



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

CAMILA ALMEIDA DE BARROS RIBEIRO

MORDIDA CRUZADA POSTERIOR NA DENTIÇÃO DECÍDUA: preceitos clínicos e
relato de caso

BELÉM/PA
2020

CAMILA ALMEIDA DE BARROS RIBEIRO

MORDIDA CRUZADA POSTERIOR NA DENTIÇÃO DECÍDUA: preceitos clínicos e
relato de caso

POSTERIOR CROSS BITE IN DECIDUOS DENTITION: clinical precepts and case report

Monografia apresentada a Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal do Pará, como parte do requisito à
obtenção do Grau de Bacharel em Odontologia

Orientadora: Ana Maria Martins Brandão

BELÉM/PA
2020

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Brandão (Orientadora)

Membro: Prof^ª. Dr^ª. Haroldo Almeida

Membro: Prof^ª. Dr^ª. Gustavo Brandão

Mordida Cruzada Posterior na Dentição Decídua: Preceitos Clínicos e Relato de Caso.

Posterior Crossbite in Primary Dentition: Clinical Conduct and Case Report

Autores:

Camila Almeida de Barros **RIBEIRO**

Cirurgiã Dentista – Aluna do Curso de Gradual em Odontologia

Universidade Federal do Pará.

Ana Maria Martins **BRANDÃO**

Prof^ª Associada da Faculdade de Odontologia

Universidade Federal do Pará (UFPA).

Gustavo Antônio Martins **BRANDÃO**

Prof. Associado da Faculdade de Odontologia

Universidade Federal do Pará (UFPA).

Haroldo Amorim de **ALMEIDA**

Prof. Associado da Faculdade de Odontologia

Universidade Federal do Pará (UFPA).

Endereço Principal Para Correspondência:

Ana Maria Martins Brandão

Dom Romualdo Coelho, 539.

Belém – Pará – Brasil

CEP 66055-190

Email: ammbrandao@gmail.com

**Monografia de Conclusão do Curso de Graduação da Universidade Federal do Pará (UFPA)
elaborada em formato de artigo científico.*

Esse trabalho é dedicado aos meus amados avós
Dina Gomes e Raimundo da Costa, que apesar de
não estarem mais conosco, deixaram grandes
ensinamentos e me viram iniciar essa jornada!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir a realização desse sonho, e por todas as conquistas até aqui.

Ao meu esposo Mizael e a minha filha amada Mikaella que por muitas vezes não pude dar atenção que necessitavam e das muitas vezes que me ausentei para trilhar esse caminho árduo, porém gratificante.

Aos meus pais e irmãos que tiveram que assumir meu papel de mãe, quando não pude acompanhar o dia a dia daquela que me incentiva todos os dias para melhorar como pessoa, quando na minha falta estavam próximos para suprir suas necessidades! Obrigada família pelas vezes que a tristeza me abalava e vocês estavam lá para me ajudar a me reerguer.

Aos meus sobrinhos Maria Eduarda, Lucas, Heloísa, João e a minha filha Mikaella, que me encham de amor e esperança com suas inocências e as alegrias da infância. A minha avó Francisca que me incentiva sempre ser uma boa pessoa.

Ao meu amigo irmão Júlio Cesar que foi minha dupla de clínica, que sempre esteve ao meu lado nos momentos de dor e glória, que não deixou nem por um momento eu desistir quando me sentia exausta e frustrada! Obrigada meu irmão do coração.

Agradeço aos meus amigos e colegas da graduação que estiveram juntos comigo nessa caminhada, aos professores e funcionários da faculdade que de alguma forma contribuiu para o funcionamento da nossa querida faculdade e para os amigos e pessoas importantes que perdemos devido ao caos que estamos vivenciando! Obrigada Iaiá por muita das vezes que matou nossa fome, apesar de estar com Deus agora, você fez parte da minha vida e de muitas pessoas também.

A minha orientadora Ana Maria Martins Brandão, que foi essencial para a realização desse trabalho, que em nem por um momento mediu esforços para me ajudar e segurou minha mão até aqui! Mais uma vez o meu muito obrigada!

“Seja a mudança que você quer ver no mundo”

Mahatma Gandhi

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fotografia 1(A) -	Extra bucal inicial frontal.....	15
Fotografia 1(B) -	Extra bucal inicial sorrindo.....	15
Fotografia 1(C) -	Extra bucal perfil.....	15
Fotografia 2(A) -	Exame inicial intra oral lateral direita.....	15
Fotografia 2(B) -	Exame inicial intra oral lateral esquerda.....	15
Fotografia 2(C) -	Exame inicial intra oral frontal.....	15
Fotografia 3 -	Desvio da mandíbular para o lado direito.....	16
Fotografia 4 -	Exame radiografico.....	16
Fotografia 5 -	Aparelho Hirax modificado.....	17
Fotografia 6 -	Aparelho Hirax modificado instalado.....	17
Fotografia 7(A) -	Surgimento de diastema entre os incisivos centrais superiores.....	18
Fotografia 7(B) -	Descruzamento total da mordida cruzada posterior e a confecção da pista guia de resina no canino do lado direito.....	18
Fotografia 8 -	Conclusão do tratamento e remoção do aparelho, reversão da mordida cruzada posterior, avaliação intra oral.....	18
Fotografia 9(A) -	Conclusão do tratamento, foto inicial extra bucal.....	19
Fotografia 9(B) -	Conclusão do tratamento, foto final extra bucal final, com melhora na assimetria facial do paciente.....	19

SUMÁRIO

	RESUMO.....	9
	ABSTRACT.....	10
1	INTRODUÇÃO E REVISÃO LITERATURA.....	11
2	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO.....	11
3	TRATAMENTO.....	12
4	DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO.....	14
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
	RERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
	Anexo I – NORMAS DA REVISTA PARAENSE DIGITAL DA ACADEMIA	
	PARAENSE DE ODONTOLOGIA.....	22

RESUMO

Entre os diversos tipos de má oclusão que acometem as crianças no estágio da dentadura decídua, a mordida cruzada posterior destaca-se como uma condição capaz de promover uma série de alterações envolvendo os aspectos funcionais do sistema estomatognático. O texto relata diversos aspectos clínicos referentes à mordida cruzada posterior e descreve um caso clínico ilustrando o diagnóstico e a forma de tratamento utilizada, enfatizando a necessidade de correção precoce deste tipo de má oclusão. Desta forma, é de extrema importância que ortodontistas e odontopediatras abordem precocemente esta má oclusão, considerando os seus fatores etiológicos, preventivos e de diagnóstico, visando ao estabelecimento de um plano de tratamento adequado para o paciente infantil.

Palavras-chave: Má oclusão. Mordida cruzada. Plano de tratamento.

ABSTRACT

Among the various types of malocclusion that affect children in the stage of deciduous dentition, posterior crossbite stands out as a condition capable of promoting a series of changes involving the functional aspects of the stomatognathic system. The text reports several clinical aspects related to posterior crossbite and describes a clinical case illustrating the diagnosis and the treatment used, emphasizing the need for early correction of this type of malocclusion. Thus, it is extremely important that orthodontists and pediatric dentists address this malocclusion early, considering its etiological, preventive and diagnostic factors, aiming at establishing an appropriate treatment plan for the infant patient.

Keywords: Malocclusion. Crossbite. Treatment plan.

1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

A prevalência de má oclusão na dentição decídua nas crianças brasileiras tem se mostrado muito alta, constituindo deste modo um problema de saúde pública, acometendo quase 9% das crianças neste estágio da dentição no município de Belém⁴.

Dentre os tipos de má oclusão, a mordida cruzada posterior destaca-se como uma condição potencialmente capaz de promover vários distúrbios no sistema estomatognático, podendo se estabelecer já na dentição decídua, sem a possibilidade de autocorreção, e se manifestar como uma constrição do arco superior¹.

Frente a este cenário, torna-se necessário abordar essa forma de má oclusão o mais precocemente possível, preferencialmente no estágio da dentadura decídua^{18;10;16}.

Assim é extremamente importante que os ortodontistas que tem a expertise de tratar crianças pequenas em seu consultório e, mais especificamente o odontopediatra tenham conhecimentos dos diversos aspectos relacionados a esta condição, tais como etiologia, prevenção, diagnóstico e, forma e momento adequado de tratamento.

O presente estudo tem como objetivo apresentar algumas considerações de ordem clínica sobre mordidas cruzadas posteriores, bem como contribuir para reflexão acerca da necessidade do seu tratamento na dentição decídua, além disso para reflexão acerca da necessidade do seu tratamento na dentição decídua. Além disso, descreve um caso clínico, ilustrando a correção de uma mordida cruzada posterior unilateral funcional.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO

A prevalência de mordida cruzada posterior na dentição decídua varia entre 8% a 16%¹⁸, essa realidade epidemiológica em Belém evidencia que essa má oclusão já acomete 9% das crianças na dentição decídua⁴. Os principais fatores etiológicos deste tipo de má oclusão descritos em atresia maxilar, respiração bucal, erupção ectópica, retenção prolongada de dentes decíduos e interferência oclusais³. Os autores destacam também que a respiração bucal e os hábitos de sucção prolongados podem ser responsáveis indiretamente pelo cruzamento da mordida. A postura muscular facial desequilibrada e a falta de atuação da língua junto ao palato é que promovem um evidente desequilíbrio funcional, acarretando a atresia do arco superior.

Um aspecto clínico importante descrito, diz respeito ao fato de que, na grande maioria dos casos, a mordida cruzada posterior se manifesta unilateralmente¹⁴. No entanto ao posicionar-se a mandíbula em relação Centrica, pode-se verificar que quase sempre o comprometimento do arco

superior é simétrico, ou seja em relação Centrica, evidencia-se uma mordida de topo bilateral, geralmente com contato prematuro nos caninos decíduos. Esse padrão oclusal de topo não oferece estabilidade e o que ocorre normalmente é o desvio da mandíbula buscando acomodação numa relação estável, o paciente passa a ocluir de forma correta em apenas um dos lados como tentativa de ajuste as interferências oclusais. Essa mordida cruzada unilateral recebe a denominação de mordida cruzada funcional. Relatos que cerca de 90% das mordidas cruzadas posteriores em crianças podem ser atribuídas às interferências nas cúspides na área de caninos².

Além da mordida cruzada unilateral, o desvio da mandíbula ocasiona descentralização da linha média, o deslocamento posterior do côndilo do lado da mordida cruzada, o deslocamento anterior do côndilo do lado oposto e assimetria facial com deslocamento do mento para o lado da cruzada¹¹.

Como visto, uma vez estabelecida a mordida cruzada posterior pode interferir com o processo normal de crescimento, sendo que esta condição raramente se autocorrig¹⁵.

A maioria dos autores defende a correção precoce, com os seguintes argumentos:

- Aproveitar a maior bioelasticidade óssea, afim de obter respostas mais favoráveis a uma mecânica mais simplificada;
- Redirecionar os dentes permanentes em desenvolvimento a uma posição mais adequada;
- Proporcionar um melhor relacionamento esquelético entre as bases apicais;
- Eliminar as posições desfavoráveis da ATM, estabelecendo relações simétricas na posição da mesma.
- Proporcionar um padrão de fechamento mandibular normal, sem desvios em cêntrica;
- Eliminar possível comprometimento estético (assimetria facial) com reflexos negativos na autoestima da criança;
- Reduzir a complexidade e o tempo de tratamento requerido.

3. TRATAMENTO

Para o tratamento precoce da mordida cruzada posterior método e o tipo de aparelho proposto podem variar de acordo com os preceitos clínicos e a escolha do profissional⁹, sem esquecer que o fundamento básico para a correção do problema consiste na expansão do arco superior atrésico⁸. Porém, a expansão do arco superior se divide em três categorias: ortodôntica, passiva e ortopédica¹³. A expansão ortodôntica pode ser produzida por aparelhos fixos convencionais ou por expansores removíveis (Mola coffin, placa com parafuso). Esses aparelhos

são compostos basicamente de uma placa de acrílico acoplada ao palato com ajuda de grampos de retenção sendo a parte ativa um parafuso ou uma mola coffin, e são geralmente indicados para a correção das mordidas cruzadas dentárias, sem envolvimento esquelético. Os aparelhos removíveis apresentam uma grande desvantagem: a sua ação depende inteiramente da cooperação do paciente⁸.

No que tange ao que quesito cooperação, os aparelhos removíveis têm sido muito utilizados por odontopediatras em virtude da facilidade de obtenção do modelo dentário e envio deste para o laboratório, eliminando-se, desta forma a necessidade se instrumentos adicionais e conhecimento e habilidade relativa à adaptação de bandas e cimentação, além do manejo das intercorrências com uso de aparelhos fixos. Desta forma a decisão na escolha do aparelho para o efetivo tratamento deve ser bem indicado, levando em conta a idade do paciente, a necessidade da manutenção do aparelho na boca e a cooperação do paciente objetivando evitar complicações e desapontamentos para o profissional, o paciente e os pais¹⁵.

A expansão ortodôntica também pode ser produzida por aparelhos fixos tipo quadrihélice, bihélice e arco em “W”, indicados para correção de mordidas cruzadas posteriores unilaterais funcionais e mordida cruzada posterior bilateral sem envolvimento esquelético. Esses aparelhos têm como características principais de fornecer uma expansão simétrica do arco dentário e permitir a liberação de forças de modo suave e contínuo, além de não depender da cooperação dos pacientes e dos seus pais¹.

Considerando-se a expansão passiva, esta ocorre quando aparelhos ortopédicos funcionais, como por exemplo o aparelho de Frankel, afastam a mucosa dos lábios e bochechas fazendo que somente a força da língua atue no sentido de expandir o arco superior. A utilização de aparelhos funcionais está mais indicada para correção das más oclusões sagitais de classe I e II⁵.

A expansão Ortopédica está indicada para a correção de mordidas cruzadas posteriores associadas a um componente predominantemente esquelético¹², enfatizando que as mudanças produzidas pela expansão são caracterizadas pela separação da sutura palatina mediana, com consequente abertura de um diastema entre os incisivos centrais superiores. O autor acrescenta que, após um período de três a seis meses de realizada a expansão, observa-se a deposição de osso novo na área expandida, restabelecendo, portanto, a integridade da sutura palatina mediana, afirma⁷.

A expansão ortopédica ou expansão rápida da maxila promove um aumento nas distancias intermolares e intercaninos superiores eliminando os problemas de atresia maxilar⁶. Este procedimento também se correlaciona com uma remodelação estrutural da cavidade nasal, favorecendo, em muitos casos, a função respiratória de pacientes respiradores bucais.

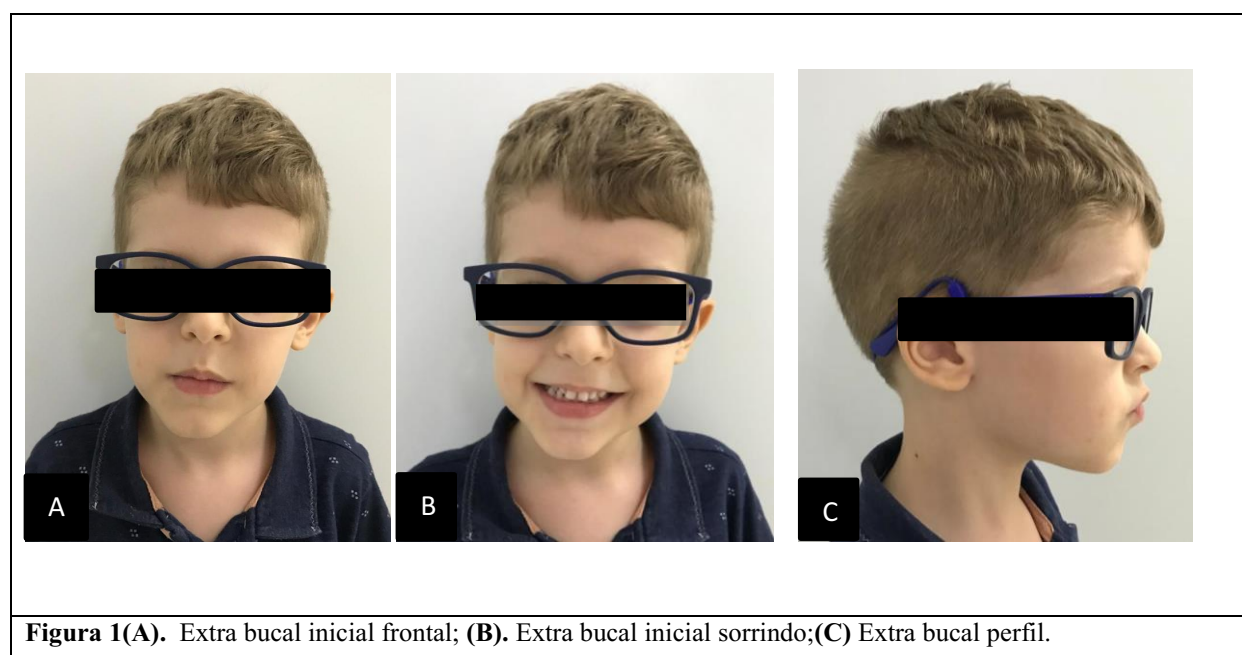
Para promover a expansão ortopédica existem basicamente 3 tipos de aparelhos que podem ser utilizados: os bandados (Haas e Hyrax) e o Macanamara (com cobertura de acrílico para adesão direta)¹³.

Vale a pena ressaltar, que considerando o aspecto terapêutico, é muito importante diferenciar a mordida cruzada posterior unilateral verdadeira da mordida cruzada posterior unilateral funcional uma vez que ambas envolvem mecanoterapias diferentes. A mordida cruzada unilateral verdadeira exige uma expansão unilateral do arco dentário superior, enquanto a mordida cruzada funcional exige expansão simétrica (bilateral)¹¹.

A descrição dos tipos de aparelhos segundo suas características biomecânicas que resultam em diferentes respostas biológicas, está descrita no quadro, enaltecendo assim a importância de um diagnóstico preciso considerando suas indicações e contraindicações na prática clínica.

4. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Uma criança de 5 anos de idade, sexo masculino, compareceu para avaliação ortodôntica com os pais que relataram perceber uma assimetria “No lado direito da face a bochecha era mais volumosa”, ainda que o queixo da criança apresentava-se desviado, ao serem questionados em anamnese constatou-se a presença de um quadro de respiração bucal, e ausência de qualquer comprometimentos sistêmicos. Na avaliação clínica a vista extra bucal evidencia-se um paciente padrão I, mesofacial, assimétrico, perfil normal, ligeiramente convexo (Figura 1).



Na vista intra bucal percebe-se que a criança está no estágio da dentadura decídua completa, apresenta arco tipo I superior e inferior, é classe I, trespasse horizontal e vertical normal, **mordida cruzada posterior unilateral funcional**. O alinhamento dos arcos sem apinhamento na dentadura decídua. (Figura 2A;2B;2C).

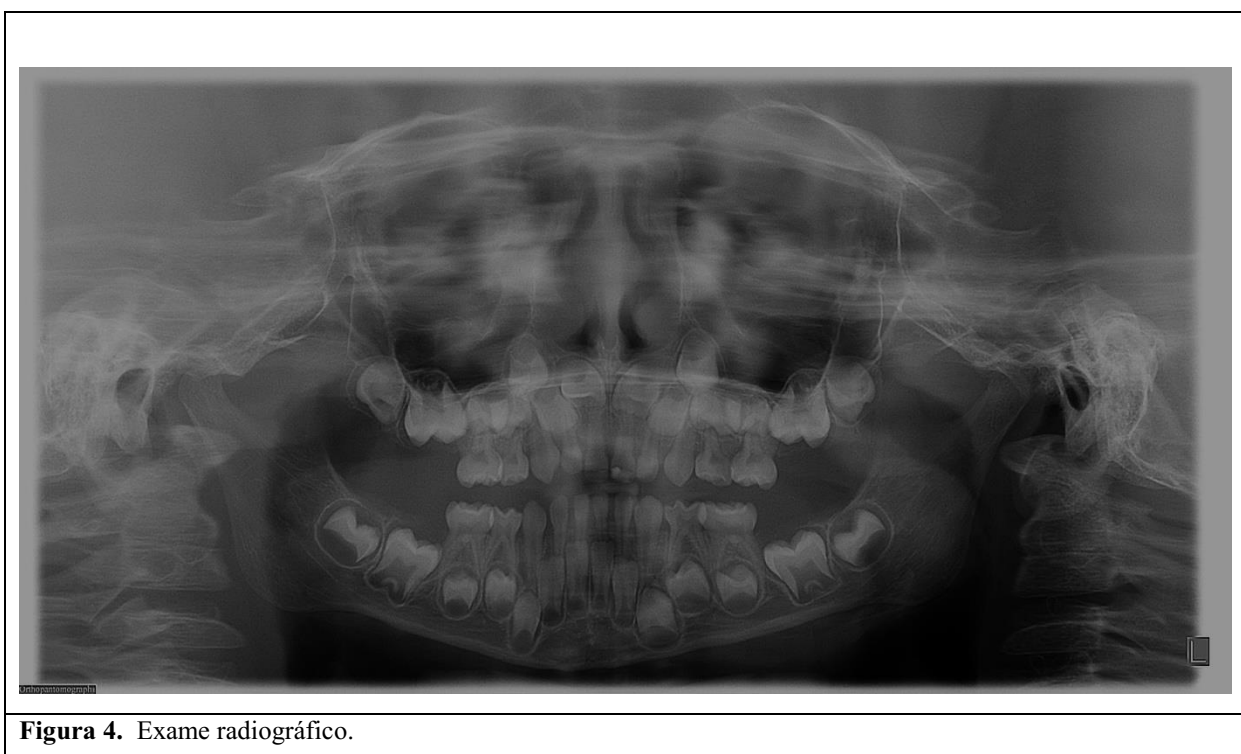


Figura 2(A). Exame inicial intra oral lateral direita; **(B).** Exame inicial intra oral lateral esquerda; **(C).** Exame inicial intra oral frontal.

Quanto ao exame funcional da oclusão, quando a mandíbula era manipulada em relação Centrica, ocorria uma mordida de topo bilateral com interferência oclusal envolvendo os caninos decíduos, com consequente desvio mandibular para o lado direito, ocasionando uma mordida cruzada posterior unilateral funcional e desvio da linha média inferior para o lado direito (Figura 3). A mordida cruzada estendia-se desde a região do incisivo lateral até segundo molar decíduo do lado direito.



Radiograficamente, observa-se características dentro de um padrão de normalidade (Figura 4).



A proposta de tratamento determinada para esse caso foi a expansão rápida da maxila (Objetivando a disjunção maxilar), com aparelho tipo Hyrax modificado (figura 5), sendo que após a cimentação do aparelho (figura 6), a mãe foi orientada a realizar na primeira semana 1 ativação ao dia no período da noite, e retornar para consulta após 1 semana. Na segunda semana estabelecemos o protocolo de 2/4 de volta ao dia até completar os 7mm de expansão.



Figura 5. Aparelho Hirax modificado(Fonte: Google fotos)



Figura 6. Aparelho Hirax modificado instalado.

Ao final das ativações, constatou-se abertura de um diastema entre os incisivos centrais (Figura 7A), caracterizando a separação da sutura palatina mediana (efeito ortopédico) com o descruzamento total da mordida (figura 7B).

Um detalhe clínico importante se dá pelo fato de apesar da mordida ter descruzado a criança tender a continuar a ocluir do lado da mordida cruzada, este fato se dá pela memória muscular devido ao estiramento nas fibras musculares ocorrido durante os anos que o paciente permaneceu ocluindo com desvio.

Para esta sequela foi proposto a realização de uma pista guia de resina aumentado o canino direito (Figura 7B), de forma a propiciar o relacionamento em Centrica impedindo o desvio mandibular para o lado direito.

O aparelho foi mantido como contenção durante 6 meses, assim como o guia de resina instalado no canino direito.

Quanto ao protocolo de higienização proposto para o paciente constou do acréscimo de uma fase no ‘protocolo convencional’, agora, além de “escovar a língua” o paciente deveria escovar o palato (“céu da boca”), o que seria a etapa da higienização do aparelho.

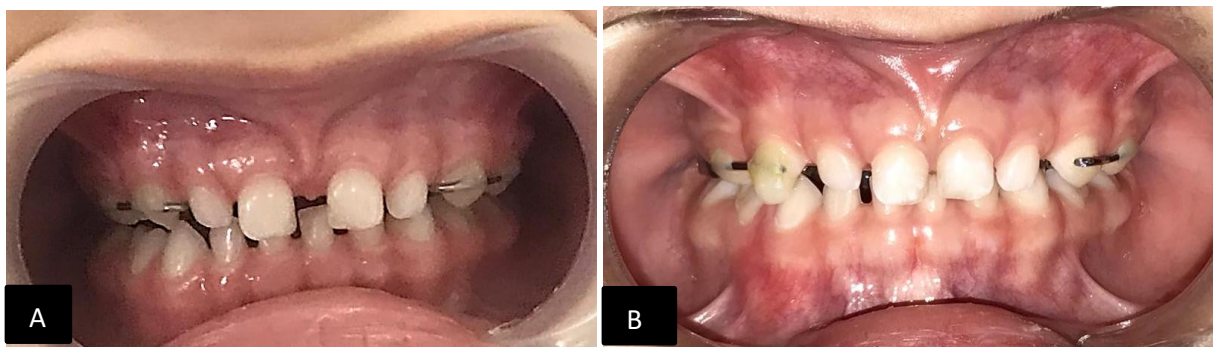


Figura 7(A). Surgimento de diastema entre os incisivos centrais superiores;**(B).** Descruzamento total da mordida cruzada posterior e a confecção da guia pista de resina no canino direito.

Concluimos que o tratamento proposto de expansão rápida da maxila na dentição decídua objetivando disjunção maxilar com aparelho fixo tipo Hyrax modificado, propiciou ao paciente o restabelecimento da oclusão normal estática e funcional (Figuras 8).



Figura 8. Conclusão do tratamento e remoção do aparelho, reversão da mordida cruzada posterior.

E a melhora significativa da assimetria facial. Podemos observar o antes e depois do mesmo (Figura 9A;B).



Figura 9(A). Conclusão do tratamento, foto inicial extra bucal; **(B).** Conclusão do tratamento, foto final extra bucal, com melhora na assimetria facial do paciente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ocorrência das más oclusões é considerada multifatorial, e elas podem estar associadas com várias alterações, e se classificarem em diferentes tipos de má oclusão. A mordida cruzada posterior é a que mais acomete crianças na fase da dentadura decídua, sem possibilidade de autocorreção, podendo acarretar alterações fisiológicas e estéticas, comprometendo o correto desenvolvimento do sistema estomatognático, portanto uma avaliação criteriosa e plano de tratamento precoce é de suma importância para correção satisfatória e de sucesso do prognóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BELL, R.A. A review of maxillary expansion in relation to rate of expansion patient's age. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, St Louis, v.81, n.1, p.32-37, Jan. 1972
2. BERLOCHER, W.C.; MUELLER, B.H.; TINANOFF, N. The effects of maxillary palatal expansion on the primary dental arch circumference. **Pediatr Dent**, Chicago, v.2, n. 1, p.27-30, Jan./Mar. 1980.
3. BISHARA, S.E.; STALEY, R.N. Maxillary expansion: clinical implications. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, St Louis, v.91, n.1, p.3-14, Jan. 1987.
4. BRANDÃO, A.M.M.; NORMAMDO, A.D.C.; SINIMBÚ, C.M.B.; MILHOMEN, S.C.; ESTEVES, R.A. Oclusão normal e má oclusão na dentição decídua - Um estudo epidemiológico em pré escolares no município de Belém
5. FRANKERL, R. A functional approach to orofacial orthopedics. **Br J Orthod**, Oxford, v.7, n.1, p.41-51, Jan./Feb. 1980.
6. HAAS, A.J. Palatal expansion: just the beginning of dentofacial orthopedics. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, St Louis, v.57, n.3, p.219-225, Mar. 1970.
7. HAAS, A.J. Rapid expansion of the maxillary dental arch and nasal cavity by opening the mid-palatal suture. **Angle Orthod**, Appleton, v.31, n.7, p.200-217 July 1965.
8. HENRY, R.J. Slow maxillary expansion: a review of quad-helix therapy during the transitional dentition. **ASDC J Dent Child**, Chicago, v.60, p.408-413, Nov./Dec. 1993.
9. HICKS, E.P. Slow maxillary expansion: a clinical study of the skeletal versus dental response to low-magnitude force. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, St Louis, v.73, n.2, p. 121-141, Feb. 1978.
10. KOCADERELI, I. Early treatment of posterior and anterior crossbite in a child with bilaterally constricted maxilla: report of case. **ASDC J Dent Child**, Chicago, v.65, n.1 p.41-46, Jan./Feb. 1998.
11. KUTIN, G.; HAWES, R.R. Posterior crossbite in the deciduous and mixed dentitions. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, St Louis, v.56, n.4, p.491-504, Apr, 1969.
12. LEIGHTON, B.C. The early development of crossbites. **Dent Pract Dent Rec**. Washington, v.17, n.4, p. 145-152, July/Aug. 1966.
13. McNAMARA JR., J.A.; BRUDON, W.L. Aparatos de expansión rápida del maxilar con bandas. In: McNAMARA JR., J.A.; BRUDON, W.L. **Tratamiento orodéncico y ortopédico em la dentición mixta**. 3.ed. Ann Arbor: Needham Press. 1995. P. 135-148.

14. MYERS, D.R. Condilar position in children with functional posterior crossbite: before and after crossbite correction. **Pediatr Dent**, Chicago, v.2, n.3, p.190-194, June 1980.
15. SILVA FILHO, O.G. Avaliação das alterações dentárias e esqueléticas ocorridas na dentadura mista após o uso do expansor fixo tipo quadrhélice. **Ortodontia**, São Paulo, v.18, n.2, p.23-35, mar./abr. 1985.
16. SILVA FILHO, O.G.; VILLAS BOAS M.C.; CAPELOZZA FILHO, L. Correção da mordida cruzada posterior nas dentaduras decídua e mista. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v.54, n.2, p.142-147, mar./abr. 2000.
17. FILHO, O.G.; VALLADARES NETO, J.; ALMEIDA, R.R. Early correction of posterior crossbite: biomechanical characteristics of the appliances. **J Pedod**, Birmingham, v.13, n.2, p.195-221, Apr. 198
18. THILANDER, B.; WAHLUND, S.; LENNARTSSON, B. The effect of early interceptive treatment in children with posterior crossbite. **Eur J Orthod**, Oxford, v.6, n.1, p.25-34, Jan./Feb. 1984.

NORMAS DA REVISTA DIGITAL DA ACADEMIA PARAENSE DE ODONTOLOGIA

1. APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

A Revista da Academia Paraense de Odontologia – APO/PA é uma revista publicada pela Academia Paraense de Odontologia que tem como missão publicar resultados de investigações científicas originais, relatos de casos clínicos, revisões de literatura (mediante convite) e breves comunicações no âmbito da Odontologia e disciplinas correlatas, visando a comunicação com canais de desenvolvimento do conhecimento, com periodicidade trimestral e aceita colaborações em português e inglês.

1.1 ESTRUTURA DO MANUSCRITO

A Revista aceita artigos inéditos em português ou inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês. O artigo deverá ser redigido em português e encaminhado em formato doc ou docx, com fonte Times New Roman, sem espaçamentos entre parágrafos, margem de 2,5 cm de cada lado, papel A4, perfazendo um total de, no máximo, 20 páginas, incluindo ilustrações (gráficos, fotos, tabelas, etc.). Recomenda-se, quando digitado, a fonte tamanho 12 para todo o trabalho, excetuando-se citações com mais de três linhas, notas de rodapé, legendas e fontes das ilustrações e das tabelas, que devem ser em tamanho 10.

Todo texto deve ser digitado com espaçamento 1,5 entre as linhas, excetuando-se as citações de mais de três linhas, resumo, abstract, notas de rodapé, referências, legendas das ilustrações e das tabelas, que devem ser digitados ou datilografados em espaço simples. O título das seções deve ser colocado após o indicativo da seção, alinhado à margem esquerda, separado por um espaço.

O texto deve ser separado da seção por um espaço de 1,5 cm. Os artigos originais de pesquisa e de revisão de literatura devem estar divididos em: folha de rosto, resumo com palavras-chave, abstract com keywords, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos (se houver) e referências.

As abreviações e siglas devem aparecer entre parênteses, ao lado de sua descrição por extenso, na primeira vez em que forem mencionadas.

Agradecimentos devem ser inseridos somente na folha de rosto, não devendo constar no corpo do artigo.

Não serão aceitos artigos encaminhados por correio. O autor deverá submeter seu artigo na plataforma www.apopara.com.br/revista cadastrando-se como autor. 1.2

FOLHA DE ROSTO

A Folha de rosto (deverá ser submetida como arquivo suplementar pelo sistema de submissão online do periódico) deverá conter apenas: 22

- a) O título e subtítulo (se houver) do manuscrito em português e inglês;
- b) Os nomes dos autores em ordem direta, seguido de sua principal titulação e afiliação institucional;
- c) Endereço completo do autor correspondente, a quem se deve endereçar todas as correspondências, incluindo telefone e endereço de e-mail;
- d) Agradecimentos: esta seção é opcional, entretanto, deve-se mencionar sempre que houver apoio financeiro de agências de fomento citando o nome da organização de apoio e o número do processo;
- e) Declaração de conflito de interesses.

1.3 TEXTO

O manuscrito deve iniciar com o Título e subtítulo (se houver), em português e inglês, na sua primeira folha (negrito, caixa alta e centralizado). Posteriormente, deve apresentar os elementos elencados a seguir:

- **RESUMO:** deve ser composto de uma sequência de frases concisas, afirmativas e não de enumeração de tópicos, em parágrafo único, não excedendo 250 palavras, ressaltando o objetivo, o método, os resultados e as conclusões do artigo. A primeira frase deste item deve ser significativa, explicando o tema principal do manuscrito
- **Palavras-chave:** correspondem às palavras ou expressões que identificam o conteúdo do artigo. Para determinação das palavras-chave os autores deverão consultar a lista de assuntos do Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (consulta eletrônica pelo endereço: <http://decs.bvs.br/>) e do "Índex Medicus". Deve-se usar ponto final para separar as palavras-chave, que devem ter a primeira letra da primeira palavra em letra maiúscula. Ex: Dental implants. Fixed prosthesis. Photoelasticity. Passive fit.
- **Abstract e Keywords:** devem seguir as mesmas orientações do Resumo.

- **INTRODUÇÃO:** resumo do raciocínio e a proposta do estudo, citando somente referências pertinentes. Estabelecer a hipótese do trabalho.

- **METODOLOGIA:** os materiais e os métodos devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações. Métodos publicados devem ser referenciados e discutidos brevemente, exceto se modificações tenham sido feitas. Indicar os métodos estatísticos utilizados, se aplicável. Ensaios clínicos devem incluir comprovação de que a pesquisa foi conduzida de maneira ética, e o número de protocolo de aprovação emitido por um Comitê Institucional de Ética deve ser citado.

A Revista Digital APO apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde - OMS (<http://www.who.int/ictrp/en/>) e do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE (<http://www.icmje.org/>), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE: <http://www.icmje.org/abouticmje/faqs/clinical-trials-registration/>. O número de identificação deverá ser registrado na 23 metodologia. Consequentemente, recomendamos aos autores que procedam o registro dos ensaios clínicos antes do início de sua execução.

- **RESULTADOS:** apresentar os resultados em uma sequência lógica no texto, com tabelas e ilustrações. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar o mínimo de tabelas e ilustrações possível.

- **DISCUSSÃO:** enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões resultantes. Não repetir em detalhes dados ou informações citadas na introdução ou resultados. Relatar observações de outros estudos relevantes e apontar as implicações de seus achados e suas limitações.

- **CONCLUSÃO (ões):** Parte final do artigo, na qual devem ser apresentadas as conclusões correspondentes aos objetivos e hipóteses

- **Ilustrações:** A ilustração deve ser citada no texto e inserida o mais próximo possível do trecho a que se refere. Limitar a utilização de ilustrações ao mínimo indispensável.

- a) Se for um quadro ou tabela, a identificação deverá aparecer na parte superior (fonte 10, espaço simples), precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, mapa,

organograma, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismo arábico, ponto e do respectivo título. Após a ilustração, na parte inferior, indicar a fonte consultada (elemento obrigatório, mesmo que seja produção do próprio autor, em fonte 10), legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão (se houver). Exemplo 1:

Tabela 1. Perfil do grupo estudado

Características pessoais e demográficas

n = 101 %

Nível socioeconômico 21 20,08 Mãe com 1o grau completo 84 83,2

Fonte: Autores da pesquisa, 2016.

- b) No caso de apresentação de gráficos e fotografias, sua identificação deverá aparecer na parte inferior (fonte 10, espaço simples), no interior de uma caixa de texto. Exemplo 2

Figura 1. Vista frontal dos arcos dentais

- Notas de rodapé: As notas devem ser digitadas dentro das margens, ficando separadas do texto por um espaço simples entre as linhas. Devem ser alinhadas, a partir da segunda linha da mesma nota, abaixo da primeira letra da primeira palavra, de forma a destacar o expoente, sem espaço entre elas e com fonte 10. Limitar a utilização de notas de rodapé ao mínimo indispensável.

1.4 CITAÇÕES

As citações devem ser indicadas no texto pelo sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Deverão ser colocadas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Exemplo 3:

Radiograficamente, é comum observar o padrão de “escada”, caracterizado por radiolucidez entre os ápices dos dentes e a borda inferior da mandíbula.^{6,10,11,13}

Citar nome do autor no texto somente quando estritamente necessário. Nesse caso, citar o nome do autor seguido pelo número da referência. As referências correspondentes não devem constar em notas de rodapé, apenas em lista ao final do manuscrito. Exemplo 4:

As técnicas de obturação utilizadas nos estudos abordados não demonstraram ter tido influência sobre os resultados obtidos, segundo Shipperet al

2.1.5 REFERÊNCIAS

As Referências deverão obedecer aos requisitos "Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals - Vancouver", para a submissão de manuscritos a revistas

biomédicas, disponível no seguinte endereço eletrônico:
http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Devem ser ordenadas numericamente na ordem em que aparecem no texto, em lista correspondente ao final do manuscrito, observando-se os seguintes critérios:

- As referências são alinhadas somente à margem esquerda do texto e de forma a se identificar individualmente cada documento, em espaço simples e separadas entre si igualmente por espaço simples;
- Deve-se restringir o número de referências ao máximo de 30.
- A pontuação segue padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências;
- O recurso tipográfico (itálico) utilizado para destacar o elemento título deve ser uniforme em todas as referências de um mesmo documento. Isto não se aplica às obras sem indicação de autoria, ou de responsabilidade, cujo elemento de entrada é o próprio título;
- As referências possuem elementos essenciais e complementares. Ao optar pela utilização de elementos complementares, estes devem ser incluídos em todas as referências existentes na lista;
- **Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, dissertações, teses, textos não publicados (aulas, entre outros) e artigos publicados em Anais de eventos;**
- Somente podem figurar na lista de referências, aquelas citadas direta ou indiretamente no corpo do texto;
- Os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pelo List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine, disponibilizados no endereço eletrônico: <https://www.nlm.nih.gov/archive/20130415/tsd/serials/lji.html>;
- Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consulte o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano;
- Quando as páginas do artigo consultado apresentarem números coincidentes, eliminar os dígitos iguais. Exemplo: p. 320-329; usar 320-9;
- Denomina-se número (fascículo) a identificação da sequência do volume, sendo que o algarismo fica entre parênteses. Exemplo: 347(4).

1.5.1 Modelos de referências

AUTOR (Pessoa Física)

- Quando o documento possuir de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula.

- Quando o documento possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina “et al.”, sem itálico. - Para artigos de periódicos, citar nesta ordem: Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado e em itálico. Data de publicação; volume (número): página inicial-final do artigo. Exemplos: Litonjua LA, Cabanilla LL, Abbott LJ. Plaque formation and marginal gingivitis associated with restorative materials. *Compend Contin Educ Dent*. 2012 Jan; 33(1):6-10. Tawil G, Akl FA, Dagher MF, Karam W, Abdallah Hajj Hussein I, Leone A, et al. Prevalence of IL-1 β +3954 and IL-1 α -889 polymorphisms in the Lebanese population and its association with these verities of adult chronic periodontitis. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2012 Oct- Dec;26(4):597-606.

ORGANIZAÇÃO COMO AUTOR

- Indicar o nome da organização quando esta assume a autoria do documento consultado. Exemplo: Organização Mundial da Saúde. Levantamentos básicos em saúde bucal. 4a ed. São Paulo: Santos; 1999.

- Quando a autoria for de duas ou mais organizações, separá-las por ponto-e-vírgula, e para identificar a hierarquização dentro da organização, separar por vírgula.

AUSÊNCIA DE AUTORIA

Quando o documento consultado não possui autoria indicada, iniciar a referência bibliográfica pelo título. Exemplo: ODONTOLOGIA faz bem para o sono. *Rev ABO Nac*. 2003 ago.-set.; 11(4):256-8. LIVRO

Indicar o(s) Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (no da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Exemplo: Sapp P, Eversole LR, Wysocki GP. Patologia bucomaxilofacial contemporânea. 2a ed. São Paulo: Santos; 2012.

CAPÍTULO DE LIVRO

Citar o(s) Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. “In”: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (no da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do capítulo. Exemplo: Corrêa FNP, Alvarez JÁ, Bönecker MJS, Corrêa MSNP, Pinto ACG. Impacto psicossocial e funcional da reabilitação bucal. In: Bönecker MJS, Pinto ACG (Org.). Estética em odontopediatria: considerações clínicas. 2a ed. São Paulo: Santos; 2011. p. 29-34.

ARTIGO DE PERIÓDICO EM FORMATO ELETRÔNICO

Indicar o Autor do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado [periódico na Internet]. Data da publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]; volume

(número): [número de páginas aproximado]. Endereço do site com a expressão “Disponível em”: Exemplo: Gimenes ACR, Pontes ERJC. Prevalência de cárie dentária e condições periodontais de escolares. RGO - Rev Gaúcha Odontol [periódico na Internet]. 2011 Dez [acesso em 2012 jan 15]; 59(4):577- 82. Disponível em: www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=6752&article=2205&mode=pdf 26

1.6 CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação em outra revista;
- A avaliação da estrutura conceitual do manuscrito engloba a abrangência e pertinência do conteúdo em relação à área; clareza e articulação dos conceitos e de ideais e atualização dos conceitos;
- O arquivo do texto principal deve estar em formato DOC ou DOCX e sem qualquer identificação de autoria em suas propriedades;
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Submissão;
- A folha de rosto do trabalho deve ser removida do texto principal, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, em respeito ao sistema de avaliação às cegas (Blind Review);
- O manuscrito submetido para publicação deve ser acompanhado do Termo de Transferência de Direitos Autorais, Declaração de Responsabilidade e Declaração de Conflito de Interesse, cujo modelo está disponível a seguir e é de preenchimento obrigatório.
- No campo de submissão de autores, no formulário de cadastramento, deverão ser relacionados todos os autores, com seus e-mails de contato e sua Instituição/Afiliação.