



CURSO DE ODONTOLOGIA

ANANDA NONATO DE JESUS

**REQUISITOS PARA A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO
ODONTOLÓGICO EM DOMICÍLIO**

**REQUIREMENTS FOR IMPLANTATION OF THE DENTAL
HOME CARE SERVICE**

SALVADOR
2022.1

ANANDA NONATO DE JESUS

**REQUISITOS PARA A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO
ODONTOLÓGICO EM DOMICÍLIO**

**REQUIREMENTS FOR IMPLANTATION OF THE DENTAL
HOME CARE SERVICE**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Viviane
Maia Barreto de Oliveira

SALVADOR
2022.1

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por todo amparo, por me fazer forte para chegar até aqui.

Aos meus pais pelo incentivo, amor, dedicação e por sempre estarem ao meu lado.

Ao meu irmão Victor por todo carinho e ajuda.

Aos meus familiares, por toda compreensão e carinho.

A minha Orientadora Viviane, pela maravilhosa orientação, por me acompanhar passo a passo, e nunca me deixa na mão.

Aos meus amigos pelo convívio de vários anos, pelas palavras carinhosas de incentivo e ajuda na correção deste trabalho.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu êxito profissional.

SUMÁRIO

	RESUMO	
	ABSTRACT	
1	INTRODUÇÃO	06
2	METODOLOGIA	08
3	REVISÃO DE LITERATURA	09
3.1	CONTEXTO HISTÓRICO	09
3.2	ATENDIMENTO DOMICILIAR EM ODONTOLOGIA	10
3.3	LEGISLAÇÃO SANITÁRIA E O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR	12
3.4	MODELANDO O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR	13
3.5	BIOSSEGURANÇA E O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR	15
3.6	EQUIPAMENTOS SUGERIDOS PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR	17
3.7	REGISTROS LEGAIS DO SERVIÇO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR FRENTE A VIGILÂNCIA SANITÁRIA	23
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
	REFERÊNCIAS	
	ANEXO A – DIRETRIZES PARA AUTORES	
	ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS	

RESUMO

A implantação dos serviços odontológicos domiciliares se aumentado, tem mostrado ser uma alternativa favorável em diversos países, tornando-se uma efetiva possibilidade de levar qualidade de vida em domicílio a pacientes que precisam ou preferem essa modalidade de atendimento. O presente estudo teve como objetivo analisar as produções científicas, legislações e diretrizes preconizadas acerca do atendimento odontológico domiciliar respeitando as normativas da vigilância sanitária. Sendo este uma revisão de literatura com busca avançada nas bases de dados MEDLINE via PUBMED e Biblioteca Virtual em Saúde, no qual a coleta de dados ocorreu no período de 24 de fevereiro de 2021 a 09 de março de 2022. Como critérios de inclusão foram apresentados artigos que retratam os requisitos para a implementação do serviço odontológico em domicílio, que apresentam subsídio para a Odontologia. Como critérios de exclusão, artigos que se repetem nas bases de dados consultadas, trabalhos não disponíveis na íntegra, artigos que, embora tratem sobre assistência domiciliar e saúde bucal, trazem aspectos específicos de patologias. Conclui-se que no âmbito da Odontologia domiciliar é evidente a falta de normas específicas que regulamentem a atuação dos cirurgiões dentistas em domicílio para a efetivação dos atendimentos de forma oficial, estando estes atualmente regidos apenas pela regulamentação dos Serviços de Atenção Domiciliar em outras áreas da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: saúde bucal; atenção primária a saúde; atendimento domiciliar.

ABSTRACT

The implantation of home dental services has been shown to be a favorable alternative in several countries, becoming an effective possibility to bring quality of life at home to patients who need or prefer this type of care. The present study aimed to analyze the scientific productions, legislation and recommended guidelines on home dental care, respecting the norms of sanitary surveillance. This is a literature review with an advanced search in the MEDLINE databases via PUBMED and the Virtual Health Library, in which data collection took place from February 24 to May 28, 2021. As inclusion criteria, articles were presented that portray the requirements for the implementation of the dental service at home, which present subsidies for Dentistry. And as exclusion criteria, articles that are repeated in the consulted databases, works not available in full, articles that, although dealing with home care and oral health, bring specific aspects of pathologies. It is concluded that within the scope of home dentistry, there is still a lack of implementation of specific rules that regulate the performance of dental surgeons at home and what is necessary for the effectiveness of care, which are currently governed only by the regulation of Home Care Services.

KEYWORDS: oral health; primary health care; home care.

1. INTRODUÇÃO

A atenção domiciliar no Brasil vem apresentando crescimento e em 2019, representou um quantitativo de 1,5 milhões de pacientes atendidos e, segundo o Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar, esse crescimento está entre 8% a 15% ao ano.¹ Dessa maneira, a estratégia da atenção domiciliar multiprofissional se insere no processo de promoção à saúde de pacientes que dependem diretamente deste tipo de assistência, também conhecido como atendimento *home care*.²

As diversas áreas que operam no modelo de atenção em domicílio enfrentam, além de desafios, muitas possibilidades de atuação nas diferentes formas de atendimento, disponibilizando assim, um serviço que oferece assistência, tratamento, praticidade e melhor qualidade de vida aos pacientes.²

O atendimento se incorpora como uma opção da categoria assistencial que permite três formas de atuação dos serviços: a forma preventiva, que visa evitar o adoecimento ou o agravamento de doenças já presentes; a terapêutica, sendo esta, desde o atendimento até que haja a alta médica; e a forma paliativa que possibilita um tratamento em pacientes sem perspectiva de cura, visando uma melhor qualidade de vida.³

Diante ao exposto, diversos países têm se mostrado favoráveis à implantação e a implementação dos serviços de atenção domiciliar nas últimas décadas, principalmente para pacientes elegíveis a tal terapêutica.²

A Odontologia se insere nesse cenário com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes que estão por diagnóstico ou por orientação profissional impossibilitados temporária ou definitivamente de realizar o deslocamento para o atendimento odontológico ambulatorial.⁴ O cirurgião dentista, no contexto interdisciplinar, se apresenta tratando as necessidades dos pacientes no domicílio, que requerem estratégias voltadas para um atendimento que ofereça o melhor conforto e bem-estar, dispondo do conhecimento específico e ferramentas necessárias durante a assistência.

É fundamental a capacitação profissional para a prestação de uma assistência ágil, precisa, qualificada e resolutiva. Realizando, assim, o diagnóstico bucal de forma eficiente o que vai resultar em atendimentos menos traumáticos para aqueles que já se encontram em um estado debilitado.⁵

Sendo assim, diante do aumento da demanda de pacientes que apresentam dificuldades, restrições e/ou dependências físicas para as atividades da vida diária (AVDs), a implantação do atendimento domiciliar tem se tornado uma importante e efetiva alternativa de atenção e cuidado a esses grupos. Entretanto, é necessário compreender que existem normas e regras que precisam ser cumpridas para que esse atendimento odontológico ocorra de forma efetiva e com toda a biossegurança que estes procedimentos exigem.

Desta forma, o objetivo deste trabalho foi analisar o que tem sido produzido pela comunidade acadêmica, bem como legislações acerca dos requisitos para implementação dos serviços odontológicos em domicílio, mencionando o que é preponderante em um atendimento nesta modalidade odontológica, bem como analisar as diretrizes preconizadas sobre o Atendimento Domiciliar, respeitando as normativas da Vigilância Sanitária que tratam do tema.

2. METODOLOGIA

O desenvolvimento do estudo proposto foi realizado através do método de revisão de literatura. Esta metodologia abrange publicações amplas, adequadas para descrever e discutir o tema estipulado. Sendo uma metodologia que se constitui na análise da literatura de forma interpretativa e análise crítica do autor, além disso as revisões narrativas podem contribuir na discussão de determinadas temáticas trazendo questões na aquisição e atualização do conhecimento em um menor espaço de tempo.⁶

Os descritores utilizados na pesquisa foram conferidos através das bases de dados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings). Tais plataformas foram organizadas de forma hierárquica, com informações indexadas e catalogadas, além do controle de vocabulário, bilíngue, utilizados mundialmente a fim de representar o conteúdo de todos os documentos das principais bases de dados em saúde com intuito de facilitar as estratégias de pesquisas.

A coleta de dados ocorreu no período de 24 de fevereiro de 2021 a 09 de março de 2022, com busca avançada nas bases de dados MEDLINE via PUBMED e Biblioteca Virtual em Saúde. Nessas bases de dados citadas foram utilizados como descritores “Oral Health”, “Primary Health Care” e “home care”, sendo a estratégia de busca utilizada: (“Oral Health”) AND (“Primary Health Care”) AND (“home care”), com artigos completos em português e inglês.

O método para a escolha dos estudos foi realizado através da leitura precisa de títulos e resumos, acompanhando critérios que foram pré-estabelecidos. Os critérios de inclusão seguidos foram: artigos que retratam os requisitos para a implementação do serviço odontológico em domicílio, que apresentam subsídio para a Odontologia, com limite temporal de 22 anos (2000 a 2022) em língua portuguesa e inglesa com capacidade de atender ao objetivo do estudo. Os critérios de exclusão foram: artigos que se repetem nas bases de dados consultadas, trabalhos não disponíveis na íntegra, artigos que embora tratem sobre assistência domiciliar e saúde bucal, trazem aspectos específicos de patologias.

Foram adicionadas ainda Leis e Resoluções nacionais e internacionais que pudessem permitir a base jurídica e legal para a implementação do serviço.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CONTEXTO HISTÓRICO

O atendimento em domicílio é uma prática antiga. Surgiu em um cenário contrário à equidade, no qual o serviço que era prestado se diferenciava em relação a quem era destinado e a classe social.⁷ Até o século XIX não havia políticas públicas institucionalizando a assistência em domicílio, sendo papel das instituições religiosas as ações às pessoas em estado de necessidade neste meio.⁸

Os Estados Unidos da América (EUA) surgiram como pioneiros nessa atividade de *home care*, no Hospital de Boston (atualmente é o New England Medical Center) e nesse hospital foi montado um grupo de profissionais da enfermagem com a finalidade específica de desenvolver ações de saúde em domicílio.⁹

Na década de oitenta, os EUA trouxeram o conceito de “*Home Health Care*” voltado para a internação domiciliar, como uma alternativa aos custos elevados com internação hospitalar, e se mostrou eficiente, não só pela diminuição dos custos, mas também na redução da taxa de infecção adquirida em ambiente hospitalar.¹⁰

O Brasil, impulsionado pelas discussões da Conferência Alma-Ata, a partir de 1978,¹¹ reorganizou o movimento sanitário, e em 1986 a VII Conferência Nacional de Saúde que estabeleceria as propostas da Reforma Sanitária Brasileira no modelo Beveridgiano, voltada para um sistema nacional de saúde, o que foi apontado na Constituição Federal de 1988 e definido em Leis complementares do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.¹²

O protótipo de atenção à saúde, caracterizada pela perspectiva médica centrada nos cuidados da saúde em hospitais, não deu conta das necessidades de saúde decorrentes do processo de envelhecimento da população. Dessa maneira, surgiu a necessidade de expansão dos modelos de atenção pautados na integralidade, equidade, multiprofissionalíssimo, serviços organizados em rede, com destaque a ações assistenciais.¹²

Nesse contexto, deu-se início a serviços de apoio a hospitais e o surgimento das primeiras experiências no serviço de atenção domiciliar,

impulsionadas por iniciativas ligadas às Secretarias Municipais de Saúde e hospitais públicos.¹³

A primeira organização voltada para a assistência domiciliar deu-se início ao Hospital do Servidor Público em São Paulo, focada na desospitalização de pacientes com doenças crônicas estáveis, a fim de desocupar uma parte dos leitos do hospital, que estava em estado de superlotação na época.⁹

Através do Sistema Único de Saúde (SUS), com o surgimento e expansão das equipes de Atenção Primária à Saúde, a atenção domiciliar ganhou destaque na formulação de políticas públicas de saúde.¹⁴ Em 2006, foram inseridas diversas leis no Ministério da Saúde para melhorar e consolidar os serviços de atendimento em domicílio, para que fosse assim regulamentado.¹⁵ No ano de 2011, o Ministério da Saúde implantou o Programa Melhor em Casa, trazendo reconhecimento ao potencial estratégico da atenção domiciliar como uma alternativa para alterar a forma de ofertar saúde no Brasil.¹⁶

Nesse cenário, o Programa Melhor em Casa marca um momento importante para a estruturação dos serviços de atenção domiciliar enquanto modalidade de atenção estratégica, dentro da consolidação e organização das redes de atenção à saúde.¹⁷

O atendimento domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde conhecida por ter um bom custo benefício, promover a desospitalização, proporcionar atendimento multiprofissional e humanizar o cuidado.¹⁸

Por conseguinte, através de técnicas, regulamentos e a participação de profissionais de diversas áreas, o atendimento em domicílio se tornou cada vez mais especializado.

3.2 ATENDIMENTO DOMICILIAR EM ODONTOLOGIA

Os serviços de atendimento domiciliar são caracterizados pela presença do profissional de saúde na residência dos pacientes, assim como no ambiente em que vivem, considerado um método para a determinação de um plano assistencial voltado para a recuperação, prevenção e manutenção da saúde de pacientes dependentes e parcialmente dependentes.¹⁹

O atendimento odontológico domiciliar é considerado como mais uma área de atuação odontológica realizada pelo cirurgião dentista, com ênfase

multidisciplinar. Nessa área, o paciente é avaliado de forma interdisciplinar sendo ofertada uma qualidade de vida saudável e funcional, quando possível.²⁰

Além disso, deve proporcionar ao paciente um atendimento de maior conforto psicológico e confiança profissional, apresentando um tratamento mais humanizado, visando uma melhor estratégia para o reestabelecimento funcional.²¹

No tratamento realizado em domicílio, deve-se buscar a terapêutica curativa que abrange tratar o paciente até promover a sua cura, a paliativa que envolve o tratamento e o cuidado oferecendo melhor qualidade de vida, além da assistência preventiva buscando evitar o agravamento de doenças.²²

O atendimento domiciliar na Odontologia surgiu como uma alternativa para melhorar a utilização dos recursos em saúde e, ao longo do tempo, vem se tornando uma tendência mundial.²³

Mas nem sempre se apresentou dessa forma, pois a Política Nacional de Atenção Básica incluiu a visita domiciliar como atribuição a vários profissionais, entretanto, ao eleger atribuições específicas, não incluiu o cirurgião-dentista e nem o técnico/auxiliar em saúde bucal. Essa atribuição só aconteceu em 2004, na Política Nacional de Saúde Bucal quando foi proposta, nesse documento, a realização da visita domiciliar pela equipe de saúde bucal, com o objetivo de alterar o modelo de atenção, ampliar e qualificar ações e cuidados em saúde para todos os níveis de atenção vigentes.²⁴

Nesse contexto, a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal representou o marco teórico da saúde bucal brasileira.²⁵

Além dos serviços domiciliares prestados pelo SUS, que incluem a participação do cirurgião-dentista e equipe de saúde bucal para a população, existem também os serviços de atenção domiciliar privados que, ao longo do tempo, vem se tornando cada vez mais comuns.¹⁵

Nessa perspectiva, constata-se que ao longo do tempo foram surgindo resoluções e regulamentos contendo requisitos necessários na implementação do serviço de atendimento no domicílio, sem, contudo, contemplar especificamente o atendimento odontológico.

3.3 LEGISLAÇÃO SANITÁRIA E O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR

O serviço domiciliar está presente na elaboração das políticas públicas de saúde e assistência social, gestão e outras práticas de serviços em saúde.¹⁴ As instituições que se elegem de forma responsável para realizar a assistência domiciliar devem ter uma estruturação adequada para o porte e tipo de atendimento. Uma estrutura eficiente e com segurança envolve diversos requisitos, dentre eles: funcionamento da empresa, sistema de atendimento bem dimensionado, sistemas de informação em tempo real, uma eficiente gestão.⁹

No Brasil, em 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária regulamentou o funcionamento de serviços que prestam atendimento em domicílio aprovado pelo Decreto nº 3.029, Portaria de nº 593, Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 11, considerando as necessidades de propor requisitos mínimos de segurança com finalidade do funcionamento de serviços de atenção domiciliar, nas categorias de assistência e internação domiciliar.¹⁵

Os serviços de saúde que disponibilizam esta modalidade de atendimento se tornam responsáveis técnicos e gerenciam sua estrutura, processos e resultados por eles obtidos, tendo o dever de atender às exigências e normas legais, desde a indicação de alta ou óbito.¹⁵

Desta forma, tal resolução determina a publicação de técnicas adequadas de administração e fiscalização da atenção domiciliar, considerando a necessidade de dispor de informações aos serviços de saúde assim como órgãos de vigilância sanitária.¹⁵

Como resultado, foram propostas algumas normas como: a aprovação de um regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de atenção domiciliar, determinando que nenhum serviço de atenção domiciliar pode entrar em funcionamento sem estar licenciado pela autoridade sanitária local, além disso, o descumprimento de qualquer determinação do regulamento técnico constitui infração de natureza sanitária, estando o infrator sujeito a processo e penalidades.¹⁵

Enquanto a RDC nº 11 da ANVISA versa sobre o atendimento domiciliar em saúde de forma geral, uma resolução anterior já previa o atendimento odontológico domiciliar. Na Resolução SS-15 de 18 de janeiro de 1999, foi

aprovada uma norma técnica que preconiza condições para a instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica e no capítulo IV, que trata das modalidades de atendimento, os procedimentos odontológicos de assistência domiciliar poderão ser executados na modalidade de extra estabelecimento.²⁶

Essa modalidade abrange procedimentos realizados fora da área física de estabelecimentos, podendo ser com o uso de unidades como: unidade transportável, unidade móvel e a unidade de atendimento portátil, na qual é caracterizada pelo atendimento a pacientes com equipamentos portáteis, principalmente voltados para casos de impossibilidade de locomoção dos pacientes, inclusive em casos de pacientes hospitalizados.²⁶

Para a realização de procedimentos dentro da modalidade extra estabelecimento, é necessário que ocorra uma comunicação ao órgão sanitário competente sobre os tipos de procedimentos que serão realizados, nome dos pacientes e endereço.²⁶

3.4 MODELANDO O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR

O atendimento odontológico domiciliar manifestou-se como uma inovação profissional. O adequado atendimento no domicílio se tornou uma vertente dessa prática odontológica.²⁷

Diferente da realidade assistencial hospitalar e outras instituições, o atendimento no domicílio promove uma relação mais próxima entre paciente, profissional e, até mesmo, a família. Em domicílio, a tendência é que paciente e familiares colaborem e participem mais ativamente de todo o tratamento e, conseqüentemente, os profissionais atuem afetivamente mais próximos e com o olhar ampliado para a família.¹⁰

Antes de realizar qualquer intervenção é necessário que o cirurgião dentista tenha amplo conhecimento da condição clínica do paciente, realizando anamnese incluindo aspectos biológicos, clínicos, histórico, social e psicológicos, auxiliando no planejamento e execução do atendimento.¹⁹

Como ocorre nos serviços em saúde convencionais, o atendimento odontológico domiciliar também necessita de equipamentos para a execução de

determinados procedimentos. Grande parte dos casos demandam do uso de um equipamento de alta/baixa rotação além de outros instrumentais.²⁸

O cirurgião dentista deve buscar a adequação aos diferentes ambientes de trabalho que vai encontrar, no caso do atendimento *home care* utilizando de equipamentos portáteis, no entanto, existem determinados procedimentos que não necessitam obrigatoriamente da utilização dos mesmos.¹⁹

A conduta técnica na prática da Odontologia domiciliar não se diferencia da empregada em procedimentos clínicos ambulatoriais. O que ocorre em muitos casos é a necessidade de adaptações no manuseio de materiais e equipamentos, a fim de facilitar o manejo na cavidade bucal dos pacientes, tornando o procedimento confortável.¹⁹

Nesse contexto, a RDC nº 63, que surgiu em 2011, regulamenta e estabelece requisitos de boas práticas para o funcionamento de serviços de saúde, redução de controle de riscos aos usuários, humanização da atenção e gestão. Esse regulamento técnico se estende a todos os serviços de saúde do país sejam eles privados, públicos ou filantrópicos.²⁹

Para efeito do mesmo, são adotadas práticas como o gerenciamento da qualidade, onde o serviço de saúde deve ser capaz de fornecer serviços dentro dos padrões de qualidade exigidos respondendo aos requisitos dos regulamentos e legislações vigentes, fornece a segurança do paciente, condições organizacionais, o prontuário do paciente sendo de responsabilidade do profissional de saúde, garantindo que o prontuário possua registros de identificação e relativo a todos os procedimentos executados.²⁹

Anterior à RDC nº 63, em 2010 foi criada a resolução RDC nº 2/2010 que discorre sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde nos estabelecimentos de saúde com o objetivo de estabelecer critérios que necessitam ser seguidos e utilizados na prestação de serviços em saúde, incluindo serviço domiciliar, de modo a garantir a qualidade, eficácia, efetividade, rastreabilidade e segurança desses serviços.³⁰

Tal regulamento se aplica na utilização de tecnologias em prestação de serviços em saúde sendo necessário elaborar e implantar um plano de gerenciamento para os seguintes alguns critérios como: produtos para saúde incluindo equipamentos de saúde, saneantes, medicamentos, produtos de higiene e cosméticos.³⁰

3.5 BIOSSEGURANÇA E O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR

O serviço de assistência odontológica domiciliar não é mencionado no código de ética odontológico, porém é necessário que todas as condutas éticas e profissionais sejam seguidas e respeitadas de acordo com as normas apropriadas à Odontologia e sua área de atuação.³¹

As mesmas condutas aplicadas no consultório odontológico são exigidas no atendimento em domicílio como: anamnese completa, exame clínico intra e extra oral, avaliação de prescrições, avaliação dos últimos exames radiográficos e laboratoriais, planejamento e execução do tratamento.³¹

Apesar de o domicílio ser pautado como uma área protetora e reservada da saúde do indivíduo, sendo considerada assim uma área com um baixo nível de infecção cruzada, todos os cuidados de biossegurança devem ser adotados. Posteriormente à definição do planejamento odontológico, é necessário que algumas orientações sejam seguidas a fim de diminuir ainda mais os riscos de contaminação cruzada que podem ocorrer no domicílio, entre equipe odontológica, pacientes e moradores.³²

Em 2018, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou a RDC nº 222, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Tal resolução se aplica aos geradores de resíduos de serviços de saúde onde as atividades estejam relacionadas com a atenção à saúde humana ou animal, sejam eles privados, públicos, filantrópicos, incluindo serviços de assistência domiciliar.³³

O objetivo desse gerenciamento de resíduos é de proporcionar um encaminhamento de forma eficiente e segura, tendo em vista além da preservação da saúde pública e do meio ambiente a proteção dos trabalhadores. Nesse contexto, é necessário que todo serviço gerador de resíduos disponha de um plano de gerenciamento, observando e seguindo as regulamentações federais, estaduais, municipais ou do distrito federal.³³

Nesse contexto, de acordo com a RDC nº 11 é necessário o desenvolvimento de alguns protocolos para o atendimento em domicílio, que inclui uma averiguação do estado de saúde do paciente desde antes da visita do profissional. Além de orientar o paciente ou cuidador através de recomendações

entregues antes do atendimento sobre a importância de se ter em mãos lista de medicamentos, exames laboratoriais, radiográficos e relatórios médicos, a necessidade de um espaço reservado para o atendimento que contenha de preferência janelas abertas, disponibilização de um banheiro para paramentação e higiene das mãos e informar que todo material que foi utilizado no atendimento, ao final terá o seu devido descarte., sob responsabilidade do profissional.¹⁵

Em relação aos cuidados inerentes ao profissional de saúde no âmbito do atendimento odontológico domiciliar envolvendo os equipamentos de proteção individual, o profissional deve se apresentar a residência do paciente com vestimentas limpas afim de evitar uma possível infecção cruzada, calçar propés ou fazer a troca de sapatos antes de entrar no domicílio, se paramentar antes do atendimento com uso de máscara N95 ou PFF2, remover adornos, pulseiras, relógios, brincos, colares, realizar além da higienização correta das mãos a antissepsia com álcool 70% INPM. Além disso, realizar a paramentação e desparamentação dos EPI's de maneira correta, que consiste na sequência: avental descartável ou autoclavável, máscara N95 ou PFF2, óculos de proteção, *face shield*, touca, luvas de procedimento ou cirúrgica. No fim de cada procedimento é feita a sequência inversa para desparamentação.^{32,31}

Os instrumentais que serão utilizados durante os procedimentos devem previamente estar esterilizados e acondicionados em grau cirúrgico, armazenados sem contato com outros materiais. Após o atendimento, os materiais contaminados necessitam ser acondicionados em caixa plástica com travas, o lixo contaminante acondicionado em sacos identificados para serem descartados de forma correta sendo levados para descarte em lixo hospitalar, bem como os materiais perfurocortantes que devem ser dispensados em coletores de paredes resistentes a perfuração e a passagem de líquidos específicos para materiais perfuro cortantes.³³

De acordo com a RDC nº 222, que regulamenta as boas práticas de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, os resíduos gerados pelos serviços de atenção domiciliar precisam ser recolhidos e acondicionados pelo próprio profissional presente no atendimento ou até mesmo por uma pessoa treinada e destinado ao ambiente adequado. O transporte desses resíduos pode ser realizado no próprio veículo utilizado para o atendimento sendo necessário o uso de coletores que sejam de material rígido, resistente, com sistema de

fechamento com dispositivo de vedação, identificados certificando que não haja vazamentos e tombamentos.³⁴

À medida que ocorre o avanço odontológico juntamente ao tecnológico, foram desenvolvidos os aparelhos de radiografia portáteis, possuindo importante atuação nos atendimentos clínicos bem como nos atendimentos domiciliares. A radiografia digital está ligada a diversos benefícios um deles é que ocorre a redução na dose de radiação emitida ao paciente bem como a melhor manipulação do aparelho e observação das imagens.³⁵

Porém, por conta da maior aproximação do operador com o dispositivo portátil, apresenta preocupação em relação ao maior contato do operador com a quantidade de radiação secundária emitida comparada à radiação emitida pelos aparelhos convencionais que permitem um maior afastamento do operador.³⁶

Portanto, buscando proteção também em ambiente domiciliar de acordo com a RDC nº 330, é necessário adotar medidas de proteção radiológica, permitindo uma maior segurança e proteção da equipe de saúde, paciente e acompanhante ali presente contra a exposição acidental à radiação ionizante, sendo necessário o uso dos aventais plumbíferos tanto no operador, paciente e acompanhante.³⁷

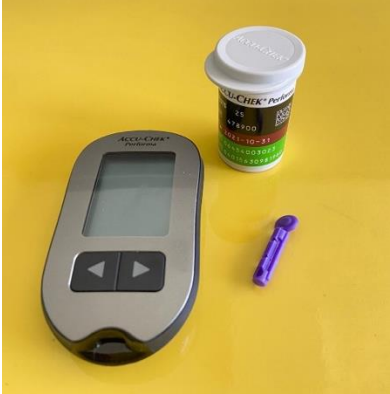


3.6 EQUIPAMENTOS SUGERIDOS PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR

Os equipamentos utilizados nos atendimentos em domicílio, são portáteis, ou seja, que podem ser transportados entre os domicílios, auxiliando o cirurgião-dentista. A preferência é para equipamentos mais leves, que facilitem todo o processo de locomoção até o local onde acontecerá o atendimento.

É importante lembrar que os equipamentos usados no domicílio, bem como na clínica odontológica, precisam estar registrados e autorizados pela ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou MS – Ministério da Saúde.³⁸

Abaixo segue Quadro 1 com os principais equipamentos requeridos para o atendimento em domicílio.

Quadro 1 – Sugestão de equipamentos requeridos no atendimento odontológico domiciliar.

Equipamento	Imagem	Registro na ANVISA
Glicosímetro		8141402
Oxímetro		80889460017
Aparelho medidor de pressão arterial (OMRON)		81952070003

<p>Aspirador de fluidos (ASPIRAMAX)</p>	A white and purple suction device with a clear collection cup and a pink tube. The brand name 'ASPIRAMAX' is visible on the front.	81952070005
<p>Ultrassom Piezoelétrico</p>	A white ultrasound machine with a control panel featuring two dials and a foot pedal. A handpiece is connected to the side. The brand name 'SONICLAX' is visible on the front.	80354800006
<p>Motor Beltec com peça reta/ adaptado para contra ângulo</p>	A small white motor unit with a handpiece. The brand name 'BELTEC' and 'LEIÃO' are visible on the front panel.	80186650013

<p>Fotopolimerizador (RADII-CAL)</p>		10282499002
<p>Raio-X Digital Portátil (Diox)</p>		80840260002
<p>Maleta Odontológica</p>		81608080004

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Para garantir a desinfecção e a organização e o transporte biosseguro dos equipamentos, sugere-se o uso de caixas plásticas e containers (Figura 1). Outros equipamentos podem auxiliar no atendimento como a mala para transporte dos equipamentos (Figuras 2 e 3).

Figura 1 - A) Caixa Plástica com travas para fechamento para transporte de materiais e equipamentos; B) Caixa para transporte de materiais menores

A**B**

Fonte: Acervo pessoal, 2022.

Mala com rodinhas contendo vários compartimentos para guardar e organizar os instrumentais e equipamentos necessários.

Figura 2 - A) Maleta Organizadora fechada B) Parte superior aberta

A**B**

Fonte: Acervo pessoal, 2022.

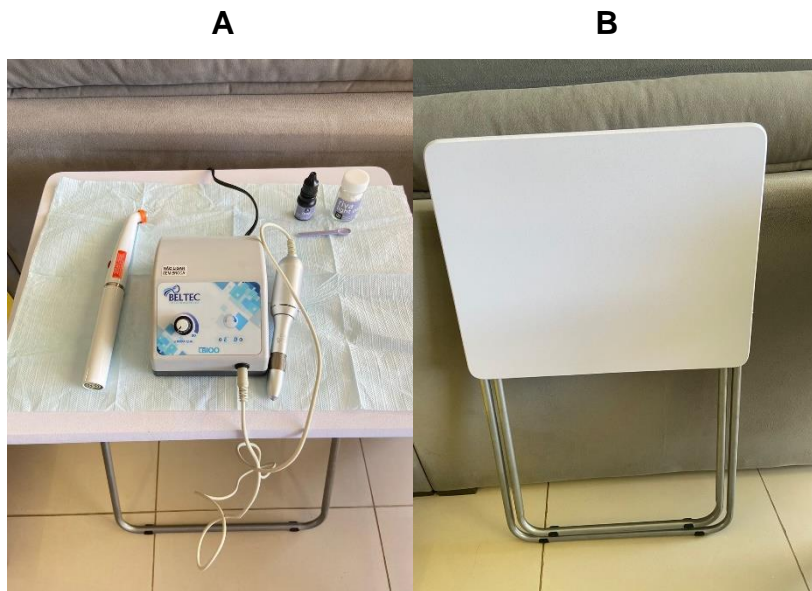
Figura 3 - Compartimento para materiais autoclavados



Fonte: Acervo pessoal, 2022.

A Mesa dobrável portátil pode ser transportada em uma sacola, utilizada para apoiar e organizar os equipamentos e instrumentais que serão utilizados no momento do atendimento.

Figura 4 – A) Mesa Mesa Portátil montada B) Mesa Portátil desmontada



Fonte: Acervo pessoal, 2022.

3.7 SERVIÇO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR E A VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A partir de 2006, quando foram elaboradas e sancionadas leis para consolidar os serviços de atendimento em domicílio, incorporando a prática a programas dentro do âmbito do SUS, percebe-se o reconhecimento ao potencial estratégico da atenção domiciliar como uma forma de transformar a oferta de saúde no Brasil, que a atenção domiciliar é pautada como uma estratégia multiprofissional.^{15,16}

Ao longo do tempo foram surgindo resoluções, regulamentos com requisitos para a implementação do atendimento domiciliar, mas ainda sem nenhuma especificidade ao atendimento odontológico, tal como seu funcionamento, onde até hoje o serviço de atenção domiciliar não é mencionado no código de ética.³⁷

Na percepção da ausência de normativas sanitárias e protocolos específicos implementados, se faz necessária a criação de uma normatização que aprove um regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de atenção domiciliar, relatando os requisitos necessários para tal implementação.

A prefeitura de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, sancionou em um decreto que dispõe um regulamento técnico de funcionamento de serviços públicos e privados que prestam atendimento odontológico domiciliar. Além de uma lista de documentos que validam a licença sanitária para o atendimento odontológico no domicílio.³⁸

Em 2021, a professora Rosângela Góes Rabelo, Conselheira do Conselho Regional de Odontologia da Bahia - CROBA, elaborou um documento sobre a regulamentação dos serviços de atendimento odontológico domiciliar e em passo seguinte, reuniu e coordenou um grupo de profissionais da Odontologia, de Vigilância Sanitária e jurídico do CROBA além de graduandos para discussão do referido documento, o que resultou em uma proposta para encaminhamento ao poder público. No momento ainda aguardando pauta.

As etapas descritas contemplam de: documentação necessária para o funcionamento do serviço de atenção domiciliar, plano de atenção odontológica domiciliar, normas de biossegurança, normas para execução dos procedimentos, condições específicas, sigilo odontológico, recursos humanos,

estrutura física, medicamentos, matérias e normas para procedimentos de suporte técnico e logístico. Todos esses pontos minuciosamente descritos, considerando todos os requisitos necessários para o atendimento odontológico em domicílio.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se, durante a análise da revisão de literatura que, embora com o passar do tempo, os serviços odontológicos domiciliares tenham mostrado crescimento em várias regiões do país, esses serviços estão funcionando em nosso Estado sem a regulamentação sanitária, sendo regidos por normas de atendimento domiciliar não específico, o que não atende sobre a prática odontológica domiciliar e suas premissas. Desta forma, fica evidente a necessidade da discussão e publicação de consulta pública para a concretização de um regulamento.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira PC, Barros PS. A segurança do paciente na atenção domiciliar: revisão integrativa de literatura. *Revista Brasileira de Atenção Domiciliar*. 2019;5(5):62.
2. Oliveira AEG. A experiência de pacientes de um serviço de atenção domiciliar [tese]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2017.
3. Rossi PRG, Mansano AP. Óbito e captação de órgão/tecido em domicílio. *Revista Brasileira de Atenção Domiciliar*. 2019; 5(5):48-55.
4. Fernandes DRL, Aguiar MCA, Guedes MGNS, Souza ERS, Saraiva ET. Panorama nacional dos serviços privados de odontologia domiciliar. *Revista Brasileira de Atenção Domiciliar*. 2019; 5(5):58.
5. Araújo MO. Desafios da assistência odontológica domiciliar aos idosos [monografia]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019. (26p.)
6. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul Enferm*; 2007; 20(2):5-6.
7. Savassi LCM. Os atuais desafios da atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma análise na perspectiva do sistema único de saúde. *Rev. Bras. Med. Fam.* 2016; 11(38):1-12.
8. Ducatti I. A hanseníase no Brasil na era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimado. [Dissertação]. São Paulo: Departamento de História, Programa de Pós-Graduação em História Social, Universidade de São Paulo; 2009. (199p.)
9. Tavolari CEL, Fernandes F, Medina P. O desenvolvimento do home health care no Brasil. *Rev ADM em Saúde*. 2000;9(3):15-8.
10. Monteiro CP, Monteiro JL. Internação domiciliária. In: Duarte Y, Diogo M, organizadores. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. 584p.
11. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto Promoção da Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. 612p.
12. Silva Junior AG, Alves CA. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Morosoni MVG, Corbo ADA. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. 27-41. ISBN: 978-85-98768-24-3.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde. 2012; 2: 1-18.
14. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev Saúde Pública. 2010; 44(1):166-76.
15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº. 11, de 26 de janeiro de 2006. Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Diário Oficial da União 26 jan 2006; Seção 1.
16. Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Garga KH, Ongolozogo P. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2015; (12):1-157. doi:10.1002/14651858.CD010994.pub2.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de monitoramento e avaliação: Programa Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde. 2016.
18. Tanuseputro P, Beach S, Chalifoux M, Wodchis WP, Hsu AT, SeowEOW H, et al. Associations between physician home visits for the dying and place of death: a population-based retrospective cohort study. PLoS ONE. 2018; 13(2): 1-14 doi:10.1371/journal.pone.0191322.
19. Barros GB, Cruz JPP, Santos AM, Rodrigues AAAO, Bastos KF. Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. Rev Saúde Com. 2006;2(1):127-34.
20. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? Cad Saúde Pública. 2004;20(4):986-94.
21. Barbosa ACAS, Araújo TCCF. Pré-consulta e consulta na prática assistencial hospitalar. Mudanças. 2006;14(2):205-14.
22. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):861-6.
23. Duarte Y, Diogo M. Programa de visita domiciliária ao idoso. In: Duarte Y, Diogo M. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu 2000. P. 519-137.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
25. Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Cien Saúde Colet. 2017;24(5):1809-20.

26. Centro de Vigilância Sanitária. Resolução SS-15, de 18 de janeiro de 1999. Aprova Norma Técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica, e dá providências correlatas. São Paulo 18 jan 1999.
27. Bizerril DO, Saldanha KGH, Silva JP, Almeida JRS, Almeida MEL. Papel do Cirurgião-Dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(37):1-8.
28. Oliveira SVT, Melani RFH. Atendimento Odontológico Domiciliar: considerações éticas. Rev Uningá. 2007; 14: 117-128.
29. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Portaria nº. 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União 25 nov 2011; Secção1:44.
30. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº 2, de 25 de Janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Diário Oficial da União 25 jan 2010; Secção 3.
31. Rocha DA, Miranda AF. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. Rev Bras Gerontol. 2013;16(1):181-9.
32. Franco JB, Camargo AR, Peres MPSM. Cuidados Odontológicos na era do COVID-19: recomendações para procedimentos odontológicos e profissionais. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2020;74(1):18-21.
33. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Portaria nº. 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 28 mar 2018; Secção 1.
34. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Levantamento de questionamentos recorrentes recebidos pela Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde GGTES/ANVISA sobre a emergência de saúde pública internacional – COVID 19 - relacionada ao SARS-CoV-2. Brasília 26 maio 2020.
35. Silva LS. Radiografia Digital Odontológica [monografia]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2017.
36. Smith R, Tremblay R, Wardlaw GM. Evaluation of stray radiation to the operator for five hand-held dental X-ray devices. Dentomaxillofac Radiol. 2019;48(5):1-8.
37. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Portaria nº. 330, de 20 de dezembro de 2019. Diário Oficial da União 20 dez 2019; Secção 1.
38. Secretaria Municipal de Saúde (Brasil). Portaria SMS 14752597/2021, de 21 de julho de 2021. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento

de Serviços Públicos e Privados que prestam Atendimento Odontológico Domiciliar, no Município de Porto Alegre. Órgão de Divulgação do município 21 de jul de 2002; 6555:20-1.

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 laterais direita e esquerda de 3 cm e superior e inferior de 2 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

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

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

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)
 - 2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract).

O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

 - Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).
 - Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).
 - Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.
 - 2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

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

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

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

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

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

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

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

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

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

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

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

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

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

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

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

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

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

Artigos em periódicos:

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

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

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

Livro:

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

Capítulo de Livro:

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

Dissertações e Teses:

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

Documento eletrônico:

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

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

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

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

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

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

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

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

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

OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL

ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS

Artigos referenciados enviados por e-mail.