

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

**IRRUPÇÃO ECTÓPICA DE PRIMEIRO MOLAR PERMANENTE INFERIOR:**

**RELATO DE CASO**

KETHLEN MACIEL FERREIRA

Manaus – Amazonas

2017

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

**IRRUPÇÃO ECTÓPICA DE PRIMEIRO MOLAR PERMANENTE INFERIOR:  
RELATO DE CASO**

KETHLEN MACIEL FERREIRA

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

Orientador: Prof. Msc. Ana Patrícia De Sousa Pereira

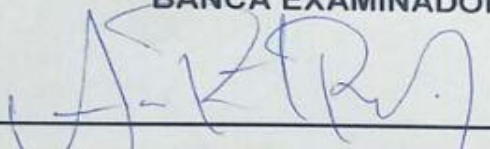
Manaus – Amazonas

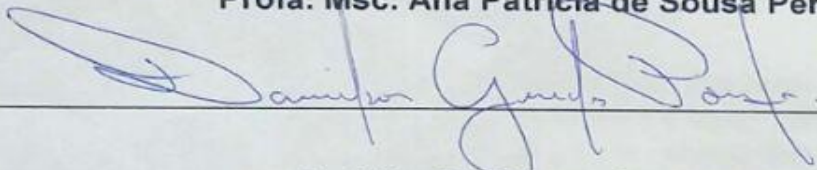
2017

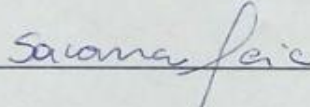
**TERMO DE APROVAÇÃO**

A Ac. **Kethen Maciel Ferreira** foi aprovada mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado **IRRUPÇÃO ECTÓPICA DE PRIMEIRO MOLAR PERMANENTE INFERIOR: RELATO DE CASO**, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
**Profa. Msc. Ana Patrícia de Sousa Pereira (Orientador)**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Danielson Guedes Pontes**

  
\_\_\_\_\_  
**Profa. Dra. Savana Maia**

**Manaus, 21 de junho de 2017.**

*Dedico este trabalho a meus avós maternos, Terezinha e José Maciel (in memoriam), que zelaram por minha vida e me amaram incondicionalmente. Sem seus ensinamentos eu não teria concretizado nenhum dos meus objetivos.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida, seu amor infinito e por ter me dado a força necessária para superar as dificuldades que tive durante os últimos 5 anos.

À minha família, por todo suporte e carinho, vocês, direta ou indiretamente, me ajudaram nestes anos de graduação. Principalmente à minha mãe, Kátia Ripardo, que acreditou na minha capacidade desde o princípio e não mede esforços para que eu realize meus sonhos, seu amor e dedicação me encorajam frente aos desafios.

Aos amigos do curso que estiveram ao meu lado em horas de estudo e lazer, que dividiram comigo suas histórias e com quem pude compartilhar a minha vida. Particularmente a Ricardo Bezerra e Rafael Vieira, que me cederam o caso o qual relato da melhor maneira que pude, e a Rhaysa Anjos, por seu companheirismo nestes anos de clínica. Aos amigos que conquistei em outros momentos da vida sempre me proporcionando momentos agradáveis. Todos vocês tornaram esta caminhada mais leve.

A meu namorado, Eduardo Crespo, por ter feito tudo que estava ao seu alcance para me ajudar neste e em outros trabalhos, por sua confiança na minha competência e profunda admiração por mim. Seu apoio e incentivo me tornam mais forte.

À Universidade do Estado do Amazonas a qual tenho a imensa satisfação em cursar Odontologia e que proporciona a seus acadêmicos o necessário para tornarem-se grandes profissionais. E aos professores que tive durante esta jornada, sempre pacientes, preparados, dedicados e, muitas vezes, amigos. Em especial, minha orientadora neste projeto, professora Msc. Ana Patrícia, que me ajudou quando precisei e partilhou comigo sua sabedoria. Vocês são responsáveis pelo amor que cresce em mim a cada dia pelo exercício da Odontologia.

A todos vocês meu mais sincero obrigado.

*“Você nunca alcança o sucesso verdadeiro a menos que você goste do que está fazendo”*

*(Dale Carnegie)*

## RESUMO

Este artigo descreverá o manejo de molar ectópico mandibular, utilizando desgastes interproximais na face distal do segundo molar decíduo. A irrupção ectópica se caracteriza por um desvio no padrão normal de erupção de dentes permanentes, possui etiologia multifatorial e entre suas conseqüências estão a retenção do primeiro molar permanente na face distal do segundo molar decíduo. Uma variedade de opções de tratamento está disponível para o clínico desde que o diagnóstico seja feito cedo. O não tratamento pode resultar na esfoliação prematura do segundo molar primário, perda de espaço e impactação do segundo pré-molar.

**Palavras chave:** Erupção dentária, dente molar, desgaste interproximal, dentição mista.

## **ABSTRACT**

This paper will describe the management of ectopic first permanent mandibular molar, using interproximal stripping on the distal face of the second primary molar. Ectopic eruption is characterized by a deviation in the normal pattern of eruption of permanent teeth, has a multifactorial etiology and among its consequences are the retention of the first permanent molar on the distal face of the second primary molar. A range of treatment options are available to the clinician provided that diagnosis is made early. Non-treatment can result in premature exfoliation of the second primary molar, space loss and impaction of the second premolar.

**Keywords:** Tooth eruption, molar, interproximal stripping, mixed dentition



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1- Radiografia Periapical Inicial .....	11
Figura 2- Vista vestibular dos elementos 75 e 36 antes dos desgastes .....	12
Figura 3- Vista vestibular dos dentes 75 e 36 após 6 meses do desgaste interproximal .....	13
Figura 4- Vista vestibular dos elementos 75 e 36 após desgastes .....	14
Figura 5- Radiografia periapical dos dentes 75 e 36 após 6 meses do desgaste interproximal, mostrando neoformação óssea e verticalização do dente 36.....	14
Figura 6- Oclusão após o tratamento.....	15

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. RELATO DE CASO .....	11
3. DISCUSSÃO.....	16
4. CONCLUSÃO.....	18
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	19
ANEXOS .....	20
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	20
Normas Revista: Indian Journal of Dental Research.....	21

Este trabalho de conclusão de curso está em forma de artigo obedecendo a formatação exigida pelo periódico: "INDIAN JOURNAL OF DENTAL RESEARCH" (ANEXO).

## 1. INTRODUÇÃO

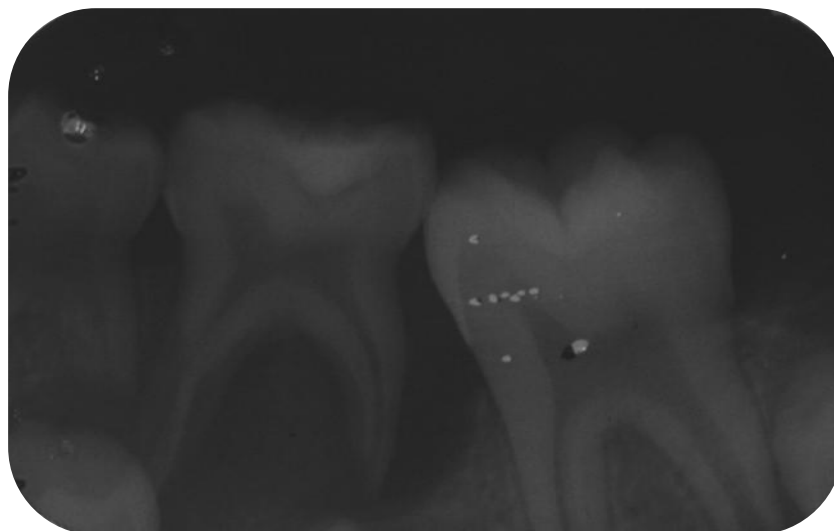
A irrupção ectópica se caracteriza por um desvio no padrão normal de erupção dos dentes entre suas conseqüências estão a retenção do primeiro molar permanente na face distal do segundo molar decíduo, podendo ocasionar sua esfoliação precoce, perda de espaço no arco e impactação do sucessor<sup>1</sup>.

As intenções do tratamento precoce incluem eliminação dos fatores etiológicos da má oclusão e prevenção da progressão de desarmonias oclusais<sup>2</sup>.

Tendo em vista a importância da manutenção dos dentes decíduos, este trabalho objetiva relatar um caso de irrupção ectópica de primeiro molar permanente mandibular tratado com desgastes interproximais na face distal dos molares decíduos.

## 2. RELATO DE CASO

Paciente 7 anos de idade, gênero masculino, leucoderma, normosistêmico, foi atendido na Policlínica Odontológica da UEA (POUEA) para consulta de rotina.



**Figura 1 - Radiografia Periapical Incial**

Durante exame clínico intraoral observou-se inclinação mesial do primeiro molar permanente inferior esquerdo. Ao exame radiográfico, foi constatado acentuada reabsorção óssea, lesão periapical no elemento 75 e impaction do elemento 36 (Figura 1).

O elemento 75 apresentava mobilidade grau II e lesão periapical devido a necrose pulpar causada pelo trauma oriundo do elemento 36, o qual apresentava-se impactado.

A terapia indicada para o caso foi o desgaste de esmalte interproximal na face distal do dente 75, com o objetivo de gerar espaço para a irrupção do dente 36. Como o elemento 75

encontrava-se necrosado, optou-se por realizar o tratamento endodôntico do mesmo, obturando com pasta de hidróxido de cálcio, para estimular a neoformação óssea na área afetada.

Realizou-se a análise de dentição mista através do método de Moyers<sup>3</sup>, onde se obteve os valores de 23 mm no espaço presente e 23 mm para o espaço requerido, resultando em uma discrepância de modelo nula.

Na primeira consulta pós-diagnóstico foi realizada profilaxia com pedra-pomes, pasta profilática e escova de Robinson em seguida confeccionou-se os desgastes interproximais na face distal (Fig.2, 3 e 4) com broca diamantada 2200 em alta rotação no sentido vestibulo-lingual utilizando matriz metálica e cunha na região interproximal para proteção do molar permanente. Na sessão seguinte foi constatada a necessidade de um maior desgaste na região pois o espaço promovido não fora suficiente para desimpactação e verticalização do elemento 36.



Figura 2 - Vista vestibular dos elementos 75 e 36 antes dos desgastes.



Figura 3 - - Vista vestibular dos elementos 75 e 36 após desgastes

Posteriormente a finalização dos desgastes procedeu-se o acabamento da região com brocas diamantadas de granulação fina e extrafina e tiras de lixas abrasivas, e o polimento com taças de borrachas.

Na terceira sessão, após os desgastes, iniciou-se o tratamento endodôntico do dente 75 o qual foi dividido da seguinte maneira: (1) cirurgia de acesso com broca diamantada esférica (1014) e carbide tronco-cônica com ponta inativa, instrumentação parcial com limas de primeira série e medicação intracanal com formocresol; (2) instrumentação completa e medicação intracanal a base de hidróxido de cálcio e glicerina (3) obturação provisória dos canais radiculares com pasta a base de hidróxido de cálcio (Ultracal-Ultradent).

Após 6 meses, momento no qual o paciente voltou ao tratamento, foi feita a obturação definitiva com pasta a base de hidróxido de cálcio, propilenoglicol e óxido de zinco. Nesta mesma época já era possível observar clinicamente uma verticalização do primeiro molar

permanente (Figura 4) e, através de radiografia periapical, uma considerável neoformação óssea na região interproximal entre os dentes 36 e 75 (Figura 5) e oclusão estável após o tratamento (Figura 6).



Figura 4 – Vista vestibular dos dentes 75 e 36 após 6 meses do desgaste interproximal.

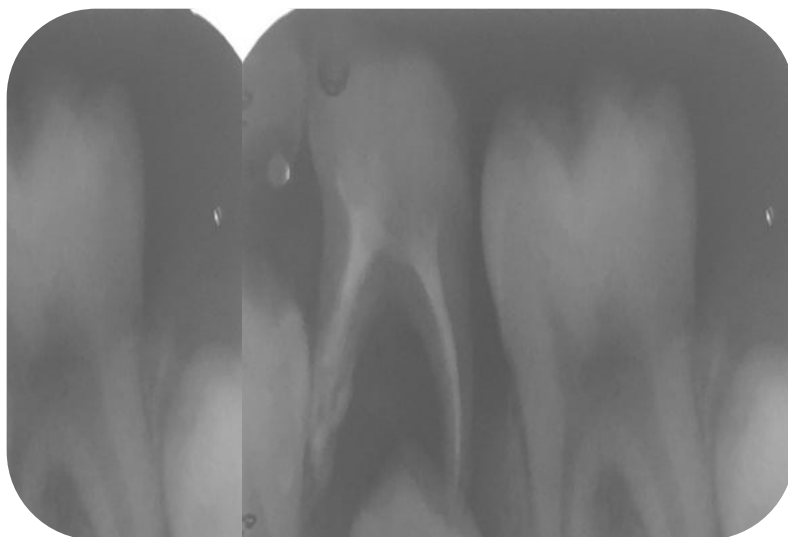


Figura 5– Radiografia periapical dos dentes 75 e 36 após 6 meses do desgaste interproximal, mostrando neoformação óssea e verticalização do dente 36.



Figura 6 – Oclusão após o tratamento



### 3. DISCUSSÃO

A irrupção ectópica do primeiro molar permanente mandibular tem ocorrência rara<sup>4</sup>, e apesar de ter sido muito estudada ainda não tem sua etiologia bem compreendida<sup>1, 5</sup>, fatores locais e genéticos vêm sendo sugeridos<sup>1,6</sup>, além de ângulo de erupção anormal deste dente, anatomia do segundo molar decíduo (superfície distal convexa), aumento das larguras mesiodistal do primeiro molar permanente, deficiência do comprimento do arco, retrusão maxilar, agenesia dos segundos pré-molares<sup>7</sup>.

Tendo em vista que a irrupção ectópica de molares permanentes pode ser classificada em reversíveis e irreversíveis, quando reversíveis elas se autocorrigem e o dente erupciona em sua posição normal, e quando irreversíveis necessitam de tratamento. Há uma concordância entre os autores de que o tratamento para cada caso depende da severidade das consequências<sup>1,2,5</sup>.

O diagnóstico de uma irrupção ectópica pode ser feito através de exame clínico ou de uma radiografia periapical na região dos molares<sup>1,2,5</sup>, mostrando a importância de acompanhamento odontológico durante o desenvolvimento da dentição, pois se não corrigida em tempo hábil, a irrupção ectópica pode causar perda precoce do dente decíduo, podendo produzir ou aumentar a severidade de uma má oclusão<sup>2,5,7</sup>.

Existem várias opções de tratamento para esta anormalidade, entre eles o cunhamento interproximal, o uso de separadores, fio de latão, arco lingual com gancho distal, aparelho fixo, exodontia do segundo molar decíduo e o desgaste seletivo<sup>1,2,5</sup>. No entanto, é relatado que apesar de o desgaste da superfície distal do segundo molar decíduo aliviar a impactação do primeiro molar permanente e permitir sua irrupção pode ocorrer a perda do perímetro da arcada<sup>5</sup>. Como a discrepância é nula, podemos fazer o desgaste, porém deve-se ter cuidado para manutenção do

espaço livre de Nance para possíveis ajustes. Pensando nisso o paciente será acompanhado e será instalado posteriormente um arco lingual para preservação do Leeway space.

A pressão que o molar permanente exerce sobre o molar decíduo faz este apresentar ligeira extrusão e “trauma oclusal”<sup>5</sup>. A presença de forças oclusais exageradas sobre os dentes causa diversas alterações nos tecidos pulpares e periodontais, entre elas mudança na morfologia dos odontoblastos, seguido de hiperemia que desencadeia uma pulpite culminando no rompimento dos vasos sanguíneos e consequentemente necrose da polpa<sup>8</sup>.

O caso relatado mostra que além de mobilidade o dente que sofria as consequências da irrupção ectópica, elemento 75, encontrava-se necrosado devido ao trauma sofrido<sup>7</sup>. Sendo assim, devido sua importância na função mastigatória e como mantenedor de espaço natural no arco dentário, optou-se por sua manutenção. O tratamento endodôntico foi indicado, utilizando materiais à base de hidróxido de Cálcio o qual tem o papel de reduzir as reações inflamatórias nos tecidos periapicais, ação antimicrobiana e de dissolução de tecidos, e age como indutor de mineralização<sup>9,10</sup>.

Após o reposicionamento do molar permanente pode ocorrer, com certa frequência, uma recidiva<sup>1</sup>, mostrando que a preservação do caso é essencial até que as trocas dentárias ocorram e o paciente atinja a dentadura permanente completa.

#### **4. CONCLUSÃO**

Através dos resultados obtidos no caso clínico, pode-se concluir, que em casos de irrupção ectópica de molares permanentes inferiores, onde não existem problemas de discrepância de modelo negativa, o método de desgaste interproximal é indicado obtendo-se a desimpactação do dente permanente e extinguindo o trauma sobre o dente decíduo adjacente.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hennessy J, Al-Awadhi EA, Dwyer L, Leith R. Treatment of ectopic first permanent molar teeth. *Rev Dent Update*. 2012; 39: 656–661
2. Associação Brasileira de Odontopediatria. *Manual de Referências para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria*. São Paulo: Santos, 2010, pp 16-48.
3. Moyers, RE. *Handbook of orthodontics for the student and general practitioner*. Chicago: Year Book Medical, 1958, pp. 133-161
4. Young DH. Eruption of the first permanent molar. *ASDC Jr. Dent. Child*. 1957; 24: 153-162.
5. Giulin LG, Tanaka O, Ribeiro GL, Lima MH. Irrupção ectópica do primeiro molar superior permanente. *Rev Gaucha Odontol*. 2004; 52: 275-8.
6. Chintakanon K, Boonpinon P. Ectopic eruption of the first permanent molar: Prevalence and etiologic factors. *The Angle Orthodontist*. 1998; 68: 153-160.
7. Rizzato SMD, Menezes LM, Rego MVNN, Thiesen G, Araújo VP, Freitas MPM. Maxillary first molar impaction. A conservative treatment approach. *The Journal of clinical pediatric dentistry*. 2005;30:169-73.
8. Chacon AM, Alvarado AD. Efecto de la oclusión traumática sobre el tejido pulpar. *Rev. Cient. Odontol*. 2008; 4: 60-4.
9. Coser RM, Giro EM. Tratamento endodôntico em molares decíduos humanos com necrose pulpar e lesão pericápicar. *Rev Fac Odontol São José dos Campos*. 2002; 5: 84-92.
10. Gomes BP, Ferraz CC, Garrido FD, Rosalen PL et al. Microbial susceptibility to calcium hydroxide pastes and their vehicles. *Journal of Endodontics*. 2002; 28: 758-761.

## ANEXOS

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**UEA**  
UNIVERSIDADE  
DO ESTADO DO  
AMAZONAS

1

**AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO  
E/OU EXECUÇÃO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA UEA**

Paciente: Isaac Arou de Souza Fonte

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

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

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

Manaus, 14 de Setembro de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente

Quiana de S. Pomício  
Assinatura do Pai, tutor ou Responsável pelo Paciente



## Normas Revista: Indian Journal of Dental Research

- Tipos de manuscritos e limites de palavras

### Relatos de casos

Somente casos novos / interessantes / muito raros podem ser relatados. Os casos com significância clínica ou implicações serão priorizados, enquanto que a simples notificação de um caso raro pode não ser considerada. Até 2000 palavras excluindo referências e resumo e até 10 referências.

- Página Resumo

A segunda página deve conter o título completo do manuscrito e um resumo (com não mais de 150 palavras para relatos de casos, relatórios breves e 250 palavras para artigos originais). O resumo deve ser estruturado e indicar o Contexto (Antecedentes), Objetivos, Configurações e Design, Métodos e Material, Análise estatística utilizada, Resultados e Conclusões. Abaixo do resumo deve haver de 3 a 10 palavras-chave.

- Introdução

Indique o objetivo do artigo e resuma o raciocínio para o estudo ou observação.

- Métodos

Descrever claramente a seleção dos sujeitos observacionais ou experimentais (doentes ou animais de laboratório, incluindo controles). Identificar a idade, sexo e outras características importantes dos sujeitos. Identificar os métodos, aparelhos (indicar o nome e endereço do fabricante entre parênteses) e os procedimentos com detalhes suficientes. Dar referências a métodos estabelecidos, incluindo métodos estatísticos; fornecer referências e breves descrições para métodos que foram publicados, mas não são bem conhecidos; descrever métodos novos ou substancialmente modificados, dar razões para usá-los e avaliar suas limitações. Identificar precisamente todos os medicamentos e produtos químicos utilizados, incluindo nome (s) genérico (s), dose (s) e via (s) de administração.

Os relatórios de ensaios clínicos randomizados devem apresentar informações sobre todos os principais elementos do estudo, incluindo o protocolo, a atribuição de intervenções (métodos de randomização, ocultação da atribuição aos grupos de tratamento) eo método de mascaramento (cegueira), com base na declaração CONSORT (Moher D, Schulz KF, Altman DG: A Declaração CONSORT: Recomendações Revisadas para Melhorar a Qualidade dos Relatórios de Ensaios Aleatórios de Grupos Paralelos Ann Intern Med. 2001; 134: 657-662, também disponível em <http://www.consort-statement.org/>).

Os autores que enviem manuscritos de revisão devem incluir uma seção descrevendo os métodos usados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar dados. Estes métodos também devem ser resumidos no resumo.

- Ética

Ao relatar experiências em seres humanos, indique se os procedimentos seguidos estão de acordo com os padrões éticos do comitê responsável em experimentação humana (institucional ou regional) e com a Declaração de Helsinque de 1975, revisada em 2000 (disponível em [http://www.wma.net/e/policy/17-c\\_e.html](http://www.wma.net/e/policy/17-c_e.html)). Não use os nomes, iniciais ou números de pacientes dos pacientes, especialmente em material ilustrativo. Ao relatar experiências em animais, indique se o guia da instituição ou de um conselho nacional de pesquisa para, ou qualquer lei nacional sobre o cuidado e uso de animais de laboratório foi seguido.

- Estatísticas

Quando possível, quantificar os resultados e apresentá-los com indicadores apropriados de erro de medição ou incerteza (tais como intervalos de confiança). Relate perdas à observação (tais como abandono de um ensaio clínico). Coloque uma descrição geral dos métodos na seção Métodos. Quando os dados são resumidos na seção Resultados, especifique os métodos estatísticos utilizados para analisá-los. Evite as utilizações não técnicas de termos técnicos em estatísticas, como "aleatório" (que implica um dispositivo de aleatorização), "normal", "significativo", "correlações" e "amostra". Definir termos estatísticos, abreviaturas e a maioria dos símbolos. Utilize o itálico superior ( $P < 0,05$ ).

- Resultados

Apresentar os resultados em sequência lógica no texto, tabelas e ilustrações. Não repita no texto todos os dados nas tabelas ou ilustrações; enfatizar ou resumir apenas observações importantes.

- Discussão

Enfatize os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que deles derivam. Não repita em detalhe os dados ou outros materiais apresentados na Introdução ou na seção Resultados. Incluir na seção Discussão as implicações dos resultados e suas limitações, incluindo implicações para futuras pesquisas. Relacionar as observações com outros estudos relevantes.

Em particular, os contribuintes devem evitar fazer afirmações sobre benefícios e custos econômicos, a menos que seu manuscrito inclua dados econômicos e análises. Evite reivindicar prioridade e aludindo a trabalhos que ainda não foram concluídos. Estado novas hipóteses quando justificado, mas claramente rotulá-los como tal. Recomendações, quando apropriado, podem ser incluídas.

- Referências

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto (não em ordem alfabética). Identificar referências em texto, tabelas e legendas por algarismos arábicos em sobrescrito. As referências citadas apenas em tabelas ou legendas de figuras devem ser numeradas de acordo com a sequência estabelecida pela primeira identificação no texto da tabela ou figura em particular. Use o estilo dos exemplos abaixo, que são baseados nos formatos usados pelo NLM no Index Medicus. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo utilizado no Index Medicus. Use o nome completo da revista para revistas não indexadas. Evite usar resumos como referências. As informações de manuscritos submetidos, mas não aceitos devem ser citadas no texto como "observações não publicadas", com permissão escrita da fonte. Evite citar uma "comunicação pessoal" a menos que forneça informações essenciais não disponíveis de uma fonte pública, caso em que o nome da pessoa e a data da comunicação devem ser citados entre parênteses no texto. Para artigos científicos, os contribuintes devem obter permissão por escrito e confirmação de precisão a partir da fonte de uma comunicação pessoal. Se o número de autores for superior a seis, liste os seis primeiros autores seguidos de et al.

#### Referências de periódicos

##### Artigo de periódico padrão

Kulkarni SB, Chitre RG, Satoskar RS. Proteínas séricas na tuberculose. *J Postgrad Med* 1960; 6: 113-120.

##### Volume com suplemento

Shen HM, Zhang QF. Avaliação do risco de carcinogenicidade do níquel e do cancro do pulmão no trabalho. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 1: 275-282.

##### Questão com suplemento

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Reações psicológicas das mulheres ao câncer de mama. *Semin Oncol* 1996; 23 (1, Suppl 2): 89-97.

#### Livros e outras monografias

##### Autor (es) pessoal (ais)

Ringsven MK, Bond D. Gerontologia e habilidades de liderança para enfermeiros. 2a ed. Albany (Nova Iorque): Delmar Publishers; 1996.



Editor (es), compilador (es) como autor

Norman IJ, Redfern SJ, editores. Cuidados de saúde mental para idosos. Nova Iorque: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo em um livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hipertensão e derrame. Em: Laragh JH, Brenner BM, editores. Hipertensão: fisiopatologia, diagnóstico e manejo. 2a ed. Nova Iorque: Raven Press; 1995, pp 465-478.

- Tabelas

As tabelas devem ser autoexplicativas e não devem duplicar o material textual.

- ✓ Tabelas com mais de 10 colunas e 25 linhas não são aceitáveis.
- ✓ Digite ou imprima cada tabela com espaçamento duplo em uma folha de papel separada. Se a tabela deve ser continuada, repita o título em uma segunda folha seguido de "(cont.)".
- ✓ Tabelas de números, em algarismos arábicos, consecutivamente na ordem de sua primeira citação no texto e fornecer um breve título para cada um.
- ✓ Coloque a explicação nas notas de rodapé, não no cabeçalho.
- ✓ Explique nas notas de rodapé todas as abreviaturas não-padrão que são usadas em cada tabela.
- ✓ Obtenha permissão para todas as tabelas totalmente emprestadas, adaptadas e modificadas e forneça uma linha de crédito na nota de rodapé.
- ✓ Para notas de rodapé use os seguintes símbolos, nesta sequência: \*, †, ‡, §, |, \*, \*, ††, ‡‡

- Ilustrações (Figuras)

- ✓ As figuras devem ser numeradas consecutivamente de acordo com a ordem em que foram citadas pela primeira vez no texto.
- ✓ Símbolos, flechas ou letras usados em fotomicrografias devem contrastar com o fundo e devem ser marcados claramente com o tipo de transferência ou por sobreposição de tecido e não por caneta.
- ✓ Títulos e explicações detalhadas pertencem às lendas para ilustrações não nas próprias ilustrações.
- ✓ Quando os gráficos, os gramas de dispersão ou os histogramas são apresentados, os dados numéricos em que se baseiam devem também ser fornecidos.

- ✓ As fotografias e figuras devem ser cortadas para remover todas as áreas indesejadas. **IMAGENS COMPOSTAS PRECISAM SER CRIADAS POR AUTORES SOMENTE**
  - ✓ **CERTIFIQUE-SE DE QUE A IMAGEM APRESENTADA TENHA UM TAMANHO MÍNIMO DE 1024x760 PÍXELES.**
  - ✓ Se as fotografias de pessoas forem usadas, os sujeitos não devem ser identificáveis ou suas fotos devem ser acompanhadas de permissão por escrito para usar a fotografia.
  - ✓ Se uma figura foi publicada, reconheça a fonte original e submeta a permissão escrita do detentor dos direitos autorais para reproduzir o material. Uma linha de crédito deve aparecer na legenda para as figuras para tais figuras.
  - ✓ O Jornal reserva o direito de cortar, girar, reduzir ou ampliar as fotografias para um tamanho aceitável.
  - ✓ Forma de liberação de imagem do paciente essencial.
- Legendas para ilustrações
    1. Digite ou imprima legendas (máximo 40 palavras, excluindo a linha de crédito) para ilustrações usando espaçamento duplo, com algarismos arábicos correspondentes às ilustrações.
    2. Quando símbolos, setas, números ou letras são usados para identificar partes das ilustrações, identifique-as e explique-as claramente na legenda.
    3. Explicar a escala interna e identificar o método de coloração em fotomicrografias.
  - Proteção dos Direitos dos Pacientes à Privacidade.

As informações de identificação não devem ser publicadas em descrições escritas, fotografias, sonogramas, tomografias, etc. e pedigrees, a menos que a informação seja essencial para fins científicos eo paciente (ou pai ou responsável) dê consentimento informado por escrito para publicação. O consentimento informado para este fim requer que manuscrito a ser publicado o seja mostrado ao paciente. Quando o consentimento informado foi obtido, deve ser indicado no artigo e cópia do consentimento deve ser anexado em formato PDF.

- Apresentação e formato
  - ✓ Espaçamento duplo
  - ✓ Fonte Times New Roman, tamanho 12
  - ✓ Margens 2,5 cm dos quatro lados
  - ✓ A página de título contendo todas as informações desejadas (vide supra)
  - ✓ Título em execução fornecido (não mais de 50 caracteres)
  - ✓ A página abstract contendo o título completo do manuscrito
  - ✓ Resumo (não mais de 150 palavras para relatos de casos e 250 palavras para artigos originais)
  - ✓ O resumo estruturado por um artigo original

- ✓ Palavras-chave (três ou mais)
  - ✓ Mensagens principais
  - ✓ Introdução de 75-100 palavras
  - ✓ Cabeçalhos no caso de título (não TODAS AS CAPITAIS)
  - ✓ Referências citadas no resumo no texto sem parênteses
  - ✓ Referências de acordo com as instruções da revista, sinais de pontuação marcados
- 
- Linguagem e gramática
    - ✓ Inglês britânico uniforme
    - ✓ Abreviaturas descritas na íntegra pela primeira vez
    - ✓ Números de 1 a 10 definidos
    - ✓ Os números no início da frase
- 
- Tabelas e figuras
    - ✓ Sem repetição de dados em tabelas e gráficos e em texto
    - ✓ Números reais dos gráficos desenhados, fornecidos
    - ✓ Figuras necessárias e de boa qualidade (cor)
    - ✓ Tabela e números da figura em letras árabes (não romanos)
    - ✓ Etiquetas coladas na parte de trás das fotografias (sem nomes escritos)
    - ✓ Legendas de figuras fornecidas (não mais de 40 palavras)
    - ✓ Privacidade dos pacientes mantida (se a permissão não foi tomada)
    - ✓ Nota de crédito para números / tabelas fornecidos