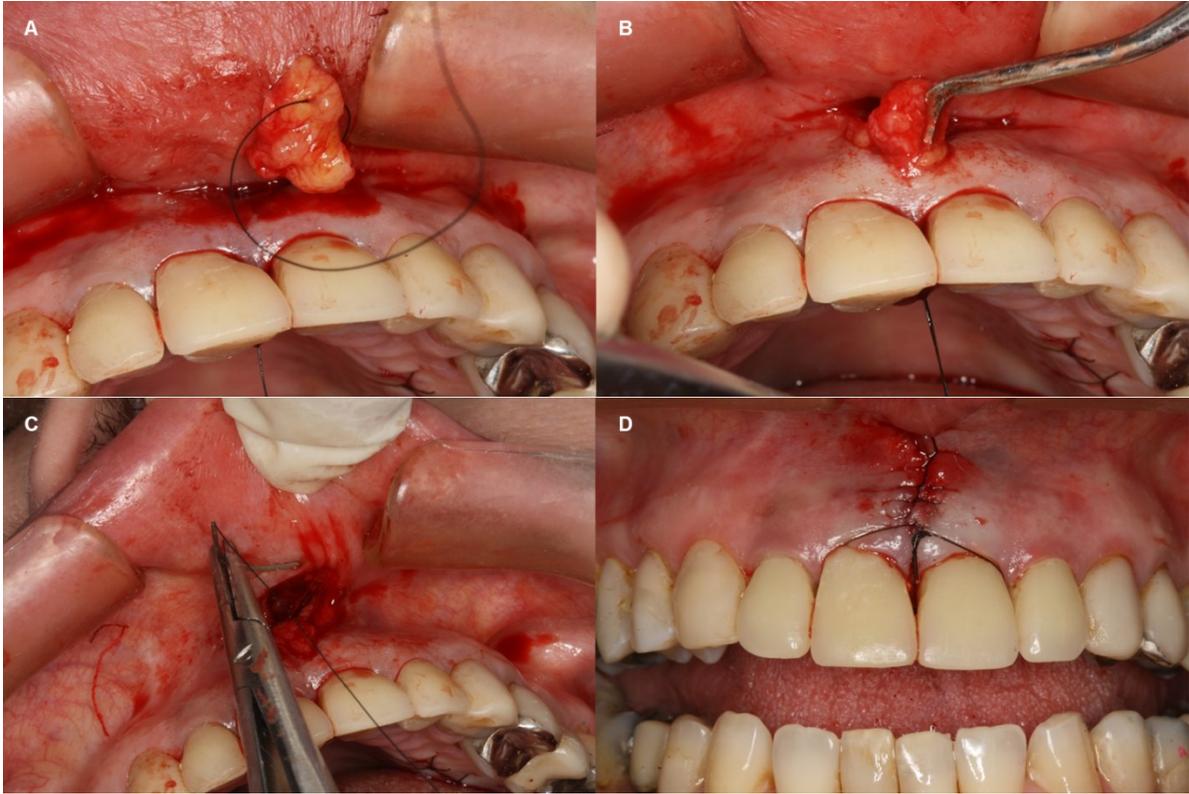
**Figura 2:** Fase pré-operatória e operatória. A: Provisórios; B: Provisórios em posição e ajustados; C: Inserção do Freio labial; D: Anestesia Supraperiostial; E: Anestesia Infiltrativa; F: Anestesia do Palato.



**Figura 3:** Frenectomia. A: Incisão superior paralela à hemostática; B: Incisão Lateral oblíqua; C: Acesso às fibras do freio; D: Divulsão das fibras do freio; E: Remoção das fibras do freio; F: Tunelização para área papilar.



**Figura 4:** Enxerto de tecido conjuntivo. A: Incisão no palato a 3mm dos elementos 24,25 e 26; B: Remoção do Enxerto conjuntivo; C: Sutura da área doadora; D: Imagem após a sutura da área doadora; E: Transfixação do fio pelo palato; F: Transfixação do enxerto com fio.



**Figura 5:** Enxerto de tecido conjuntivo. A: Tracionamento do enxerto para região receptora; B: Acomodação do enxerto na região da papila com uso de tunelizador; C: Sutura do acesso da Frenectomia; D: Imagem após sutura.



**Figura 6:** Pós-Operatório 40 dias. A: Vista vestibular com provisórios; B: Vista oclusal sem provisórios; C: Sobreposição de imagens das imagens B e D; D: Vista vestibular observando a formação de nova papila.



**Figura 7:** Pós-Operatório 75 dias. A: Vista vestibular com provisórios; B: Má higienização dos provisórios; C: Vista vestibular sem provisórios; D: Vista oclusal sem provisórios.



**Figura 8:** Pós-operatório 180 dias e cimentação das próteses definitivas. A: Condicionamento gengival adquirido pelos provisórios; B: Coroas em Emax; C: Cimentação das coroas; D: Vista vestibular; E: Sorriso Final.



**Figura 9:** Controle de 1 ano. A: Sorriso atual; B: Ausência de *Black Space* e aspectos normais da gengiva e papila com boa higienização.

## ADENDOS



Sociedade Brasileira de Periodontologia

### Normas gerais

Os artigos para a publicação na **REVISTA PERIODONTIA** da SOBRAPE deverão ser inéditos e redigidos em português, inglês ou espanhol. Artigos originais de pesquisa terão prioridade para apreciação, mas, artigos de revisão e relatos de casos ou técnicas, de interesse na Periodontia, também poderão ser incluídos. A REVISTA PERIODONTIA reserva todos os direitos autorais do trabalho publicado. As informações contidas nos originais e publicadas na revista são de inteira responsabilidade do(s)

autor(es), não refletindo necessariamente, a opinião do Corpo Editorial da revista ou a posição da SOBRAPE.

#### Envio do Material

Os arquivos abaixo indicados deverão ser submetidos para a Revista Periodontia pelo site

[www.sobrape.org.br](http://www.sobrape.org.br).

Artigo (Seguir o item **“Apresentação do material”**)

Declaração de conflito de interesses (Disponível no site – Formulários)

Lista de conferência pré-submissão (Disponível no site – Formulários)

#### Apresentação do material

Os artigos deverão ser digitados em Word para Windows, com fonte Arial, tamanho 12, justificado, em folhas de papel A4 numeradas consecutivamente. Deve ser usado espaço duplo com margem de 2,5 centímetros de todos os lados. As laudas deverão ter em média 1.600 toques (26 linhas de toques), perfazendo no máximo 20 páginas (excluindo gráficos, figuras e tabelas).

#### Seleção de artigos

A seleção dos artigos enviados à REVISTA PERIODONTIA será realizada pelo Conselho Editorial, que dispõe de autoridade para decidir sobre sua aceitação. No processo de revisão e aprovação, que será realizado em pares, serão avaliados: originalidade, relevância, metodologia e adequação às normas de publicação.

#### Considerações Éticas

Estudos que envolvam seres humanos deverão estar de acordo com a RESOLUÇÃO 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e terem sido aprovados pela Comissão de Ética da Unidade /Instituição em que foram realizados. As mesmas considerações são feitas para estudos em animais. ***O número de aprovação do comitê deverá estar presente no artigo.***

#### Estudos clínicos

A Revista Periodontia estimula que os pesquisadores responsáveis por estudos clínicos façam os registros dos mesmos ([www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)).

Relatos de estudos clínicos randomizados devem contemplar os critérios disponíveis em:

<http://www.consort-statement.org/>

## Estrutura do artigo

O trabalho deverá ser numerado (canto inferior direito) e dividido conforme os itens abaixo:

### Primeira página (página 1):

**Página de título** (Português e Inglês – para artigos redigidos em português; Espanhol e Inglês – para artigos redigidos em espanhol; Inglês – para artigos redigidos em inglês): deverá conter o título do artigo em negrito, o nome dos autores numerados de acordo com a filiação (instituição de origem, cidade, país), a principal titulação dos autores de forma resumida (sem nota de rodapé) e endereço do autor correspondente (**contendo o endereço eletrônico – e-mail**). As demais páginas devem ser na forma de texto contínuo.

### Exemplo:

**Associação do PDGF e IGF na Regeneração Periodontal – Revisão de Literatura** Fernando Hayashi<sup>1</sup>, Fernando Peixoto<sup>1</sup>, Chistiane Watanabe Yorioka<sup>1</sup>, Francisco Emílio Pustiglioni<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mestrandos em Periodontia da FOU SP

<sup>2</sup>Professor titular de Periodontia da FOU SP

### Segunda página (página 2):

**Resumo:** deve fornecer uma visão concisa e objetiva do trabalho, incluindo objetivos, material e métodos, resultados e as conclusões. Deve conter no máximo 250 palavras (incluindo pontos, vírgulas etc).

**Palavras-chave:** são palavras ou expressões que identificam o conteúdo do texto. Para sua escolha, deverá ser consultada a lista “Descritores em Ciências de Saúde – DECS”, da BIREME. Número de palavras-chave: máximo 6.

**OBS:** Para artigos redigidos em língua estrangeira, Espanhol ou Inglês, o item Resumo não configura item obrigatório.

### Terceira página (página 3):

- **Abstract e Keywords:** cópia precisa e adequada do resumo e palavras-chave em Inglês. Deverá ser consultada a lista “Medical subject headings”. Disponível em [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Número de Keywords: máximo 6.

- Sugere-se para autores não-nativos que procurem assistência com a sua escrita utilizando instituições especializadas como American Journal Experts (<http://www.journalexerts.com>)

### Quarta e demais páginas (página 4 e demais):

**Introdução:** é o sumário dos objetivos do estudo, de forma concisa, citando as referências mais pertinentes. Também deve apresentar as hipóteses em estudo e a justificativa do trabalho.

**Material e Métodos:** devem ser apresentados com suficientes detalhes que permitam confirmação das observações encontradas, indicando os testes estatísticos utilizados.

**Resultados:** as informações importantes do trabalho devem ser enfatizadas e apresentadas em seqüência lógica no texto, nas figuras e tabelas, citando os testes estatísticos. As tabelas e figuras devem ser numeradas (algarismo arábico) e citadas durante a descrição do texto. Cada tabela deve conter sua respectiva legenda, citada acima, em espaço duplo, em página separada, no final do artigo depois das referências. As figuras também devem estar localizadas em páginas separadas, no final do texto, porém, as legendas devem estar localizadas a baixo.

**Discussão:** os resultados devem ser comparados com outros trabalhos descritos na literatura, onde também podem ser feitas as considerações finais do trabalho.

**Conclusão:** deve responder: objetivamente aos questionamentos propostos.

**Agradecimentos (quando houver):** a assistências técnicas, laboratórios, empresas e colegas participantes.

**Referências Bibliográficas:** Essa seção será elaborada de acordo com as Normas Vancouver (disponíveis em: [www.icmje.org](http://www.icmje.org)), devendo ser numeradas seqüencialmente conforme aparição no texto. E, as abreviações das revistas devem estar em conformidade com o Index Medicus/ MEDLINE.

Todos os autores da obra devem ser mencionados. Exemplos – Normas **Vancouver**:

Artigo de Revista:

1. Lima RC, Escobar M, Wanderley Neto J, Torres LD, Elias DO, Mendonça JT et al. Revascularização do miocárdio sem circulação extracorpórea: resultados imediatos. Rev Bras Cir Cardiovasc 1993; 8: 171-176.

Instituição como Autor:

1. The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 116:41-42.

Sem indicação de autoria:

1. Cancer in South Africa. [editorial]. S Af Med J 1994; 84-85.

Capítulo de Livro:

1. Mylek WY. Endothelium and its properties. In: Clark BL Jr, editor. New frontiers in surgery. New York: McGraw-Hill; 1998. p.55-64.

Livro:

1. Nunes EJ, Gomes SC. Cirurgia das cardiopatias congênitas. 2a ed. São Paulo: Sarvier; 1961. p.701.

Tese:

1. Brasil LA. Uso da metilprednisolona como inibidor da resposta inflamatória sistêmica induzida pela circulação extracorpórea [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 1999. 122p.

Eventos:

1. Silva JH. Preparo intestinal transoperatório. In: 45° Congresso Brasileiro de Atualização em Coloproctologia; 1995; São Paulo. Anais. São Paulo: Sociedade Brasileira de Coloproctologia; 1995. p.27-9.
1. Minna JD. Recent advances for potential clinical importance in the biology of lung cancer. In: Annual Meeting of the American Medical Association for Cancer Research; 1984 Sep 6-10. Proceedings. Toronto: AMA; 1984;25:293-4.

Material eletrônico:

**Artigo de revista:**

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1):[24 screens]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Livros:

1. Tichenor WS. Sinusitis: treatment plan that works for asthma and allergies too [monograph online]. New York: Health On the Net Foundation; 1996. [cited 1999 May 27]. Disponível em : URL: <http://www.sinuses.com>

Capítulo de livro:

1. Tichenor WS. Persistent sinusitis after surgery. In: Tichenor WS. Sinusitis: treatment plan that works for asthma and allergies too [monograph online]. New York: Health On the Net Foundation; 1996. [cited 1999 May 27]. Disponível em: URL: <http://www.sinuses.com/postsurg.htm>

Tese:

1. Lourenço LG. Relação entre a contagem de microdensidade vasal tumoral e o prognóstico do adenocarcinoma gástrico operado [tese online]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999. [citado 1999 Jun 10]. Disponível em: URL:<http://www.epm.br/cirurgia/gastro/laercio>

Eventos:

1. Barata RB. Epidemiologia no século XXI: perspectivas para o Brasil. In: 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia [online].; 1998 Ago 1-5; Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998. [citado 1999 Jan 17]. Disponível em: URL: <http://www.abrasco.com.br/epirio98>

Informações adicionais podem ser obtidas no seguinte endereço eletrônico:  
[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

**Citações no texto:** Ao longo do texto, deve ser empregado o sistema autor-data. Segundo as normas **Vancouver**, apenas a primeira letra do sobrenome do autor é grafada em maiúscula, sendo o ano da publicação apresentado entre parênteses. Trabalhos com até dois autores, tem ambos os sobrenomes mencionados no texto, separados por “&”. Trabalhos com três ou mais autores, terão ao longo do texto mencionado apenas o primeiro seguido da expressão “et al”.

Se um determinado conceito for suportado por vários estudos, para a citação desses, deverá ser empregada a ordem cronológica das publicações. Nesse caso, o ano de publicação é separado do autor por vírgula (“;”) e as diferentes publicações separadas entre si por ponto e vírgula (“;”).

**Declaração de conflitos de interesse e fomento:** esse é um item obrigatório que deve ser conciso indicando: a) se houve apoio financeiro de qualquer natureza devendo-se nesse caso mencionar nominalmente a agência de fomento e b) se há qualquer tipo de conflito de interesse relacionado à pesquisa em questão. Em casos negativos sugere-se o uso da frase

*Os autores declaram a inexistência de conflito de interesse e apoio financeiro relacionados ao presente artigo.*

## Figuras e Tabelas

As tabelas e figuras deverão ser apresentadas em folhas separadas após a secção:

*Referências Bibliográficas* (uma tabela/figura por folha com a sua respectiva legenda). Figuras em formato digital (arquivo JPG ou TIFF): Resolução de 300 DPIs.

As imagens serão **publicadas em preto e branco**. Caso haja interesse dos autores há possibilidade de impressão colorida das imagens, havendo custo adicional de responsabilidade dos autores.

Normas disponíveis em: <https://www.sobrape.org.br/normas/>