



DISSERTAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

CONTRIBUTOS PARA COMPREENDER, AVALIAR E GERIR
A ANSIEDADE EM MEDICINA DENTÁRIA

Bruna Passeado Branco Ribeiro

Orientadora:
Sílvia Pina-Neves

Porto, 2012

Dissertação de Investigação em forma de Artigo de Revisão Bibliográfica apresentado no âmbito da Unidade Curricular “Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica” do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, com a orientação da Professora Doutora Sílvia Pina-Neves.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a um conjunto de pessoas que foram muito importantes na realização desse trabalho:

À Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto pelas condições e pelos recursos disponibilizados.

À minha orientadora Professora Doutora Sílvia Pina-Neves pela confiança depositada, pelo incentivo, ajuda e apoio imprescindíveis.

Ao Professor Doutor Vitor Teixeira pela oportunidade de realizar um trabalho nesta área e pela confiança.

À Professora Maria de Lurdes Pereira pela paciência, pela ajuda, boa vontade e generosidade incomuns.

Aos meus irmãos Camila, Danilo e Daniel agradeço pelo apoio, em especial ao meu irmão Daniel pela oportunidade e ajuda na concretização desse sonho.

A todos os meus amigos pela força nos momentos difíceis e apoio incondicionais.

ÍNDICE

Apresentação	5
Página de título	6
Resumo	7
Abstract	8
1. Introdução	9
2. Metodologia	11
3. Definição e delimitação do conceito de ansiedade	12
4. Formação da ansiedade dentária	14
5. Avaliação da ansiedade em Medicina Dentária	16
6. Gerir a ansiedade em Medicina Dentária	17
6.1. Abordagens	17
6.2. Recomendações práticas	23
7. Conclusão	26
8. Referências bibliográficas	28

Anexo: Normas da Revista Portuguesa de Estomatologia,
Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial da SPEMD

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste numa Dissertação de Investigação em forma de Artigo de Revisão Bibliográfica apresentado no âmbito da Unidade Curricular “Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica” do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

Foi feito com a orientação da Professora Doutora Sílvia Pina-Neves e estruturado de acordo com as normas da Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial da SPEMD, cujas normas se encontram em anexo.

**CONTRIBUTOS PARA COMPREENDER, AVALIAR E GERIR
A ANSIEDADE EM MEDICINA DENTÁRIA**

Bruna P. Branco Ribeiro^a e Sílvia Pina-Neves^{b,*}

^a Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Portugal

^b Psicóloga, Doutorada em Psicologia, Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Portugal

* Autora para correspondência.

Sílvia Pina-Neves. Rua Dr. Manuel Pereira da Silva, 4200-393 Porto, Portugal.

Correio eletrónico: spneves@fmd.up.pt

Telefone: +351 220 901 100

CONTRIBUTOS PARA COMPREENDER, AVALIAR E GERIR A ANSIEDADE EM MEDICINA DENTÁRIA

Resumo

A ansiedade é um fenómeno frequente em Medicina Dentária e pode ter um impacto negativo significativo na saúde oral e na qualidade de vida dos pacientes e na eficácia do atendimento e tratamento médico-dentário. Os estados ansiosos podem conduzir a perturbações do sono, sentimentos de baixa autoestima, pensamentos negativos sobre o contexto médico-dentário, descuidos na higiene oral e evitamento das consultas dentárias. Neste estudo, tivemos como objetivo contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno da ansiedade no contexto da Medicina Dentária, conhecer e identificar as causas que poderão estar na base da formação da ansiedade dentária, identificar os instrumentos e estratégias que são utilizados para a sua avaliação e organizar um conjunto de recomendações práticas para apoiar os profissionais na gestão dos estados ansiosos em Medicina Dentária. A metodologia adotada consistiu numa revisão bibliográfica de material científico publicado entre 2000 e 2012.

Palavras-chave: Ansiedade, Ansiedade Dentária, Tratamento Dentário, Escalas de Avaliação da Ansiedade, Medicina Dentária, Psicologia Aplicada.

CONTRIBUTIONS FOR UNDERSTANDING, EVALUATING AND COPING WITH ANXIETY IN DENTISTRY

Abstract

Anxiety is a frequent phenomenon within Dentistry and can have a significant negative impact on patients' oral health and quality of life and on dental treatment effectiveness. Anxiety can lead to sleep disturbance, low self-esteem, negative thoughts about dental care, poor oral hygiene and avoidance of dental appointments. In this study we aimed to contribute to a better understanding of anxiety in Dentistry, to recognize and identify the causes that may underlie the genesis of dental anxiety, to identify the instruments and strategies that are used for assessing dental anxiety, and to organize a set of practical recommendations that may support the management of anxiety in Dentistry. The methodology used consisted of a literature review of scientific sources published between 2000 and 2012.

Key-words: Anxiety, Dental Anxiety, Dental Care,
Anxiety Scales, Dentistry, Applied Psychology.

1. Introdução

A ansiedade é um fenómeno frequente em Medicina Dentária, tendo repercussões significativas nos próprios pacientes, ao mesmo tempo que coloca desafios aos profissionais de saúde oral, desafios esses que passam por saber compreender, avaliar e gerir este fenómeno no contexto concreto da intervenção médico-dentária.

Vários estudos sugerem que os estados ansiosos dos pacientes têm um impacto negativo significativo na sua qualidade de vida e na sua saúde oral ⁽¹⁾: a ansiedade pode conduzir a perturbações do sono e a sentimentos de baixa autoestima e baixa confiança em si próprio, a pensamentos negativos sobre o contexto médico-dentário, a descuidos na higiene oral, a evitamento das consultas de Odontologia e dos contextos relacionados com a saúde oral, entre outros ^(2,3), colocando também em causa a intervenção médico-dentária.

Quando não é debilitante, a ansiedade cumpre um papel útil e importante, pois permite desencadear comportamentos adaptativos de diversos tipos (defesa, inibição, ataque, focalização, etc.). Nessas situações, a ansiedade dá ritmo à vida, mas ela pode transformar-se num fenómeno desregulador, tornando-se problemática e disfuncional ⁽⁴⁾.

Mais concretamente, no contexto da Medicina Dentária, elevados níveis de ansiedade podem ser disfuncionais e problemáticos e constituir uma ameaça ao bem-estar do paciente e à eficácia das intervenções. A ansiedade dentária pode levar à fuga ou ao evitamento do médico dentista. De facto, vários estudos observam que os pacientes com ansiedade dentária tendem a evitar o tratamento dentário e que, uma vez no consultório, têm dificuldade em gerir essa ansiedade, criando uma situação desafiante para o médico dentista. Por exemplo, uma revisão

de Santos, Campos e Martins ⁽⁴⁾ mostra que uma grande parte da população evita ir ao médico dentista de forma frequente, comportamento que surge associado positivamente ao nível de ansiedade dentária manifestado, procurando este tipo de serviço apenas quando sente que há uma necessidade de tratamento, normalmente associada a sinais ou sintomas clínicos (e.g.: dor, edema ou traumatismo).

Ainda outros estudos mostram que os pacientes com elevado grau de ansiedade dentária esperam sentir e relatam sentir maior dor ^(5,6). Isto sugere que os pacientes com maior nível de ansiedade durante o tratamento dentário são mais suscetíveis a sentir dor comparativamente com que os pacientes com menor nível de ansiedade. Para além disso, os pacientes que apresentam ansiedade dentária podem ver comprometida a qualidade de vida relacionada com a sua saúde oral, já que esse grau de comprometimento parece estar diretamente relacionado com o seu grau de ansiedade dentária ⁽²⁾. Deste modo, a ansiedade em Medicina Dentária pode comprometer a saúde oral dos pacientes, bem como a qualidade e a eficácia do atendimento e tratamento médico-dentário.

Neste quadro, o presente trabalho pretende contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno da ansiedade no contexto da Medicina Dentária e para que os profissionais desta área possam avaliar e gerir mais eficazmente os quadros e estados ansiosos com que se podem deparar no seu dia-a-dia de trabalho.

Sendo assim, o objetivo geral deste trabalho centra-se em contribuir para compreender, avaliar e gerir o fenómeno da ansiedade no contexto da Medicina Dentária, e os seus objetivos específicos são os seguintes: (i) definir o conceito de ansiedade e diferenciá-la de outros conceitos com os quais está relacionada e com os quais pode ser facilmente confundida (e.g.: medo e fobia), (ii) conhecer e identificar as causas que poderão estar na base da formação de um quadro ansioso

no contexto médico-dentário (iii) identificar os instrumentos e as estratégias que são utilizados para reconhecer e avaliar a ansiedade dentária e finalmente (iv) organizar um conjunto de recomendações práticas para apoiar os profissionais na gestão dos estados ansiosos em Medicina Dentária.

2. Metodologia

A metodologia adotada consistiu numa revisão de literatura. Primeiramente, foi feita uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos indexados na *PubMed*, *Scopus* e *EBSCO Host*, bem como de outro material bibliográfico (e.g.: livros e capítulos), utilizando os seguintes termos de pesquisa: *ansiedade (anxiety)*, *medo (fear)*, *fobia (phobia)*, *ansiedade dentária (dental anxiety)*, *tratamento dentário (dental treatment)*, *Odontologia (Odontology)* e *Medicina Dentária (Dentistry)*. Os critérios de inclusão consistiram na limitação à língua portuguesa e a língua inglesa, e aos últimos 12 anos (2000-2012). Posteriormente, foi feita uma seleção do material encontrado, baseada na relevância do título e do resumo, à qual se seguiu a sua revisão integral. No Quadro 1, está caracterizado o material científico utilizado neste trabalho.

Quadro 1: Caracterização do material bibliográfico

Tipo de publicação		Natureza da publicação		Contexto de publicação	
Artigo	22	Teórica	12	Nacional	5
Outro (livros, capítulos, etc.)	9	Empírica	19	Internacional	26

A pesquisa, seleção e revisão bibliográfica foram orientadas de acordo com os quatro objetivos específicos definidos, pelo que este artigo está organizado nos

quatro seguintes pontos: (i) *Definição e delimitação do conceito de ansiedade*, (ii) *Formação da ansiedade dentária*, (iii) *Avaliação da ansiedade em Medicina Dentária* e (iv) *Gerir a ansiedade em Medicina Dentária*.

3. Definição e delimitação do conceito de ansiedade

A ansiedade é um estado emocional e fisiológico desencadeado pela percepção de uma situação ameaçadora. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças – Versão 10 (CID-10) ⁽⁷⁾, os estados de ansiedade podem envolver nervosismo persistente, apreensão, tremores, tensão muscular, transpiração, palpitações, tonturas, desconforto, entre outros, e estão associados a um aumento da atividade do sistema nervoso simpático que coloca a pessoa num estado de alerta, pronta para desencadear uma reação perante a situação ameaçadora, reação que pode ser de fuga, de evitação ou de luta e envolvimento.

A ansiedade pode ter diferentes níveis de intensidade e normalmente remete para uma situação onde os estímulos geradores do estado emocional e fisiológico não são de fácil e clara identificação, originando aquilo que se designa por ansiedade generalizada. No entanto, há situações em que essa identificação é mais fácil, porque é possível circunscrever o contexto e o momento em que o estado ansioso se desencadeia: por exemplo, a ansiedade que um estudante sente quando estuda para um exame, ou a ansiedade de um paciente quando espera pelo dia da sua cirurgia, ou até mesmo a ansiedade que se desencadeia quando um paciente pensa na dor que poderá sentir no tratamento dentário que irá fazer, sendo que neste último caso estaríamos perante um caso de ansiedade dentária.

Sabemos que, no conjunto de emoções que constituem o quadro ansioso pode

muitas vezes estar presente o medo, entre outras emoções. Sabemos também que as respostas fisiológicas do organismo são semelhantes em ambas as situações ⁽⁸⁾. Daí que frequentemente “ansiedade” e “medo” sejam conceitos confundidos entre si, o mesmo acontecendo com os conceitos de “ansiedade” e “fobia”. Assim, é importante e necessário diferenciar estes três termos para uma melhor compreensão do que cada um significa.

O medo é uma emoção primária que nos alerta sobre um perigo iminente que pode ser um objeto ou uma situação. Quando este perigo é reconhecido, a pessoa reage com comportamentos que podem ser de fuga, de luta ou até de paralisção, que são acompanhados por sensações de desconforto e mau estar. Ora, nas situações em que esse perigo não é evidente, e se apresenta de maneira vaga, ainda que persistente, ou quando os sinais de perigo não são conscientemente ou claramente percebidos, observa-se um sentimento de apreensão que é característico do estado de ansiedade e que se afasta daquilo que é o conceito de medo ⁽⁹⁾. De facto, o medo é definido como uma resposta a um estímulo real ou a uma situação de perigo identificada, que são vistos como ameaçadores, sendo fáceis de delimitar e identificar. Já na ansiedade, a origem da ameaça pode não ser clara ou não estar circunstancialmente presente como no medo. Neste caso, a diferença entre os dois consiste na presença ou não do estímulo tido como ameaçador ⁽¹⁰⁾.

Já a fobia é um medo irracional de um objeto específico ou de uma situação. Aqui a resposta de medo é excessiva e desproporcional à ameaça, já que de acordo com a CID-10, esses objetos ou situações não apresentam um perigo real ⁽⁷⁾. O estímulo é proporcionalmente pouco ameaçador em comparação com a dimensão da reação. Este é um medo anormal duradouro geralmente enraizado em experiências passadas e por vezes a sua origem não é fácil de identificar. A pessoa, neste caso,

tem pouco ou nenhum controlo sobre a fobia e não apresenta um pensamento racional e lógico capaz de ajustar o seu comportamento à situação fóbica. A fobia pode alterar significativamente o comportamento da pessoa (normalmente de fuga ou evitação), e esta, muitas vezes, apresenta também sentimentos de vergonha e constrangimento ⁽¹¹⁾. A fobia é caracterizada por um elevado nível de medo e de ansiedade que se geram perante o objeto ou situação fóbica.

Assim, podemos verificar que os três conceitos (ansiedade, medo e fobia) estão relacionados entre si, mas representam estados distintos. A fobia implica necessariamente as sensações de medo e de ansiedade. O medo está sempre presente na fobia, mas pode não estar na ansiedade. A ansiedade não implica necessariamente a presença de medo ou de um transtorno fóbico, mas muitas vezes o medo é o gerador de um estado ansioso.

4. Formação da ansiedade dentária

Podemos definir a ansiedade dentária como um estado caracterizado por manifestações de apreensão, nervosismo e outros sintomas fisiológicos que se desencadeiam numa situação relacionada com o contexto médico-dentário.

A ansiedade dentária surge frequentemente associada à tendência para ter pensamentos negativos em relação ao tratamento dentário ⁽⁴⁾ e pode provocar distúrbios do sono, sentimentos de baixa autoestima e de pouca confiança, perceção de baixo controlo e expectativas negativas perante a situação médico-dentária ^(2,3). Para além disso, a ansiedade dentária parece também influenciar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral, já que se observa que os pacientes mais ansiosos faltam mais às consultas e, sem o acompanhamento necessário,

comprometem mais a sua saúde oral quando comparados com pacientes menos ansiosos ⁽¹²⁾.

De acordo com a literatura, a ansiedade dentária geralmente inicia-se na infância e na adolescência ⁽¹²⁾. De facto, crianças entre os 5 e os 12 anos já relatam medos específicos relacionados com a Medicina Dentária, sendo os mais prevalentes o medo das brocas e o medo das injeções. Destes relatos, 35% e 21% respetivamente surgem associados a um estado de ansiedade antes da visita ao médico dentista ⁽¹⁰⁾. Por outro lado, um estudo epidemiológico realizado entre 2002 e 2003, no Brasil, indicou que 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram a uma consulta de Medicina Dentária, e que, entre os que foram ao médico dentista, 30% fê-lo por motivo de dor ⁽¹²⁾.

Ora, a ansiedade dentária parece ter uma etiologia multifatorial ^(a). A revisão bibliográfica realizada permitiu-nos identificar uma série de aspetos que podem estar na base da formação de um quadro ansioso em Medicina Dentária. Esses aspetos incluem *experiências negativas precoces*, observando-se que as primeiras visitas ao médico dentista constituem momentos cruciais para o desenvolvimento dos níveis de ansiedade ^(2,10,12,13), *experiências vicariantes* que podem dar origem à formação de crenças e representações desajustadas sobre os tratamentos dentários e que por sua vez conduzem a um estado ansioso ⁽¹²⁾, as *emoções de medo* dirigidas à situação médico-dentária (e.g.: medo da dor, medo das turbinas, etc.) ^(2,14), o *tipo de relação estabelecida entre o médico e o paciente*, existindo estudos que mostram que a ansiedade dentária diminui à medida que a relação médico-paciente se vai tornando mais forte ⁽¹⁵⁾, o *desconhecimento e desinformação* relativamente à

^(a) Ainda que na ansiedade generalizada as causas ou estímulos que desencadeiam o estado ansioso sejam de difícil identificação, na ansiedade dentária esta tarefa parece ser mais fácil, considerando o que a investigação tem encontrado.

situação clínica e aos procedimentos a realizar ⁽¹²⁾, a *sensação de ter uma parte do corpo invadida* que aumenta o sentimento de vulnerabilidade por parte do paciente ^(12,14,15), e as próprias *características do setting* (e.g.: objetos, cheiros, ruídos das turbinas, o tempo de espera, etc.) ^(12,16).

Perante este quadro diversificado de possíveis causas para a ansiedade dentária, é possível que os médicos dentistas e os profissionais que atuam nesta área reconheçam mais facilmente quais os aspetos que podem dar origem ao desenvolvimento da ansiedade dentária e que assim se preparem melhor para a avaliar e gerir.

5. Avaliação da ansiedade em Medicina Dentária

As metodologias mais utilizadas na avaliação da ansiedade dentária passam por (i) *observar*, (ii) *questionar diretamente o paciente* e (iii) *aplicar instrumentos de avaliação estruturados* (e.g.: questionários e escalas). Do ponto de vista da prática clínica, as duas primeiras metodologias são as mais concretizadas. A observação feita pelo médico dentista pode ser eficaz, existindo vários sinais no paciente que podem ser indicadores de ansiedade, tais como: tom de voz trêmulo, postura contraída e movimentos contidos do corpo, expressões faciais de apreensão e desconfiança, olhar evasivo ou demasiado focalizado, sudação, inquietação e nervosismo, entre outros. A segunda metodologia também pode ser bastante eficaz e pode ser concretizada por questões diretas do tipo “como é que se sente?” ou “como é que se sente quando vem ao médico dentista?”. Por sua vez, a aplicação de questionários e escalas é mais utilizada no contexto da investigação, por ser mais estruturada e estandardizada e por permitir, por exemplo, a comparação de sujeitos

ou de amostras. De qualquer modo, a utilização desses instrumentos de avaliação por parte do médico dentista pode ser vantajosa na medida em que possibilita um registro sistemático dos níveis de ansiedade dentária ao longo do tempo, oferece uma avaliação mais detalhada do estado ansioso e cria a oportunidade de explorar esse estado ansioso com o paciente ⁽¹⁵⁾.

Existe um conjunto de escalas para avaliar especificamente a ansiedade dentária em adultos e um outro conjunto para avaliar a ansiedade dentária em crianças. Entre as escalas de avaliação da ansiedade dentária em adultos encontramos a *Dental Anxiety Scale (DAS)* de Corah ⁽¹⁷⁾, o *Dental Fear Survey (DFS)* de Kleinknecht ⁽¹⁸⁾ e o *Dental Anxiety Inventory (DAI)* de Stouthard ⁽¹⁹⁾, todas elas com questões ou itens onde o paciente utiliza uma escala de tipo *Likert* para responder. Já as escalas de avaliação da ansiedade dentária em crianças são mais numerosas e incluem a *Dental Anxiety Scale* de Corah's (DAS) – escala também utilizada com adultos –, a *Modified Child Dental Anxiety Scale (MCDAS)* de Wong e colaboradores ⁽²⁰⁾, o *Fear Survey Schedule for Children – Dental Subscale (FSSC-DS)* de Scherer and Nakamura ⁽²¹⁾, a *Behaviour Rating Scale* de Frankl e colaboradores ⁽²²⁾, o *Venham Picture Test (VPT)* de Venham ⁽²³⁾, o *Smiley Face Program (SFP)* de Buchanan ⁽²⁴⁾ e a *Facial Image Scale* de Buchanan ⁽²⁵⁾. Estas escalas estão descritas no Quadro 2.

6. Gerir a ansiedade em Medicina Dentária

6.1. Abordagens

Na revisão bibliográfica realizada foi possível observar que são várias as estratégias apontadas para gerir a ansiedade em Medicina Dentária. Essas estratégias podem ser mais ou menos invasivas ⁽²⁶⁾ e, de acordo com Oliveira ⁽¹⁶⁾, podemos agrupá-las

Quadro 2: Descrição das escalas de avaliação da ansiedade dentária

Nome	Autor	População-alvo	Descrição
<i>Dental Anxiety Scale (DAS)</i>	Corah ⁽¹⁷⁾	Crianças e Adultos	<p>Compreende 4 itens (e.g.: “Se tivesse de ir ao médico dentista amanhã, como se sentiria?”, “Enquanto aguarda na sala de espera a sua vez, como se sente?”), avaliados numa escala de resposta de tipo <i>Likert</i> com 5 pontos, variando desde “Relaxado” (1 ponto) até “Tão ansioso que poderia começar a suar e sentir-se fisicamente doente” (5 pontos).</p> <p>As pontuações podem variar entre 4 e 20, onde pontuações inferiores a 12 são identificadas como indicadores de baixo nível de ansiedade dentária, pontuações entre 12 e 14 indicam ansiedade dentária moderada e pontuações superiores a 14 indicam elevado nível de ansiedade dentária.</p>
<i>Dental Fear Survey (DFS)</i>	Kleinknecht ⁽¹⁸⁾	Adultos	<p>Possui 20 itens, avaliados numa escala de resposta de tipo <i>Likert</i> com 5 pontos. As pontuações obtidas variam entre 20 (baixo nível de ansiedade dentária) e 100 (alto nível de ansiedade dentária).</p> <p>Mede a ansiedade de acordo com 3 fatores: Sintomas somáticos de ansiedade, Evitamento de consultas dentárias e Ansiedade com origem em estímulos dentários.</p>
<i>Dental Anxiety Inventory (DAI)</i>	Stouthard ⁽¹⁹⁾	Adultos	<p>Tem 36 itens, avaliados numa escala de tipo <i>Likert</i> com 5 pontos, onde as pontuações obtidas variam entre 36 (baixa ansiedade) a 180 (elevada ansiedade).</p> <p>Mede a ansiedade dentária de acordo com 3 fatores: Fator Situação, Fator Tempo e Fator Reação.</p>
<i>Modified Child Dental Anxiety Scale (MCDAS)</i>	Wong e colaboradores ⁽²⁰⁾	Crianças	<p>Compreende 5 itens, onde as pontuações variam desde 5 (sem medo) até 25 (nível máximo de medo). Avalia as preocupações das crianças relativamente a procedimentos dentários específicos, incluindo itens como “a extração” e “a anestesia em geral”.</p>
<i>Fear Survey Schedule for Children (FSSC-DS)</i>	Scherer and Nakamura ⁽²¹⁾	Crianças	<p>Consiste em 15 questões, cujas alternativas de resposta variam entre “sem medo” (1 ponto) e “com muito medo” (5 pontos), obtendo-se pontuações</p>

			entre 15 e 75 pontos. Avalia o medo acerca de vários aspetos relacionados com o tratamento dentário, tais como: procedimentos invasivos, injeções, uso de brocas, e também o medo de aspetos médicos gerais. É um instrumento a ser preenchido pelos pais ou pelos cuidadores da criança, que estimam qual o nível de ansiedade desta perante os vários aspetos apresentados.
<i>Behavior Rating Scale</i>	Frankl e colaboradores ⁽²²⁾	Crianças	Avalia o comportamento da criança em momentos distintos da consulta dentária: após separação dos pais/cuidadores, após o exame intra-oral, durante a profilaxia, durante o exame radiográfico e no fim da consulta. É preenchida pelo médico dentista usando uma escala de classificação do comportamento, com os seguintes pontos: “Definitivamente negativo” (1 ponto), “Negativo” (2 pontos), “Positivo” (3 pontos) e “Claramente positivo” (4 pontos).
<i>Venham Picture Test (VPT)</i>	Venham ⁽²³⁾	Crianças	Contém 8 cartões, cada um com 2 figuras de um menino, em que uma figura representa uma face ansiosa e a outra figura uma face não ansiosa. A criança é convidada a escolher o par de imagens com que mais se identifica no momento. À escolha de uma figura não ansiosa é atribuída pontuação de 0 e à escolha de uma figura ansiosa é atribuído 1 ponto. A pontuação total será no máximo de 8 pontos e representa o nível de ansiedade da criança.
<i>Smiley Face Program (SFP)</i>	Buchanan ⁽²⁴⁾	Crianças	Avalia a ansiedade-traço, através de um programa computadorizado, com 4 questões que são apresentadas por 5 segundos num ecrã (e.g.: Se tivesses que ir ao médico dentista amanhã, como te sentirias?). Cada questão é avaliada pela criança utilizando um conjunto de 7 faces que se apresentam após os 5 segundos de leitura, desde uma face mais triste (1 ponto) até a uma face mais contente (7 pontos), passando por uma face central (4 pontos).
<i>Facial Image Scale</i>	Buchanan ⁽²⁵⁾	Crianças	Contém uma sequência de 5 faces desde “muito feliz” (1 ponto) até “muito infeliz” (5 pontos). As crianças são convidadas a escolher a face de acordo como elas se sentem naquele momento em que estão no consultório.

em 3 abordagens diferentes, nomeadamente: (i) a *abordagem farmacológica*, (ii) a *abordagem psicológica e psicoterapêutica* e (iii) a *abordagem centrada na relação médico-paciente*.

A abordagem farmacológica constitui-se como a mais invasiva destas três abordagens. Recorre, por exemplo, a fármacos ansiolíticos administrados antes da consulta ou da intervenção a realizar. Esses fármacos são utilizados em casos de pacientes ansiosos e nervosos e o seu uso e eficácia variam de acordo com a relação entre o médico e o paciente, com o tipo de paciente, com as características do fármaco e a sua via de administração, entre outros ⁽²⁷⁾.

Os fármacos mais utilizados em Medicina Dentária são o *midazolam* e o *diazepam*. O fármaco *bupiriona* contudo não tem interesse pois a instalação do seu efeito ansiolítico é demorada. No uso de uma pré-medicação para controlo da ansiedade, geralmente é administrada a benzodiazepina (*midazolam* e *diazepam*). A prescrição é indicada para um ou dois dias antes da consulta médico-dentária, sendo a administração por via oral e em dose única para que o seu efeito máximo coincida com o horário do tratamento dentário. No caso de pacientes com doenças hepáticas, o *lorazepam* e o *oxazolam* são medicamentos de escolha. Nos casos graves de ansiedade dentária ou em procedimentos potencialmente traumatizantes, é feita a administração de benzodiazepinas por via intravenosa. Neste caso, o paciente fica sedado, porém de forma consciente, com capacidade para cooperar e comunicar com o médico dentista. Em pacientes com intolerância às benzodiazepinas, faz-se o uso de *hidroxizina*, um anti-histamínico com ação sedativa acentuada sendo assim usado como sedativo/ansiolítico. Uma das vantagens do seu uso é a redução do fluxo salivar apresentando bastante utilidade em muitos dos procedimentos dentários ⁽²⁷⁾.

É importante que o médico dentista tenha em atenção quando prescreve um ansiolítico/sedativo se este medicamento não será usado concomitantemente com outros fármacos, principalmente com fármacos depressores do sistema nervoso central (e.g.: anti-depressores e anti-histamínicos) para que não ocorra uma depressão central excessiva ^{(b) (27)}.

O uso de sedação por inalação de óxido nitroso durante a consulta é também um exemplo de uma estratégia inserida na abordagem farmacológica ^(11,28). De qualquer modo, é importante referir que as estratégias farmacológicas beneficiam se forem utilizadas em conjugação com estratégias menos invasivas presentes nas outras duas abordagens.

A abordagem psicológica e psicoterapêutica inclui estratégias cujo principal objetivo se centra na alteração das respostas cognitivas e comportamentais que estão relacionadas com o quadro ansioso, assumindo que essas mudanças irão conduzir a um melhor funcionamento físico e psicológico do paciente ^(29,30). Entre estas estratégias encontramos as técnicas de sugestão/indução (onde se inclui o relaxamento, a imagética guiada e a hipnose), as técnicas de distração (que pretendem desfocalizar a atenção de aspetos negativos e dirigi-la para estímulos atrativos e envolventes) e as técnicas de aprendizagem ativa (em que a finalidade é aumentar a capacidade do paciente para aprender a lidar com as situações ansiogénicas, desproblematizando e procurando ativamente formas adequadas de pensar e agir sobre essas situações) ⁽²⁹⁾. Nesta abordagem, existe um conjunto de estratégias especificamente pensadas para a população infantil e adolescente ⁽²⁶⁾ (Quadro 3). Por exemplo, a técnica “Diz-Mostra-Faz” ajuda a criança ou adolescente

^(b) O *flumazenil* (antagonista competitivo dos recetores das benzodiazepinas) tem a capacidade de reverter um quadro de sedação pelo uso de benzodiazepinas.

a compreender gradualmente qual o procedimento que lhe irá ser feito, enquanto que a “Modulação” ajuda a criança ou adolescente a reconhecer e a reproduzir o comportamento desejado. Apesar de serem pensadas para gerir a ansiedade dentária em crianças e adolescentes, algumas destas estratégias podem ser adaptadas para a população adulta ⁽²⁶⁾.

Quadro 3: Técnicas de gestão da ansiedade em crianças e adolescentes ⁽²⁶⁾

Diz-Mostra-Faz (Tell-Show-Do)	Primeiro informar sobre os procedimentos que vão ser realizados, depois mostrar como esses procedimentos serão feitos, e finalmente realizar esses procedimentos.
Humor Divertido	Usar termos ou expressões com significados engraçados sobre os instrumentos e procedimentos, invocando a imaginação da criança ou do adolescente.
Distração	Desviar a atenção da criança ou do adolescente para estímulos que sejam positivos e agradáveis.
Reforço Positivo	Recompensar, materialmente ou de outra forma, a criança ou o adolescente por um comportamento desejável.
Modelação	Usar modelos que possam ser seguidos pela criança ou adolescente (e.g.: o pai, a mãe, etc.), que mostrem qual é o comportamento desejável.
Formação Progressiva	Dar instruções sucessivas para que a criança ou adolescente se vá gradualmente aproximando do comportamento desejável.
Desvanecimento	Estimular a criança com um estímulo externo que a faça ter o comportamento desejável, retirando depois esse estímulo de forma gradual para que o comportamento se mantenha.
Dessensibilização Sistemática	Começar por utilizar instrumentos e executar procedimentos menos invasivos e menos temidos, para depois aos poucos ir introduzindo instrumentos e procedimentos que sejam potencialmente mais ansiogénicos.
Relaxamento	Aplicar exercícios de relaxamento físico na fase inicial, ao longo e/ou no final da consulta, podendo-se utilizar-se a imagética como complemento.

Por fim, a abordagem centrada na relação médico-paciente assenta na utilização intencional e sistemática de estratégias e competências que visam uma

comunicação eficaz entre o médico dentista e os seus pacientes. De acordo com Freeman e Humphris ⁽¹⁵⁾ comunicar eficazmente é fundamental para o sucesso da prática clínica. Podemos dizer que a comunicação eficaz é aquela que está na base de uma intervenção bem-sucedida, apresentando cinco características fundamentais, descritas no Quadro 4: *interação permanente*, *feedback contínuo*, *aproximação*, *empatia* e *escuta ativa*. Na prática, vários estudos citados por Yoshida e Fujisaki ⁽³¹⁾ mostram que uma comunicação eficaz entre médico e paciente é vantajosa a vários níveis: aumenta a satisfação do paciente, aumenta a colaboração do paciente, aumenta o comparecimento às consultas de acompanhamento, reduz a ansiedade do paciente e reduz o risco de queixas por más notícias.

Quadro 4: Características de uma comunicação eficaz ⁽²⁶⁾

Interação permanente	As relações implicam sempre uma dinâmica recíproca e bidirecional entre as pessoas.
Feedback contínuo	A troca de informação de forma clara e contínua é essencial para estabelecer as bases de uma relação de confiança.
Aproximação	A comunicação eficaz implica uma relação de proximidade, que não é necessariamente igual a uma relação de amizade.
Empatia	Compreender o outro permite comunicar mais eficazmente.
Escuta ativa	Ser capaz de ouvir e estar atento ao outro permite criar um discurso orientado e ajustado às reais necessidades e características das pessoas.

6.2. Recomendações práticas

Tendo por base a revisão bibliográfica realizada, podemos reunir algumas recomendações que o médico dentista pode colocar em prática e que serão úteis para gerir a ansiedade dentária. Assim, é importante:

- Observar o paciente, identificando possíveis sinais indicadores de ansiedade, tais como: tom de voz trêmulo, postura contraída e movimentos contidos do corpo, expressões faciais de apreensão e desconfiança, olhar evasivo ou demasiado focalizado, sudorese, inquietação e nervosismo, entre outros.
- Criar condições para o estabelecimento de uma comunicação efetiva, uma vez que esta é uma base fundamental para o desenvolvimento da relação médico-paciente ⁽¹⁵⁾.
- Centrar a atuação no paciente: a atuação deve ser humanista, quer pela própria situação de proximidade física, quer pela posição vulnerável em que o paciente se encontra; um profissional apenas preocupado com o procedimento realizado e despreparado para observar e estar atento ao seu paciente e às suas manifestações de ansiedade, tem menos possibilidade de oferecer as condições ajustadas àquele paciente e às suas características ⁽¹⁴⁾.
- Ter cuidados ao nível da comunicação verbal: por exemplo usar um tom de voz sereno mas confiante e coerente com a situação, e ter o cuidado de não utilizar palavras que irão gerar um mínimo de ansiedade (e.g.: em vez de “dor”, utilizar a expressão “um pouco de desconforto”).
- Fazer uso intencional da comunicação não-verbal: por exemplo, olhar para o paciente quando este fala, dando a entender que ele está a ser ouvido, ou colocar a mão sobre o seu ombro quando ele demonstra um maior nível de ansiedade, são estratégias que ajudam a tranquilizar o paciente e permitem gerar empatia (o paciente repara mais na calma, gentileza e atenção do médico dentista do que na sua habilidade técnica).
- Manter o paciente informado de uma forma clara e completa e ir dando o

feedback ao longo da consulta sobre os procedimentos que se estão a realizar ⁽¹⁵⁾ (explicar o tratamento a ser efetuado através de um breve resumo também ajuda a relaxar o paciente).

- Fazer uso de técnicas que permitam gerir os níveis de ansiedade dos pacientes (e.g.: relaxamento – Quadro 5), ajustando-as às suas características ⁽²⁶⁾.
- Assegurar que as primeiras consultas não sejam sinónimo de uma experiência negativa que será guardada na memória do paciente; mesmo em situações de urgência em que é necessário recorrer a tratamentos e procedimentos mais invasivos (e.g.: anestésias, extrações, etc.), é importante que através da relação médico-paciente se vá gerindo os níveis de ansiedade do paciente.
- Realizar consultas preventivas ou reservar uma parte da consulta para que o paciente possa ir adquirindo e aprendendo bons comportamentos de saúde oral e ir ficando mais à vontade com os tratamentos dentários que terá que fazer.
- Identificar que estímulos no consultório podem ser potenciais geradores de medo e definir estratégias para os eliminar, minimizar ou modificar já que sabemos que na origem da ansiedade dentária pode estar a emoção de medo.

Estas recomendações devem ser consideradas em conjunto com o próprio paciente, pois é na interação médico-paciente que elas podem ser concretizadas. Deste modo, quer o médico dentista, quer o paciente assumem um papel pró-ativo na gestão da ansiedade dentária.

Quadro 5: Instruções pré-operatórias do método de Relaxamento Rápido (RR) ⁽³²⁾

1º Passo	Mostrar ao paciente o aplicador do anestésico tópico e explicar como irá realizar o procedimento.
2º Passo	Avaliar a linguagem corporal do paciente observando sinais de tensão e sugerir ao paciente um posicionamento mais confortável na cadeira.
3º Passo	Descrever técnicas simples de relaxamento, sugerir que o paciente se concentre na respiração e identifique áreas de tensão pelo corpo e que as tente relaxar.
4º Passo	Preparar o paciente antes da anestesia local, dizendo que ele poderá sentir um leve desconforto. Deve-se incentivá-lo a prestar atenção à respiração para que não a segure.
5º Passo	Deve-se sempre, durante o tratamento, preparar o paciente antes de efetuar qualquer procedimento, garantir uma anestesia completa dos tecidos a serem tratados e sempre incentivar o paciente a voltar a atenção para a respiração nos momentos em que sua reação seria de segurá-la.
6º Passo	Após o tratamento, independentemente de como o paciente reagiu, ele deve sempre ser elogiado. Encorajá-lo a praticar as técnicas de relaxamento é uma boa forma de gerir a ansiedade em condições estressantes.

7. Conclusão

Neste artigo, foi apresentada uma revisão bibliográfica com o objetivo de contribuir para a compreensão, avaliação e gestão da ansiedade em Medicina Dentária.

Globalmente, a literatura observa que a ansiedade dentária é um fenómeno com o qual os médicos dentistas se deparam frequentemente, sendo alvo de uma grande diversidade de publicações. A ansiedade dentária pode ter um impacto negativo na saúde oral e na qualidade de vida dos pacientes, bem como no sucesso das intervenções médico-dentárias, já que surge associada a medos, a sentimentos negativos e a pensamentos negativos que, por sua vez, podem conduzir a descuidos na higiene oral e a comportamentos de evitamento do contexto médico-dentário.

Vimos que a ansiedade dentária representa um estado emocional e fisiológico alterado de apreensão perante uma situação ou uma circunstância relacionada com a medicina dentária que é vista como sendo ameaçadora. A ansiedade dentária pode ter origem numa grande diversidade de fatores, sendo os mais citados as experiências traumáticas vividas anteriormente, as experiências vicariantes e os medos que se formam perante estímulos presentes no *setting* médico-dentário (e.g.: cheiros, ruídos, etc.).

Vimos também que as formas de avaliação da ansiedade dentária mais importantes incluem a observação, a colocação de questões diretas ao paciente e a utilização de instrumentos estruturados, tais como escalas e questionários, sendo que estas várias formas podem ser conjugadas entre si, de modo a que a avaliação da ansiedade dentária possa ser mais completa.

Do ponto de vista prático, as estratégias disponíveis para gerir a ansiedade dentária passam por *estratégias centradas na comunicação e na relação interpessoal*, sendo sobretudo importante o desenvolvimento de uma comunicação eficaz entre o médico dentista e o paciente, *estratégias de trabalho psicológico e comportamental*, onde se apoia o paciente a ajustar o seu estado de espírito e o seu comportamento às situações ansiogénicas, e também *estratégias farmacológicas*, que, sendo mais invasivas, deverão ser conjugadas com as estratégias de comunicação e de trabalho psicológico e comportamental.

Finalmente, na compreensão, avaliação e gestão da ansiedade, o médico dentista deve ter em atenção a sua relação com o paciente, para que juntos possam atuar de forma integrada em prol do seu bem-estar e da melhoria da sua qualidade de vida.

8. Referências bibliográficas

1. Kumar S, Bhargav P, Patel A, Bhati M, Balasubramanyam G, Duraiswamy P, Kulkarni S. Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in Udaipur district, India. *Journal of Oral Science* 2009; 51 (2): 245-54.
2. Poorsattar SP. Recognizing and managing dental fears: anxiolysis from the perspective of a dental student. *Journal of Dental Education* 2010; 74 (4): 397-401.
3. Sharif MO. Dental anxiety: Detection and management. *Journal of Applied Oral Science* 2010; 18 (2): i-i.
4. Santos PA, Campos JADB, Martins CS. Avaliação do sentimento de ansiedade frente ao tratamento odontológico. *Revista Uniara* 2007; 20:189-201.
5. Fuentes D, Gorenstein C, Hu LW. Dental anxiety and trait anxiety: an investigation of their relationship. *British Dental Journal* 2009; 206: E17.
6. Lin CS, Lee SY. Dental anxiety and expectation of pain: Cognitive modulation of the pain experience of dental patients. *Journal of Dental Science* 2007; 2 (3): 129-35.
7. Organização Mundial de Saúde. CID–10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 1ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1992.
8. Jaakoola S, Rautava P, Alanen P, Aromaa M, Pienihäkkinen K, Rähkä H et al. Dental fear: one single clinical question for measurement. *The Open Dentistry Journal* 2003; 3: 161-66.
9. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. Dental anxiety in an

- emergency dental service. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37 (6): 786-92.
10. Lukumbi L. O controlo da ansiedade no consultório dentário [monografia]. Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2010.
 11. Ireland R. *Advanced dental nursing*. 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
 12. Bottan ER, Oglio JD, Araújo SM. Ansiedade ao tratamento odontológico em estudantes do ensino fundamental. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 2007; 7 (3): 241-46.
 13. Chaves AM, Loffredo LCM, Valsecki JRA, Chavez OM, Campos JADB. Estudo epidemiológico da ansiedade do paciente ao tratamento odontológico. *Revista de Odontologia da UNESP* 2006; 35 (4): 263-68.
 14. Possobon RF, Carrascoza KC, Moraes ABA, Costa JR AL. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 2007; 12 (3): 609-16.
 15. Freeman R, Humphris G. *Communicating in dental practice: Stress-free dentistry and improved patient care*. 1th ed. London: Quintessence Publishing Co. Ltd.; 2006.
 16. Oliveira PJP. *Influência do espaço do consultório dentário na ansiedade dentária – Uma reflexão...* [dissertação de mestrado]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2009.
 17. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res* 1969; 48(4): 596.
 18. Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc* 1973; 86 (4): 842-8.
 19. Stouthard ME, Hoogstraten J, Mellenbergh GJ. A study on the convergent and discriminant validity of the Dental Anxiety Inventory. *Behav Res Ther* 1995; 33

- (5): 589-95.
20. Wong MH, Mak MC, Xu FY. A four-part setting on examining the anxiety-provoking capacity of the sound of dental equipment. *Noise & Health* 2011; 13 (55): 385-91.
 21. Berge MT., Veerkamp JSJ., Hoogstraten J., Prins PJM. The dental subscale of the Children's Fear Survey Schedule: Predictive value and clinical usefulness. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2002 June; 24 (2): 115-18.
 22. Bankole OO., Denloye OO., Aderinokun GA., Jeboda SO. The relationship of children's predicted behavior to their observed behavior during dental procedures. *African Journal of Biomedical Research* 2002; 5: 109-13.
 23. Buchanan H., Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2002; 12: 47-52.
 24. Buchanan H. Development of a computerised dental anxiety scale for children: validation and reliability. *British Dental Journal* 2005; 199 (6): 359-62.
 25. Barros L, Buchanan H. Correspondence between dentist and child ratings of dental anxiety in Portugal: A preliminary study. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac* 2011; 52 (1):13-15.
 26. Pina-Neves S, Teixeira V, Corrêa FNP, Guedes Pinto AC. *Contributos da Psicologia para a Odontopediatria*. São Paulo: Editora Santos; no prelo.
 27. Fernandes MH. *Farmacologia e terapêutica em medicina dentária*. 1ª ed. Porto: Medisa; 2006.
 28. Bare LC, Dundes L. Strategies for combating dental anxiety. *Journal of Dental Education*, 2004; 68 (11): 1171-6.

29. Gomes A. Abordagem psicológica no controlo da dor. 1ª ed. Lisboa: Permanyer Portugal; 2008.
30. Jensen. M., Turner, J., Romano, J., (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4): 655 -662.
31. Yoshida T, Fujisaki K. Interpersonal communication training in dental education. In: Mostofsky DI, Forgione AG, Giddon DB, editors. *Behavioral Dentistry*. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2006.
32. Lovas JG, Lovas AD. Rapid relaxation - Practical management of preoperative anxiety. *JCDA* 2007; 73 (5): 437-40.

Anexo

Normas da Revista Portuguesa de Estomatologia,
Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial da SPEMD

Informação para os autores

A Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial é uma revista trimestral, que considerará para publicação trabalhos originais, de investigação, revisões, casos clínicos e comunicações curtas, de interesse científico para clínicos e investigadores relacionados direta ou indiretamente com a saúde oral.

Os artigos publicados permanecerão propriedade da Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, não podendo ser reproduzidos, total ou parcialmente, sem a permissão do seu editor. As opiniões expressas serão da exclusiva responsabilidade dos autores.

Todos os trabalhos serão avaliados por membros do conselho editorial da revista que condicionarão a sua aceitação para publicação. Neste processo de avaliação os trabalhos podem ser:

- Aceites sem alteração
- Aceites mediante modificações sugeridas aos autores
- Recusados

Apenas serão considerados para publicação, os trabalhos contendo material original, que não tenha ainda sido publicado, na íntegra ou parcialmente (incluindo tabelas e figuras), e que não se encontrem submetidos ou aceites para publicação noutras revistas. Antes de enviar os manuscritos, os autores devem obter todas as autorizações necessárias para a publicação do material apresentado. Note-se que, para cumprir os regulamentos que regem os direitos dos autores, a **reprodução de imagens, figuras ou gráficos de outras publicações deve ter autorização prévia dos respectivos autores**. Estes devem ser incluídos nas referências bibliográficas.

Apresentação dos trabalhos – Os textos deverão ser escritos em Português ou em Inglês. Os trabalhos submetidos à revista devem incluir título, autores, resumo, palavras-chave, documento com o corpo do artigo e figuras (para instruções mais pormenorizadas consultar <http://www.ees.elsevier.com/spemd>). A submissão apenas poderá ser realizada eletronicamente através da plataforma da Elsevier em <http://www.ees.elsevier.com/spemd>.

1. Título

Título do trabalho, que deverá ser curto e definir com clareza o tema abordado.

2. Autores

Os nomes, graus académicos e títulos dos autores. Deverá ser feita referência às instituições onde os trabalhos foram desenvolvidos ou a que os autores se encontram associados. Deverá constar a morada, o número de telefone, de fax e e-mail do autor para o qual será enviada a correspondência. **Toda a comunicação futura entre a Revista e os autores será efectuada exclusivamente por correio electrónico**. Caso indicação expressa em contrário toda a correspondência será enviada para o primeiro autor.

De acordo com o “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”, a autoria implica uma contribuição substancial para o manuscrito. É, portanto, necessário especificar na carta de apresentação a contribuição dada por cada autor do trabalho.

Exemplo: João Antonio concebeu este estudo e supervisionou todos os aspectos da sua implementação. Pedro Silva colaborou no protocolo experimental e realizou a análise estatística dados. Nuno Pereira recolheu os dados e colaborou na análise dos mesmos. Todos os autores contribuíram para a interpretação dos resultados e revisão do manuscrito.

No caso em que o número de autores exceda os seis deverá justificar-se a situação.

3. Resumo/Abstract:

Deverão ser apresentados resumos em Português e Inglês que não poderão exceder as 250 palavras para o trabalho de investigação e 150 para casos clínicos, revisões ou comunicações breves. Não deverão ser utilizadas abreviaturas.

Do resumo dos **trabalhos de investigação** deverão constar os principais objectivos do trabalho, materiais e métodos seguidos, resultados obtidos e principais conclusões.

Os resumos das apresentações de **casos clínicos** deverão resumir o problema encontrado e o tratamento administrado.

Nos resumos de trabalhos de **revisão bibliográfica e comunicações curtas** deverá ser apresentado o objectivo do trabalho, uma pequena descrição do principal tópico abordado e a forma como o trabalho foi desenvolvido.

4. Palavras-chave/Keywords

Palavras-chave (3 a 10) que permitam a indexação do artigo, de acordo com a terminologia usada no Índice Médico “Medical Subject Headings” (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) as quais deverão ser submetidas **em Português e Inglês**.

5. Documento com o Corpo do Artigo

5.1 Apresentação:

Todo o trabalho, incluindo o corpo do artigo, referências, legendas das figuras e tabelas com legendas, deverá ser formatado com espaçamento duplo, tamanho de letra Arial 12 e justificado à esquerda. Todas as páginas devem ser numeradas. As margens devem ser de 2,5 cm em todo o documento. Devem ser inseridas quebras de página entre cada secção.

5.2 Corpo do artigo de acordo com o tipo de trabalho:

a) **Artigos de investigação** - O texto não deverá exceder as 2000 palavras, excluindo referências, legendas e tabelas. Deverá ser organizado em introdução, materiais e métodos, resultados, discussão e conclusões.

Introdução – Explicação do problema. Pequeno resumo da literatura considerada relevante. Identificação de falhas e tendências dos estudos disponíveis. Clara descrição do objectivo do presente trabalho e apresentação da(s) hipótese(s) a testar no final.

Materiais e métodos – Curto resumo do desenho experimental. Completa descrição dos materiais utilizados (nome comercial, fabricante, lote e validade). Explicação detalhada do que foi e como foi avaliado no presente trabalho, descrevendo as variáveis estudadas, o método utilizado para a constituição da amostra, o tamanho da amostra, o grupo controlo utilizado, o método de calibração dos examinadores e o equipamento utilizado nas medições. Os testes utilizados na análise estatística e o nível de significância estatística fixado deverão ser mencionados no fim desta secção.

Resultados – Descrição dos resultados de forma clara e concisa, pela mesma ordem em que os testes foram descritos na secção anterior. No texto, nas tabelas e nos gráficos apresentados não deverá haver repetição dos dados. Os resultados que se mostrarem estatisticamente significativos deverão ser acompanhados pelo valor de probabilidade respectivo (p).

Discussão – Discussão dos resultados obtidos, relacionando-os com as hipóteses anteriormente apresentadas e com a literatura disponível mais relevante. As limitações do trabalho deverão ser identificadas. Poderão ser sugeridas áreas alvo de futuros estudos.

Conclusões – Listar de forma concisa as principais conclusões a retirar do estudo. As conclusões deverão ser condizentes com os objectivos e suportadas pelos resultados.

b) **Artigos com casos clínicos** – O texto não deverá exceder as 1500 palavras, excluindo referências, legendas e tabelas.

Introdução – Realizar uma breve revisão da literatura relevante para o problema encontrado. Incluir referências aos vários métodos de tratamento existentes.

Caso clínico – Descrição do paciente (idade, sexo, etc), da patologia encontrada e de possíveis antecedentes médicos ou dentários. Descrição dos diversos métodos de tratamento existentes. O método de tratamento utilizado deverá ser justificado e detalhadamente descrito. Apresentar os resultados do tratamento e o tempo de follow-up.

Discussão e Conclusões – Comentários às vantagens e desvantagens apresentada pelo método de tratamento seguido. Apresentar contra-indicações, caso existam. Caso o texto seja uma mera repetição das secções anteriores, a Discussão e Conclusões deverão ser omitidas.

c) **Artigos de revisão** – A Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial publica principalmente artigos de revisão que tenham sido solicitados pelos editores. No entanto, os artigos não solicitados que forem enviados, poderão ser considerados. O texto não deverá exceder 5000 palavras, excluindo referências, legendas e tabelas (máximo de 5). Neste tipo de artigos deverá ser apresentado a metodologia seguida e um registo preciso e completo da literatura, organizado por tópicos. O texto deverá ser dividido por secções com títulos e subtítulos que ajudem numa mais simples compreensão do artigo.

d) **Comunicações breves** - Resultados preliminares e, estudos piloto poderão conduzir a publicações curtas. O texto não deverá exceder as 1000 palavras, excluindo referências, legendas e tabelas, devendo ser organizado em introdução, métodos, resultados e discussão. As descrições de novas técnicas também poderão conduzir a publicações curtas. Neste caso deverão ser organizadas com uma pequena introdução seguida da descrição da técnica. As comunicações breves deverão ter um máximo de 10 referências.

5.3 Agradecimentos:

Deverão ser expressos a pessoas e/ou a Instituições que tenham permitido a efetivação ou prestado contribuição para o trabalho. Nos artigos de investigação deverão constar as fontes de financiamento caso as haja.

5.4 Bibliografia:

As referências no texto, tabelas e legendas terão que ser identificadas por números árabes colocados entre parêntesis e sobrescritos. A numeração deverá corresponder a uma ordenação bibliográfica por ordem de citação no texto. Todas as referências citadas no texto deverão constar da lista de referências. Na lista de referências bibliográficas apenas deverão constar os artigos citados no texto e tabelas. A referência a resumos/abstracts, a sites da Internet ou a qualquer outro tipo de material não publicado deverá ser evitada. A formatação das referências deverão estar de acordo com as “Normas para a apresentação de manuscritos a publicar em Revistas Biomédicas” do *International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Group)* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Os títulos das publicações deverão ser abreviados de acordo com o

tratamento dado no Index Medicus (<http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>).

Exemplo do formato a seguir na referência a artigos publicados em revistas:

Chersoni S, Suppa P, Breschi L, Ferrari M, Tay FR, Pashley DH, et al. Water movement in the hybrid layer after different dentin treatments. *Dent Mater.* 2004;20:796-803.

Exemplo do formato a seguir na referência a capítulos de livros:
Marshall SJ. Dental amalgam – Structures and properties. In: Anusavice KJ editor. *Phillips' Science of Dental Materials.* 10th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996. p. 361-85.

5.5 Tabelas:

Todas as tabelas deverão ser referidas no texto. Deverão ser formatadas a 2 espaços, em folha separada, numeradas com algarismos árabes e acompanhadas do respectivo título e legenda. A tabela deve ser tanto quanto possível explicativa por si só, sem recurso ao texto do artigo.

5.6 Legendas das figuras:

As legendas deverão ser auto-explicativas e estar numeradas com numeração igual à respetiva figura. Quando foram utilizados símbolos, setas, números ou letras para identificar partes de uma figura, estes deverão ser identificados e explicados claramente na legenda. Deverá ser identificada a escala interna e método de coloração nas fotomicrografias.

6. Figuras

Não coloque as figuras no documento com o corpo do artigo. Todas as figuras deverão ser fornecidas em ficheiros independentes com o tamanho 7 cm × 5 cm, no formato em EPS ou TIFF, CMYK a 300 dpi.

Todas as figuras deverão ser citadas no texto e ser numeradas consecutivamente de acordo com a ordem de citação. Caso estejam presentes, as letras, números e símbolos, deverão ser claros, proporcionais entre si e de tamanho suficiente para serem legíveis.

Se uma figura já tiver sido publicada anteriormente, deverá ser identificada a fonte original e incluída nas referências bibliográficas. Para cumprir os regulamentos que regem os direitos dos autores, a **reprodução de imagens, figuras ou gráficos de outras publicações deverá ter autorização prévia dos detentores dos direitos, autor/editor.** A referida autorização deverá ser enviada por escrito para o editor da Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. A permissão é exigida independentemente do seu detentor, exceto para documentos de domínio público.

Anexos – Todo o material para publicação que seja muito extenso, particularmente tabelas ou ferramentas para recuperação de dados, poderá, em certos casos e após consideração, ser colocado na internet para consulta por parte dos interessados sendo designado por **material suplementar.**

Considerações éticas e consentimento informado – Os autores devem assegurar-se de que todas as investigações científicas que

envolvam seres humanos foram aprovados pelas comissões éticas das instituições onde foram desenvolvidas, em conformidade com a Declaração de Helsínquia da *Association of World Medicine* (www.wma.net). Nos ensaios clínicos é obrigatório o consentimento informado dos pacientes. A aprovação da comissão de ética e a obtenção do consentimento informado deverá ser referida na secção dos materiais e métodos do trabalho. Para estudos com animais os autores deverão indicar que o mesmo foi aprovado pela comissão de ética apropriada e que o protocolo respeitou a diretiva europeia para proteção animal com fins experimentais e científicos (<http://eur-lex.europa.eu/pt/legis/latest/chap1540.htm>).

Conflito de interesses – Os autores dos trabalhos deverão divulgar, na altura da submissão, se existem conflitos de interesse ou declarar a inexistência dos mesmos. Esta informação será mantida confidencial durante a avaliação pelos árbitros e não influenciará a decisão editorial. No entanto, será publicada com o artigo, caso este seja aceite.

Consentimento para divulgação de dados – Caso sejam incluídos no artigo fotografias ou dados de pacientes (nome, iniciais ou número de processo hospitalar ou judicial), não deverão permitir a identificação dos mesmos. Quando tal não se verifique, os autores deverão atestar por sua honra que obtiveram o consentimento escrito do paciente e/ou representante legal (pais ou tutores) que autorize a publicação na Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, bem como a sua cópia e reprodução em papel ou na internet.

Revisões e alterações – Sempre que a aceitação do artigo esteja pendente de alterações a efetuar pelos autores, estas deverão ser realizadas no prazo máximo de 15 dias, para pequenas modificações, ou em 60 dias, no caso de grandes alterações. Após a produção gráfica do artigo, a prova final será da responsabilidade do conselho editorial, excepto indicação contrária dos autores. Nesse caso, as alterações deverão ser realizadas dentro do prazo limite estabelecido pelo conselho editorial para cumprimento dos prazos da revista.

Lista de verificação

- Carta de apresentação
- Título
- Autores
- Resumos
- Palavras-chave
- Documento com o corpo do artigo
- Figuras
- Declaração de atesta obtenção do consentimento dos paciente para divulgação de dados e figuras (quando aplicável)
- Transferência de copyright a favor da Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial (após o trabalho ter sido aceite para publicação)