



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**AMANDA ANTUNES GUIMARÃES LEAL**

**TÉCNICAS DE CONTENÇÃO FÍSICA/MECÂNICA EM  
ODONTOPEDIATRIA: implicações ético jurídicas que o  
cirurgião dentista precisa saber**

**CONTAINMENT TECHNIQUES IN PEDIATRIC  
DENTISTRY: ethical legal implications that the surgeon  
dentist needs to know**

SALVADOR

2019.1

**AMANDA ANTUNES GUIMARÃES LEAL**

**TÉCNICAS DE CONTENÇÃO FÍSICA MECÂNICA EM  
ODONTOPEDIATRIA: implicações ético jurídicas que o  
cirurgião dentista precisa saber**

**CONTAINMENT TECHNIQUES IN PEDIATRIC  
DENTISTRY: ethical legal implications that the surgeon  
dentist needs to know**

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

Orientador: Prof. Ms. Mônica Moura da Costa e Silva.

SALVADOR

2019.1

# SUMÁRIO

## RESUMO

## ABSTRACT

<b>1.INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2.METODOLOGIA</b>	<b>8</b>
2.1 TIPO DE ESTUDO	8
2.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	8
2.3 COLETA DE DADOS	8
2.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS COLETADOS	9
<b>3.REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>10</b>
3.1 UTILIZAÇÃO DE TÉCNICAS DE CONTENÇÃO FÍSICA/MECÂNICA EM CRIANÇAS NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	11
3.2 RESPONSABILIDADE DO CIRURGIÃO DENTISTA NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL PELO USO DE CONTENÇÃO EM CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO	16
3.3 A VALIDADE DO CONSENTIMENTO DADO PELOS PAIS DOS PACIENTES	20
<b>4.CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>22</b>

## REFERÊNCIAS

## ANEXO

## RESUMO

O estudo tem como principal objetivo discutir as possíveis implicações ético-jurídicas para o cirurgião-dentista quando da realização das técnicas de contenção física e/ou mecânica no atendimento odontológico de crianças. Atualmente, tem havido um maior questionamento em relação à necessidade de aplicação destas técnicas, dada a natureza do tratamento em consultório odontológico ser, essencialmente, de cunho preventivo-curativo e muito raramente, envolver razões de iminente risco de vida. O artigo busca responder se o uso da contenção em crianças constitui-se em violação de algum direito. Deste modo, foi realizada uma revisão de literatura, além da consulta a dispositivos normativos. Poucos foram os estudos que abordaram os traumas na infância causados por tratamento odontológico e os aspectos jurídicos quando da realização das técnicas de contenção. Percebeu-se que maior parte dos profissionais da Odontopediatria não escolhe a técnica de contenção tendo em vista a situação clínica do paciente, mas sim, as dificuldade para a realização do atendimento clínico em função do comportamento da criança. A Odontologia deve assegurar a aplicação apropriada das técnicas de contenção, para os casos que de fato, possuem indicação de uso, observando-se as regras e normas éticas e/ou jurídicas vigentes no país.

**PALAVRAS-CHAVE:** Odontopediatria; responsabilidade civil e contenção.

## **ABSTRACT**

The main objective of this study is to discuss the possible ethical-legal implications for the dentist when performing physical and / or mechanical restraint techniques in the dental care of children. Currently, there has been a greater questioning regarding the need to apply these techniques, given the nature of the dental office treatment is essentially preventive-curative and very rarely involve reasons of imminent risk of life. The article seeks to answer whether the use of restraint in children constitutes a violation of some right. In this way, a literature review was carried out, besides the consultation of normative devices. Few studies have addressed childhood trauma caused by dental treatment and legal aspects when performing retention techniques. It was noticed that most professionals in Pediatric Dentistry do not choose the technique of containment in view of the patient's clinical situation, but rather, the difficulty to perform clinical care in function of the child's behavior. Dentistry should ensure the appropriate application of containment techniques, in cases where they are in fact indication of use, observing the ethical and / or legal rules and norms in force in the country.

**KEY-WORDS:** pediatric dentistry; civil responsibility and containment.

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a Odontopediatria é reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) como a especialidade que tem por objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal do bebê, da criança e do adolescente; a educação para a saúde bucal e a integração desses procedimentos com os outros profissionais da área da saúde. (1,3)

O exercício da Odontopediatria é algo complexo, que exige do profissional, além de conhecimentos técnicos-científicos especializados, qualidades comportamentais das mais variadas. A empatia, é possivelmente, uma das mais necessárias, pois o cuidado que se presta à criança e ao adolescente, não pode se limitar ao diagnóstico e/ou terapêutica necessários, mas também, e principalmente, a questões relacionais.

Assim, torna-se imprescindível uma aproximação entre a Odontologia, a Psicologia e outras áreas do conhecimento, na intenção de viabilizar o tratamento em saúde de crianças e adolescentes que envolvam situações de estresse, desagradáveis ou de risco. (2)

Nesse sentido, observa-se um aumento do interesse científico e profissional por técnicas de manejo de comportamento, que pretendem proporcionar o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficientes para lidar com contextos potencialmente estressantes, tais como, os que envolvem tratamentos e procedimentos odontológicos. (2) No entanto, ainda são inúmeros os desafios que envolvem esta relação paciente-profissional e ainda são escassas publicações na área.

Durante uma consulta odontopediátrica, a maioria das crianças exhibe comportamento positivo, porém uma boa parte delas é incapaz de cooperar. Seja em função da pouca idade, ou até mesmo por outras razões que podem ser determinadas por contingências ambientais ou de ordem familiar, além das razões relacionadas ao medo do tratamento odontológico propriamente dito. (3)

Sabe-se contudo, que estas razões são dependentes não só do preparo prévio dos pais, como também do estabelecimento de uma relação de confiança

entre a criança e o profissional e principalmente, pela habilidade de condução deste processo pelo Odontopediatra. (4)

Na contramão, buscando enfrentar as dificuldades impostas pelas próprias crianças, quando elas se opõem ou resistem fisicamente ao tratamento odontológico, a Odontopediatria desenvolveu uma série de técnicas de imobilização ou contenção dos movimentos do paciente no âmbito odontológico. São as conhecidas técnicas de controle comportamental. Dentre estas, as mais utilizadas pela Odontologia ainda são: controle de voz, reforço positivo, dizer-mostrar-fazer, mão sobre a boca e a contenção física/mecânica. A contenção química (sedação e anestesia geral) é geralmente, a última escolha nesta escala de técnicas.

O uso das técnicas de contenção física/mecânica era aceito com maior naturalidade, no entanto, a nova ordem democrática levou a população a uma série de transformações sociais e estas por sua vez, representaram alterações importantes do ponto de vista moral-jurídico-legal. Neste processo, há que destacar a forte influência da mídia e das redes sociais aliadas à ampliação do acesso às informações via internet, fatores que muito têm interferido nas relações humanas, inclusive no campo da saúde.

É comum o questionamento acerca da necessidade e/ou eficácia das técnicas de manejo de comportamento. Os pais têm questionado mais intensamente sobre as vantagens e desvantagens de cada técnica, principalmente em relação às técnicas de contenção físico/mecânica, consideradas mais agressivas. (5)

Deste modo, este trabalho se propõe a conhecer melhor, através de uma revisão de literatura narrativa, os possíveis aspectos éticos e jurídicos envolvidos no tratamento clínico de crianças em consultório odontológico (especialmente, os de comportamento difícil), que podem vir a comprometer juridicamente<sup>1</sup> os cirurgiões dentistas e odontopediatras no Brasil. O presente estudo partiu da seguinte pergunta de investigação: a utilização de técnicas de contenção em crianças no tratamento odontológico constitui-se em violação de algum direito?

---

<sup>1</sup> Civil e criminalmente

## 2. METODOLOGIA

### 2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma Revisão de Literatura Narrativa, onde para realização do estudo foram delimitadas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; definição dos critérios para inclusão e exclusão dos estudos e das informações a serem extraídas; categorização e avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

### 2.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Considerando o objetivo deste estudo, a formulação do problema foi obtida através da seguinte questão norteadora: a utilização de técnicas de contenção em crianças no tratamento odontológico constitui-se em violação de algum direito?

Em caso positivo, quais seriam os direitos violados, qual a validade do consentimento dado pelos pais do paciente e a consequente responsabilização civil e/ou penal do cirurgião-dentista, face ao risco e ocorrência destes danos no exercício profissional pelo uso de contenções em consultório odontológico.

### 2.3 COLETA DE DADOS

Após a definição da questão condutora, os critérios para inclusão dos artigos foram:

- 1- Artigos nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MedLine) e Science Direct.
- 2- Artigos com descritores: odontopediatria; responsabilidade civil e contenção.



- 3- Publicações no período de 1998-2016.
- 4- Artigos com texto completo.
- 5- Artigos de pesquisa, de reflexão e ensaios.
- 6- Artigos nos idiomas português e inglês.
- 7- Artigos que atendiam ao objetivo de abordar a contenção em Odontopediatria e os aspetos ético-legais da abordagem. Quando cruzados os descritores Odontopediatria, responsabilidade civil e contenção, foram encontrados aproximadamente 285 publicações na base Lilacs, 199 na MedLine e 108 publicações na Science Direct. Considerando os critérios de inclusão, foram selecionadas 40 publicações e alguns outros foram excluídos, por não se encaixarem devidamente no tema proposto de forma direcionada.
- 8- Além da revisão integrativa, por tratar-se de assuntos conexos, foram pesquisados estudos que versavam sobre vínculo profissional-paciente, humanização do tratamento odontológico e traumas em Odontopediatria, além de dispositivos normativos de carácter ético e /ou jurídico relacionados ao manejo de técnicas de contenção em saúde. A exemplo destes últimos, foi analisado o Estatuto da criança e do adolescente (Lei. 8.069 – ano de 2008), o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (Nº41 – ano de 1995), o Código Civil (lei 5.081/1966), o Código Penal, além do Código de Ética Odontológica (Nº42 – ano de 2012).

## 2.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

Após a leitura crítica e reflexiva dos artigos, as informações obtidas foram sintetizadas e analisadas de modo mais aprofundado. Ajudando assim de maneira mais clara, na obtenção de respostas prévias para a pergunta de investigação desta revisão de literatura integrativa.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Crianças são seres em crescimento e desenvolvimento, com necessidades específicas em cada fase, pertencendo a diferentes classes sociais, apresentando desigualdades não apenas biológicas ditadas pelas etapas de amadurecimento de suas funções orgânicas, mas socialmente determinadas, havendo uma relação diretamente proporcional entre suas vulnerabilidades, riscos de adoecer, danos e suas condições de existência e qualidade de vida. (6)

Como cada criança é um indivíduo único, ela vive de forma diferente suas experiências, com condições particulares de superar ou não as dificuldades que lhes foram impostas durante a infância.

Um profissional de saúde deve buscar compreender a criança, conforme a fase de desenvolvimento em que se encontra. Vale destacar que o desenvolvimento infantil é um processo motor, intelectual, social, entre outros. São fases marcadas por mudanças constantes, inclusive quanto à sua capacidade de entender e reagir a estímulos. A maioria dos profissionais de odontologia, consideram as técnicas de manejo comportamental como imprescindíveis ao sucesso de qualquer tratamento odontológico em crianças. Por outro lado, várias são as publicações que tratam da humanização do atendimento em saúde. A criação de vínculos, de laços de respeito e afeto entre os profissionais e os pacientes é considerada como uma das mais importantes estratégias para o sucesso do tratamento em saúde.

Humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma, é preservar a dignidade do ser humano.

A reflexão humanística não enfoca somente problemas e necessidades biológicas, mas abrange as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos existentes nas ações relativas à atenção em saúde. Existem muitas diferenças entre o vivido pelo paciente e o percebido pelo profissional, onde cada pessoa vivencia o seu estado

de saúde (e o processo saúde doença) como condição única, particular, e os profissionais de saúde veem essas situações individuais como casos clínicos, e portanto, a partir de um pretense ponto de vista objetivo, dentro de parâmetros meramente racionais e científicos. Daí, equivocadamente, nascem as disparidades, as diferenças, os lados opostos no momento da clínica. (7)

Nesse contexto, é importante ressaltar o tratamento odontológico infantil e a necessidade de uma avaliação dos aspectos comportamentais da criança. O dentista deve incluir uma avaliação do potencial cooperativo da criança como parte do plano de tratamento. As informações podem ser colhidas por meio de observações, interação com a criança e anamnese.

Em Odontopediatria é imprescindível uma série de habilidades profissionais que vão muito além do domínio de múltiplas técnicas de controle do comportamento. O profissional deve reunir conhecimentos de várias áreas, dentre outros, da Psicologia Infantil, da Pediatria e da Saúde Coletiva. Para assim compreender, estruturou-se esta revisão a partir dos seguintes tópicos: Utilização de Técnicas de Contenção Física/Mecânica em crianças no tratamento odontológico; Responsabilidade do Cirurgião Dentista no exercício profissional pelo uso de contenção em consultório odontológico; A validade do consentimento dado pelos pais dos pacientes.

### 3.1 UTILIZAÇÃO DE TÉCNICAS DE CONTENÇÃO FÍSICA/MECÂNICA EM CRIANÇAS NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

É necessária a construção de um vínculo entre o cuidador (profissional de saúde) e o paciente, onde a qualidade do cuidado dependerá das relações estabelecidas, da expressividade, das experiências prévias, do conhecimento técnico, das condições de trabalho e também do contexto geral. O profissional deve sempre demonstrar afeto, carinho e procurar estar presente por completo, valorizando sempre o paciente. (8)

Um cirurgião-dentista (CD) que lida com crianças deve estar apto a avaliar o nível de desenvolvimento da criança, suas atitudes, seu temperamento e

assim, antever a sua reação ao tratamento. Ou seja, o CD necessita de uma série de conhecimentos e habilidades adquiridos em outras áreas científicas, a exemplo, da Psicologia Infantil. A criança que se apresenta com uma patologia bucal, e que não se deixa tratar, testa as habilidades do profissional de Odontologia, assim pensa a maioria dos odontopediatras. No entanto, o sucesso de um tratamento odontológico, depende muito do vínculo profissional-paciente e este não pode ser construído com base em fingimentos ou enganação ao paciente infante. A criança deve estar ciente do tratamento que será realizado. Por outro lado, a atitude do Dentista e dos membros de sua equipe exerce papel importante na determinação do comportamento da criança no consultório odontológico. Uma comunicação adequada da equipe odontológica pode aliviar o medo e a ansiedade, bem como auxiliar a criança de modo que esta possa lidar melhor com seus sentimentos e temores, além de ser mais cooperativa no consultório odontológico.

A construção do vínculo profissional-paciente, por certo, facilita a realização do tratamento odontológico com segurança e qualidade, além de fomentar uma atitude odontológica positiva na criança. (9)

A Odontopediatria considera como uma das principais dificuldades enfrentadas no tratamento odontológico de crianças, os pacientes denominados de não colaboradores ou opositores – crianças que apresentam comportamentos que atrasam, dificultam ou impedem a realização dos procedimentos clínicos, tais como: recusar-se a abrir a boca, levantar-se da cadeira odontológica, chorar, gritar, executar movimentos com o corpo e/ou cabeça, chutar ou morder o profissional. (10-12)

Os comportamentos de não colaboração das crianças durante o atendimento odontológico são geralmente atribuídos a emoções como medo e ansiedade, traumas (físicos ou psicológicos), ou a outros fatores inerentes ao indivíduo (temperamento, personalidade), sendo dado pouco valor para os eventos e/ou estímulos presentes no ambiente odontológico (13), ou seja, a não colaboração é entendida como intrínseca ao paciente e não como produto de aprendizagem (direta ou indireta) das condições ambientais externas, observáveis ou inferidas, presentes ou remotas. (14)

Algumas das técnicas utilizadas pelos CD em consultório odontológico pretendem manter a comunicação, enquanto outras, estão voltadas essencialmente para o controle do comportamento considerado inadequado ao tratamento. Assim, estas técnicas não podem ser avaliadas numa base individual, mas devem ser consideradas dentro do contexto da experiência odontológica de cada criança. Cada técnica deve ser integrada a uma abordagem de aproximação geral, porém individualizada para cada criança. Não é uma aplicação das técnicas individuais criadas ao "lidar" com crianças, mas é mais um método contínuo, detalhado, que significa desenvolver e nutrir o relacionamento entre o paciente e o profissional, que finalmente irá construir a confiança e aliviar o medo e a ansiedade. (15,16)

Algumas crianças apresentam ocasionalmente comportamentos que requerem o uso de técnicas mais radicais, dentre elas, a estabilização "protetora" (imobilização), contenção físico/ mecânica, a sedação e a anestesia geral. O diagnóstico apropriado do comportamento e a execução segura e eficaz dessas técnicas demandam conhecimentos e experiências que quase sempre vão além dos estudos de graduação. Ainda hoje, estas técnicas são "ensinadas" em programas de residência e/ou em cursos de educação continuada que envolvem um treinamento didático e experimental.

A definição da estabilização "protetora" é a limitação da liberdade de movimentos do paciente, com ou sem sua permissão, a fim de diminuir o risco de ferimentos ao permitir a conclusão segura do tratamento. A limitação pode envolver uma outra pessoa, um dispositivo de imobilização do paciente ou uma combinação disso.

Alguns autores entendem que contenção física e contenção mecânica são sinônimos, o que é verdade. Porém a contenção mecânica faz uso de dispositivos mecânicos auxiliares, como fitas, faixas e coletes protetores. Já a contenção física, é feita somente através da limitação dos movimentos do paciente, onde o profissional juntamente com auxílio da sua equipe (técnicos ou auxiliares de saúde bucal e pais/responsáveis), seguram os braços, mãos e pernas da criança. As técnicas de contenção podem ser executadas pelo

Dentista com auxílio da equipe de auxiliares ou pelos pais/responsável, com ou sem o uso de dispositivos restritivos.

A contenção física/mecânica do paciente odontopediátrico é indicada quando os pacientes requerem o diagnóstico imediato e/ou tratamento limitado e não podem cooperar devido à falta de maturidade, incapacidade mental ou física. Também é indicada quando a segurança do paciente, da equipe de funcionários, do Dentista, ou dos pais esteja em risco sem o uso da estabilização protetora.

A estabilização do paciente é contra-indicada em pacientes cooperativos não-sedados; em pacientes que não podem ser imobilizados com segurança devido a condições médicas associadas; é também contra-indicada em pacientes que tiveram experiências traumáticas prévias, sejam físicas ou psicológicas, com a estabilização “protetora” (a menos que nenhuma alternativa esteja disponível); e também para pacientes não-sedados e com o tratamento não-emergencial, que requeiram consultas longas.

Sabe-se, que a depender da gravidade da situação clínica da criança, a estabilização parcial ou completa do paciente é fundamental, principalmente nos casos de urgência e emergência que envolvem risco de vida, no entanto, o profissional deve optar pela estabilização menos restritiva possível, de forma segura, eficaz e protetora.

Por outro lado, o uso da contenção física/mecânica tem o potencial de produzir sérias consequências, tais como o dano físico ou psicológico, a perda da dignidade, a violação dos direitos de um paciente, ou até mesmo a morte. Por causa dos riscos associados e das consequências possíveis do uso, o Dentista é incentivado a avaliar o caso concreto e analisar as alternativas possíveis. (17) Assim, a decisão para uso ou não da estabilização “protetora”, deve sempre levar em consideração; as necessidades odontológicas do paciente; os efeitos na qualidade do tratamento odontológico; os exames e principalmente, o desenvolvimento emocional do paciente.

O uso de qualquer tipo de contenção “protetora” no tratamento de crianças, adolescentes ou de pessoas com necessidades especiais é um tópico

que preocupa tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes e familiares envolvidos.

A estabilização protetora, com ou sem um dispositivo restritivo, executado pela equipe odontológica, requer consentimento informado dos pais. Para tanto, é importante obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), informado, assinado pelos pais e documentado no registro do paciente (prontuário), antes do uso da estabilização protetora. Devido à natureza aversiva da técnica, o TCLE também deve ser obtido antes mesmo dos pais realizarem/auxiliarem ou presenciarem a estabilização protetora durante procedimentos odontológicos.

É necessário que o CD explique de maneira clara e minuciosa a forma como irá acontecer a técnica escolhida, de modo a não deixar qualquer tipo de dúvida ou insegurança aos os pais.

No registro (prontuário) do paciente deve incluir sempre de forma clara, o consentimento informado para a contenção; a indicação; o tipo de estabilização; a duração da aplicação; a frequência de ajustes da avaliação e da segurança da contenção, juntamente com a avaliação do comportamento durante o procedimento.

A redução ou eliminação de movimentos bruscos e intempestivos, juntamente com a proteção do paciente, da equipe de funcionários, do Dentista, ou dos pais, e a facilitação da realização do tratamento odontológico de qualidade, são considerados como os principais objetivos do uso de contenção física/mecânica em pacientes odontopediátricos.

É importante salientar as diversas precauções a serem tomadas pelo profissional, no exame do paciente antes da estabilização protetora. A tensão e a duração da estabilização devem ser monitoradas e reavaliadas em intervalos regulares. A contenção em torno das extremidades ou do tórax não deve restringir ativamente a circulação ou a respiração. Deve-se terminar a contenção o mais cedo possível em um paciente que esteja sob estresse ou severamente histérico, para impedir um possível trauma físico ou psicológico.

As técnicas de contenção física/mecânica levam a discussão de temas extremamente delicados, tais como a violência e maus tratos contra crianças, os

danos morais estritamente psíquicos, a dor, o desconforto, a desigualdade de força e consciência entre paciente e cirurgião-dentista. Estes temas há muito aterrorizam a Odontologia, pois tendem a manter uma ideia que alia cirurgiões dentistas à tratamentos dolorosos, incômodos e comparáveis à um castigo.

### 3.2 RESPONSABILIDADE DO CIRURGIÃO DENTISTA NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL PELO USO DE CONTENÇÃO EM CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Todo profissional de saúde possui a responsabilidade de seus atos e práticas em obediência a um código de ética. Intervenções coercivas, como o uso de contenção física/mecânica, podem corresponder a uma agressão quando realizada de maneira desnecessária e incorreta em um paciente.

O profissional precisa atuar na assistência, sempre respeitando a dignidade do paciente. Enquanto realiza seus cuidados e procedimentos técnicos, o CD precisa refletir o quão impactante é para o paciente, e na situação de contê-lo, os diversos fatores que estão atrelados como, por exemplo, efeitos psicológicos, físicos e até mesmo as questões éticas e legislatórias que amparam este ato.

A forte influência e presença da mídia, através de redes sociais e televisão têm aumentado, a consciência dos profissionais e da população em geral, acerca da contenção física/mecânica. Além disso, amplia-se a discussão dos possíveis abusos e violações de conduta ética na assistência odontopediátrica.

Os problemas de relacionamento entre os pais/responsáveis e o dentista, estão muito relacionados à falta de comunicação entre eles, e exercem um papel proeminente no início de ações judiciais contra o CD. Mesmo onde nenhum “erro” tenha ocorrido, a falta percebida de importar-se e/ou de colaboração pode estar associada ao litígio. (18) Desta forma, é relevante salientar a importância do profissional comprometido e atento não somente com o atendimento e seus respaldos éticos legais, mas principalmente com seu paciente.

Nesse contexto, devido ao grande avanço do número de processos legais contra cirurgiões dentistas, a questão da utilização ou não de técnicas de



contenções físico/mecânica durante o atendimento odontopediátrico, passou a ter maior importância no contexto odontológico atual. Os diversos fatores desencadeantes desta polêmica são consequências, muitas vezes, do emprego equivocado ou desnecessário das técnicas por profissionais não capacitados e inexperientes. É de suma importância ressaltar a responsabilidade do profissional, que pode vir a responder civil, penal e eticamente por seus atos, mediante a comprovação de culpa ou dolo<sup>2</sup>.

Para o Código de Ética Odontológica, constitui infração ética dar início ao tratamento odontológico de menores sem a autorização de seus responsáveis ou representantes legais, exceto, em casos de urgência ou emergência. (1) Segundo o Código Civil atual, os menores de 16 anos são considerados incapazes civilmente (19) e por isso, é de suma importância a autorização do seu responsável para que qualquer ato profissional seja praticado durante o atendimento odontológico. (20)

Além do Código Civil, há de se considerar que toda e qualquer criança tem seu direito assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), proposto pela Lei. 8.069 de 13 de julho de 1990. O ECA é considerado um dos maiores marcos na atenção integral a infância, tratando dos princípios da proteção da criança na sociedade e como sendo sujeito de direitos. (21) Segundo o estatuto, em Título I, Art. 2º, considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Em seu Art. 5º, o referido dispositivo legal, afirma que a criança será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, sendo punido na forma da lei qualquer atentado por ação ou omissão à seus direitos. (21) Deste modo, o uso da contenção mecânica durante atendimento odontopediátrico, sem os devidos cuidados e ressalvas do cirurgião dentista, poderá ser considerada uma forma de violência infantil.

---

<sup>2</sup> Conduta intencional, voluntária e com o objetivo de atingir certo resultado ilícito.

Também está previsto no ECA, em seu Art. 13, que em casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças, estes deverão sempre ser comunicadas ao Conselho Tutelar da respectiva localidade. (21)

Em 1991 foi criado pela Lei nº 8.242, o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente como o principal órgão do sistema de garantia de direitos da criança. Além de definir as políticas para área da criança e da adolescência, o CONANDA também fiscaliza as ações executadas pelo poder público no que diz respeito ao atendimento da população infanto-juvenil. (22)

Os maus-tratos em crianças e adolescentes ocorrem quando um sujeito superior comete um ato capaz de causar dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima, podendo gerar consequências graves como injúrias permanentes e problemas psicossociais.

A violência infantil precisa ser combatida baseada no fato de que tal pode vir a comprometer o crescimento e desenvolvimento, deixando assim sequelas duradouras e a matriz para que o círculo da violência se reproduza contra outras crianças do futuro.

Por outro lado, há de levar em consideração que nas últimas décadas, o Judiciário tem recebido diversas ações envolvendo cirurgiões-dentistas (CD), principalmente às de cunho indenizatório, o que faz com que o fórum cível seja mais acionado pelos clientes em comparação a outros dispositivos sociais. No entanto, importa na presente análise considerar a responsabilidade criminal do CD, especialmente a que estiver relacionada ao crime de lesão corporal. No Brasil, segundo o Código Penal, o crime de lesão corporal é assim considerado: “Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem: Pena - detenção, de três meses a um ano. (Art. 129, Decreto-lei 2848/40).” (23)

Ao interpretar reiteradamente o Direito, os aplicadores da lei e a doutrina jurídica, recentemente, passaram a considerar como crime de lesão corporal aqueles que ofendem à saúde mental do indivíduo.

O *caput* do art. 129 do Código Penal, definindo o tipo penal de lesões corporais, usa o verbo ofender, procedente da palavra latina *offendere*, no sentido de fazer mal a alguém, lesar, ferir, atacar etc. (23)

Prossegue a redação legal apontando que essa ofensa é dirigida contra a integridade corporal ou a saúde de outrem. (23)

Conforme apontado por Hungria, o crime de lesão corporal consiste em qualquer dano ocasionado por alguém, sem *animus necandi*<sup>3</sup>, à integridade física ou a saúde, fisiológica ou mental, de outrem. Não se trata, como o *nomen juris* poderia sugerir *prima facie*, apenas de mal infligido à inteireza anatômica da pessoa. Lesão corporal compreende toda e qualquer ofensa ocasionada à normalidade funcional do corpo ou organismo humano, seja do ponto de vista fisiológico ou psíquico. Mesmo a desintegração da saúde mental é lesão corporal, pois a inteligência, a vontade ou a memória dizem com a atividade funcional do cérebro, que é um dos mais importantes órgãos do corpo. Não se concebe uma perturbação mental sem um dano à saúde, e é inconcebível um dano à saúde sem um mal corpóreo ou uma alteração do corpo. Quer como alteração da integridade física, quer como perturbação do equilíbrio funcional do organismo (saúde), a lesão corporal resulta sempre de uma violência exercida sobre a pessoa. (24)

Dessa forma, cabe a discussão relacionada ao tema, visto que, a contenção física de uma criança poderá suscitar ansiedades e medos para além da infância. Porém, o que fará diferença para se gerar o medo ou trauma de dentista, será a forma respeitosa e amorosa com a qual a criança deverá ser tratada. A criança que recebe demonstrações de que é amada e respeitada dentro da sua individualidade (seja ela calma ou agitada), mesmo que sua vontade não tenha sido cumprida, não guarda rancor, medo ou associa emoções ruins ao tratamento odontopediátrico. Acredita-se que a idade no momento do atendimento odontológico é o fator determinante para o comportamento das crianças e que a situação dentária influencia a resposta comportamental, em especial, quando estas sofreram algum episódio de trauma. (17) É de grande importância que os cirurgiões dentistas estejam sempre cientes das diversas implicações jurídicas que eles podem enfrentar durante a sua carreira profissional, decorrentes da prática de contenções na Odontopediatria.

---

<sup>3</sup> Intento de morte

É importante ressaltar que, independente da técnica escolhida, o uso de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é indispensável na atenção odontológica à crianças. O atendimento de menores sem a expressa autorização de seus pais ou responsáveis, salvo em situações de urgência ou emergência, é considerado infração ética grave segundo o Código de Ética Odontológica Brasileiro. (1) Neste sentido, é imprescindível que o profissional obtenha um consentimento adequado da família sobre o atendimento da criança, incluindo vantagens, desvantagens e risco/benefício para o paciente. (25)

Ao se considerar que a clínica odontopediátrica tem como principal público alvo crianças e adolescentes menores de 16 anos, o TCLE ganha um contorno ainda mais necessário, visto que, estes indivíduos são considerados legalmente incapazes de tomar qualquer decisão a seu próprio respeito. (21) Faz-se absolutamente necessária a autorização do seu responsável para que qualquer ato profissional seja praticado. (25)

### 3.3 A VALIDADE DO CONSENTIMENTO DADO PELOS PAIS DOS PACIENTES

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é um documento através do qual o profissional deve informar, de maneira clara e com linguagem acessível à pessoa leiga, sem o uso de jargões, os procedimentos propostos, a forma e o tempo de seu desenvolvimento, os possíveis desconfortos e riscos a serem enfrentados durante o atendimento, os possíveis benefícios ou malefícios, os métodos alternativos existentes e até mesmo os custos. Enfim, tudo o que possa vim a interferir na decisão profissional, não sendo aconselhável adotar um padrão fixo perante as inúmeras variáveis existentes. (26)

É de grande relevância salientar que existem dois tipos de consentimentos: o expresso e o implícito. Sendo o consentimento implícito obtido através da análise do comportamento somado as atitudes do paciente durante o atendimento. É quando o profissional presume que o mesmo está de acordo ou desacordo com o tratamento oferecido. E o consentimento expresso pode ser escrito ou verbal, ocorre quando após receber as orientações sobre o tratamento

que será realizado, o paciente e/ou responsável declara, de maneira escrita ou verbal, estar de acordo ou não com o tratamento proposto pelo profissional. (27)

É indispensável que o paciente ou responsável seja capaz de compreender os esclarecimentos e de consentir. Juridicamente, em termos formais, em se tratando de crianças ou adolescentes, o consentimento será dado por seus representantes legais, normalmente os pais ou familiares próximos autorizados. É necessário portanto, esclarecer os responsáveis em relação aos procedimentos a que seus filhos serão submetidos, sanar suas dúvidas e explicar-lhes a necessidade do uso de técnicas de manejo comportamental, pois os cuidadores/responsáveis são os agentes de saúde familiar responsáveis pela motivação essencial para o tratamento odontopediátrico. Assim, os pais ou responsáveis devem ser encarados como aliados na promoção da saúde oral da criança. (28)

As técnicas de adaptação do comportamento utilizadas pelo profissional e todas as decisões de orientação devem ser baseadas em uma avaliação subjetiva que pese os riscos e benefícios à criança. As decisões a respeito do uso de técnicas de adaptação do comportamento e à exceção da abordagem linguística ou comunicativa, não podem ser feitas unicamente pelo Dentista. Devem envolver os pais, e se for apropriado, a criança também. O Dentista é conhecedor dos cuidados odontológicos, isto é, o sincronismo e as técnicas de tratamento; os pais devem compartilhar com o profissional a decisão de tratar ou não tratar, e devem ser consultados a respeito das estratégias do tratamento, das condutas e dos possíveis riscos potenciais. Consequentemente, a conclusão bem sucedida de serviços diagnósticos e ações terapêuticas é vista como uma parceria do dentista, dos pais e da criança.

Para se obter o consentimento informado é fundamental explicar aos pais sobre a natureza, o risco e os benefícios da técnica a ser usada, e de todas as técnicas alternativas profissionalmente reconhecidas ou baseadas em evidências. (28) Deve-se responder a todas as perguntas de modo claro e esclarecido, de acordo com a compreensão dos pais.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contenção física/mecânica é bastante utilizada para garantir o sucesso na realização de procedimentos durante o atendimento odontopediátrico. No entanto, em determinados casos, pode se constituir em uma infração ética profissional e/ou responsabilização civil/penal, pois seu uso indiscriminado e indevido nos consultórios odontológicos, pode provocar danos físicos e/ou emocionais nas crianças e famílias envolvidas.

Através dessa revisão integrativa e da consulta a dispositivos normativos, foi possível identificar, que a depender da necessidade e situação clínica da criança, a contenção físico/mecânica pode ser caracterizada como uma forma de violência infantil, ou até mesmo, dadas as consequências relacionadas à saúde mental do paciente, poderá ser enquadrada como um tipo de lesão corporal.

Há evidências de lacunas na produção científica sobre o assunto. A maior parte dos estudos abordam as indicações e técnicas relacionadas ao procedimento de contenção física/mecânica, negligenciando outros aspectos de suma importância, tais como, os éticos e os jurídicos.

Não se debate o assunto, sob este enfoque, nas instituições acadêmicas, fato que pode evidenciar uma certa resistência à presente discussão. Percebeu-se que maior parte dos profissionais da Odontopediatria não escolhe a técnica de contenção tendo em vista a situação clínica do paciente. E neste sentido, há sempre que se considerar, no tratamento odontopediátrico, a presença ou não de risco de vida, caso o procedimento não seja realizado. A aplicação da técnica, sem a devida indicação, poderá levar a judicialização do fato ocorrido quando do atendimento à criança. É o que se pode refletir, a partir das normas atuais do Direito brasileiro.

Além disso, poucos foram os estudos que relacionaram a psicologia, a odontologia e os traumas na infância causados por tratamento odontológico ou que abordaram os aspectos jurídicos quando da realização das técnicas de contenção.

Pelas razões acima expostas, recomenda-se a discussão da temática junto a outros profissionais, a exemplo de psicólogos, médicos e juristas. É necessário e urgente que a Odontopediatria repense a sua prática e a partir desta reflexão, elabore um novo protocolo clínico relacionado a esta abordagem. A Odontologia deve assegurar a aplicação apropriada das técnicas de contenção de maneira segura e correta, para os casos que de fato, possuem indicação de uso.

Deste modo, pode-se concluir que a contenção física/mecânica, desenvolvida e executada de maneira segura e correta pelo profissional com auxílio de sua equipe, sendo respaldada pela comunicação psíquica, terapêutica e com o envolvimento de princípios éticos jurídicos, poderá ser eficiente caso, seja de fato necessária e imprescindível. Um tratamento odontológico preventivo ou curativo, por si só, não deve respaldar a escolha da técnica para o atendimento de pacientes em momentos de agitação intensa e de agressividade.

É importante ressaltar, que a discussão sobre esta temática não se esgota com a produção desta revisão integrativa. Dada a escassez de pesquisas na área, sugere-se que sejam fomentados estudos epidemiológicos de base populacional e/ou pesquisas qualitativas voltadas para a discussão interdisciplinar da questão em destaque.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica. Resolução nº 42 de 20 de maio de 2003; 24p. CFO. RESOLUÇÃO CFO-63/2005
2. Costa Junior, Áderson Luiz. Psicologia Aplicada à Odontopediatria: Uma Introdução. Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia. UERJ. Rio de Janeiro, 2002.
3. Sartor MS. Análise funcional do comportamento de desobediência ao tratamento médico de crianças com dermatite atópica. [Dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2010.
4. Albuquerque CM, Gouvêa CVP, Moraes RCM, Barros RN, Couto CF. Principais técnicas de controle do comportamento em odontopediatria. Arquivos em odontologia. 2010; 46 (2):110-15.
5. Corrêa MSNP, Leber PM, Ramos DLP. Uma reflexão acerca dos aspectos psicológicos e éticos no tratamento odontológico de pacientes infantis. In: Corrêa MSNP. Sucesso no atendimento odontopediátrico. Aspectos psicológicos. São Paulo: Editora Santos; 2002; 221-25.
6. Rocha SMM, Scochi CGS, Lima RAG, Mello DF, organizadores. Memorial do grupo de estudos em saúde da criança e do adolescente: 1991 a 2002; Ribeirão Preto (SP): FIERP; 2002; 150 p.
7. Fortes CAP. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saúde e Sociedade. 2004; 13(3)3, 30-35 p.
8. Machado MS, Nagano HCM, Silva JYB, Bosco VL. Participação dos pais na tomada de decisões no atendimento odontológico de seus filhos. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo 2009 jan-abr; 21(1): 38-47.
9. Negano, M. Dilemas e reflexões de odontopediatras sobre estratégias de manejo do comportamento infantil. Florianópolis, SC,85p; 2010.



10. Schatkoski AM, Wegner W, Algeri S, Pedro ENR. Segurança e proteção à criança hospitalizada [REVISÃO DE LITERATURA]. São Paulo, julho de 2009.
11. Silva AL. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, 195-241.
12. Fioravante DP. Análise da interação entre o odontopediatra e a criança em situação de atendimento odontológico. 2007. Dissertação (Mestrado em Análise de Comportamento) – UEL, Londrina; 2007.
13. Possobon RF, Moraes ABA, Junior ALC, Ambrosano GMB. O Comportamento de Crianças Durante Atendimento Odontológico. Brasília, Jan-Abr 2003, Vol. 19 n. 1, pp. 059-064; 2003.
14. Milgrom P, Weinstein P, Kleinknecht R, Getz T. Treating fearful dental patients: a patient management Handbook. Reston: Reston Publishing Company; 1995.
15. Adair SM, Schafer TE, Rockman RA, Waller JL. Survey of behavior management teaching in predoctoral pediatric dentistry programs. Pediatric Dentistry. 2004; 26:143-150.
16. Adair SM, Waller JL, Schafer TE, Rockman RA. A survey of members of the American Academy of Pediatric Dentistry membership: nitrous oxide and sedation. Pediatric Dentistry. 2004; 26:159-166.
17. Ferreira E, et al. O uso da contenção física como técnica de condicionamento no atendimento odontológico de bebê: Revisão de literatura. Revista Gestão & Saúde. 2016; v. 14, n.1, p 31-36.
18. Lester GW, Smith SG, Listening and talking to patients: A remedy for malpractice suits. West J Med 1993; 158:268-272.
19. BRASIL. Lei n. 10.406, ART. 3º do Código vigente. 10 de janeiro de 2002; Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002.

20. Singh KS, Moraes ABA, Cesar J. Análise funcional do comportamento do Dentista no contexto de sua atuação profissional. Acta Comportamental. 2002; 10(2),181-98.
21. BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069/90, de 13 de julho de 1990.
22. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente/CONANDA. Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995; Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Diário Oficial da República Federativa do Brasil (BR): Seção I, p. 16319-20.
23. BRASIL. Art.129, Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.
24. Hungria, Nelson. Comentários ao código penal. Rio de Janeiro: Forense, 1958.
25. Nagano HCM. Dilemas e reflexões de odontopediatras sobre estratégias de manejo do comportamento infantil (tese). Florianópolis, SC. 2010; 85p.
26. Brandenburg OJ, Haydu VB. Contribuições da Análise do Comportamento em Odontopediatria. Psicologia científica prof. 2009; 29(3):462-75.
27. Garbin CAS, Garbin AJI, Rovida TAS, Saliba MTA, Dossi AP. The professional responsibility of dentist in lawyer's opinion. Rev Odontol UNESP. 2009; 38(2): 129-34.
28. Klatchoian DA, Noronha JC, Toledo AO. Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. Manual de referência. ABO-odontopediatria. Pediatric Dentistry. 2004; 26(2).

# ANEXO A - DIRETRIZES PARA AUTORES

## Diretrizes para Autores

### INSTRUÇÕES GERAIS

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

### ESTRUTURA DO MANUSCRITO

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

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

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)
  - 2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).
- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).

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

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

### 3. Texto

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

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

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

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

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

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

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

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

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

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

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

[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

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

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

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

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

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93. Artigo em periódicos em meio eletrônico: Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x> Livro: Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

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

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

Documento eletrônico:

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

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

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

tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura. a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

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

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

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

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

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL