



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE ODONTOLOGIA

LAVÍNIA KALINE NASCIMENTO CHAVES

**UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS DE CONTROLE DE ANSIEDADE POR
CIRURGIÕES-DENTISTAS DA CIDADE DE RECIFE- PE**

Recife

2022

LAVÍNIA KALINE NASCIMENTO CHAVES

**UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS DE CONTROLE DE ANSIEDADE POR
CIRURGIÕES-DENTISTAS DA CIDADE DE RECIFE- PE**

Trabalho apresentado à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso 2 como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador(a): Prof.(a) Dr.(a) Martinho Dinoá Medeiros Júnior.

Recife

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do
SIB/UFPE

Chaves, Lavínia.

Utilização de protocolos de controle de ansiedade por
cirurgiões-dentistas da cidade de Recife- PE / Lavínia Chaves. -
Recife, 2022.

40 : il., tab.

Orientador(a): Martinho Medeiros Junior

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade
Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Odontologia -
Bacharelado, 2022.

Inclui referências, apêndices, anexos.

1. Ansiedade ao Tratamento Odontológico. 2. Assistência
Odontológica. 3. Transtornos Fóbicos. 4. Manejo Psicológico. I.
Medeiros Junior, Martinho. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

LAVÍNIA KALINE NASCIMENTO CHAVES

**UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS DE CONTROLE DE ANSIEDADE POR
CIRURGIÕES-DENTISTAS DA CIDADE DE RECIFE- PE**

Trabalho apresentado à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso 2 como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

**Nome do Primeiro avaliador/
UFPE**

**Nome do segundo avaliador/
UFPE**

**Nome do terceiro avaliador/
UFPE ou de outra instituição**

“Pois nEle foram criadas todas as coisas nos céus e na terra, as visíveis e as invisíveis, sejam tronos ou soberanias, poderes ou autoridades; todas as coisas foram criadas por Ele e para Ele”. (Colossenses 1:16).

RESUMO

A ansiedade ao tratamento odontológico acomete boa parte dos pacientes atendidos diariamente nas clínicas odontológicas. É uma condição que pode trazer diversos prejuízos no atendimento, caso não seja adequadamente diagnosticada e tratada. Dessa forma, os cirurgiões-dentistas devem estar munidos de estratégias que visem um adequado controle desse quadro. Esse trabalho propõe avaliar os cirurgiões-dentistas quanto a utilização de protocolos de controle de ansiedade. Tratou-se de uma pesquisa de campo de corte transversal que teve como público alvo os cirurgiões-dentistas da cidade de Recife-PE, com um total de 353 participantes. A pesquisa utilizou um questionário semiestruturado e só teve início após aprovação no CEP. Foi possível perceber que, assim como em outros estudos, a utilização de escalas para diagnóstico da ansiedade foi pouco frequente entre os participantes. Além disso, apesar da maioria reconhecer a importância do controle da ansiedade, apenas pouco mais da metade faz uso de técnicas que visam ou contribuem para um tratamento com controle, amenizando os inconvenientes da ansiedade, sendo os métodos não farmacológicos, incluindo conversação e musicoterapia entre os mais frequentes. São necessários mais estudos para entender a pouca adesão dos cirurgiões-dentistas no uso de métodos de controle de ansiedade, tendo em vista as vantagens da utilização de técnicas de controle de ansiedade na prática clínica.

Palavras-chave: Ansiedade ao Tratamento Odontológico; Assistência Odontológica; Transtornos Fóbicos; Manejo Psicológico.

ABSTRACT

Anxiety about dental treatment affects most patients seen daily in dental clinics. It is a condition that can cause several damages in care, if not properly diagnosed and treated. Thus, dentists must be equipped with strategies aimed at adequate control of this condition. This study proposes to evaluate dentists regarding the use of anxiety control protocols. It was a cross-sectional field research whose target audience was dentists in the city of Recife-PE, with a total of 353 participants. The research used a semistructured questionnaire and only started after approval by the CEP. It was possible to notice that, as in other studies, the use of scales for the diagnosis of anxiety was infrequent among the participants. In addition, although most recognize the importance of controlling anxiety, only slightly more than half use techniques that aim at or contribute to a treatment with control, alleviating the inconveniences of anxiety, with non-pharmacological methods, including conversation and music therapy among patients. the most frequent. More studies are needed to understand the poor adherence of dentists in the use of anxiety control methods, in view of the advantages of using anxiety control techniques in clinical practice.

Keywords: Dental Anxiety; Dental Care; Troubles phobiques; Handling, Psychological

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 8 |
| 2 | MATERIAIS E MÉTODOS..... | 11 |
| 3 | RESULTADOS..... | 13 |
| 4 | DISCUSSÃO..... | 23 |
| | REFERÊNCIAS..... | 27 |
| | APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 29 |
| | APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO DA PESQUISA..... | 32 |
| | ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA..... | 34 |
| | ANEXO B- NORMAS DA REVISTA..... | 35 |

1 INTRODUÇÃO

O medo e a ansiedade são reações fisiológicas ativadas pelo sistema simpático em situações que demonstrem perigo, ameaça ou conflito. O medo é uma reação a possíveis situações de risco ou estímulos ameaçadores, enquanto a ansiedade é uma preocupação ou receio de que algo apavorante possa vir a ocorrer (1,2).

A odontofobia é o medo direcionado ao dentista e aos procedimentos e instrumentais da prática clínica odontológica, sendo reconhecido pela OMS como uma doença real que afeta aproximadamente 15 a 20% da população. Há 3 classes de fobia dental: a odontofobia leve, conhecida como ansiedade ao tratamento odontológico; a odontofobia moderada, chamada de medo ao tratamento; e por fim, a fobia em si, que é mais rara e mais difícil na prática clínica, sendo uma ansiedade acentuada e persistente (2,3,4).

A etiologia do medo ao tratamento odontológico está conectada com experiências traumáticas anteriores, como dor intensa ou desconforto durante ou após consulta odontológica, por insegurança em relação ao desconhecido ou mesmo pela transmissão de más experiências vivenciadas por outras pessoas próximas ao paciente (5).

Estudos sugerem que a prevalência e intensidade da dor dentária está atrelada aos indivíduos com ansiedade demasiada ao tratamento odontológico, tendo em vista que essa condição leva a uma maior evasão e menor frequência de consultas odontológicas. As pessoas acometidas pela ansiedade ao tratamento odontológico normalmente buscam métodos farmacológicos para controle da condição, adiando a solução do problema, podendo ocasionar a piora do seu quadro inicial, ou seja, acabam procurando o cirurgião-dentista quando o problema se torna doloroso e/ou mais complexo de ser resolvido (3,6,7).

É importante salientar que grande parte das emergências nas clínicas odontológicas estão relacionadas ao estresse e medo, acarretando numa piora no quadro clínico do paciente, podendo levar a episódios de síncope vasodepressora, hiperventilação, dor no peito e outras alterações cardiovasculares (8,9).

Em crianças, a ansiedade odontológica piora a saúde bucal, aumentando a quantidade de dentes cariados e extraídos, episódios de dor, tendo influência direta na qualidade de vida do indivíduo, no seu desenvolvimento, no desempenho e interação social (9).

O cirurgião-dentista, então, tem um papel fundamental no manejo desses pacientes, através de um atendimento individualizado focado na percepção dos sinais e numa intervenção humanizada, pois estudos já mostram que, quando o mesmo tem conhecimento do grau de ansiedade do paciente há redução dessa ansiedade, só pelo fato do paciente acreditar que o profissional irá tratá-lo de forma mais propícia (10).

Dessa forma, é necessário um acurado diagnóstico voltado para o estabelecimento de um protocolo personalizado no tratamento da ansiedade. O paciente pode ser identificado através do seu comportamento e de sinais físicos, visto que, quando a ansiedade está presente, ocorrem respostas psicofisiológicas que alteram a atividade do ramo simpático do sistema nervoso autônomo. Essas mudanças resultam em: aumento da pressão arterial e frequência cardíaca, palidez na pele, sudorese excessiva, dilatação da pupila, sensação ofegante, xerostomia e outros sintomas (8,11).

Além disso, algumas escalas também podem ser usadas para mensuração da ansiedade. Estas, quando aliadas com medidas objetivas (aferição de pressão arterial, frequência cardíaca) são capazes de oferecer um diagnóstico mais preciso. Diversas escalas estão disponíveis para o uso, entretanto poucas foram validadas no Brasil, cabendo ao profissional a escolha de acordo com o perfil do paciente e evidência científica de eficácia (11,12).

A escala mais conhecida validada para a língua portuguesa é a Dental Anxiety Scale (DAS) conhecida como escala de Corah, autor da mesma. É um questionário composto por algumas perguntas que mensuram e quantificam a ansiedade, classificando-a em alta, moderada e baixa (8).

Outras escalas como a Venham picture test, Facial Image Scale e a Modified Child Dental Anxiety Scale Faces (MCDASf) são direcionadas para o público infantil, buscando, através de imagens ou perguntas simples, representar o estado atual com o qual a criança se identifica. Apesar de instrumentos rápidos e simples, a confiabilidade não foi comprovada ou não foram validadas para o português brasileiro. Independente do instrumento de diagnóstico utilizado, é necessária uma intervenção precoce que procure a realização de um tratamento menos estressante possível (13).

Os métodos para controle da ansiedade podem ser não farmacológicos e farmacológicos. A escolha do método vai depender do grau de ansiedade do paciente e da segurança e domínio da técnica escolhida pelo profissional.

Os métodos não farmacológicos envolvem comunicação, gestão de comportamento e anestesia local para controle da dor. Alguns desses métodos consistem em técnicas de distração (vídeos ou músicas), minimização da visualização dos instrumentais, aromaterapia. Além desses, técnicas de verbalização, de relaxamento e hipnose, técnicas de comportamento e psicológicas também podem ser utilizadas (14,15)

Caso os métodos não farmacológicos não sejam suficientes, o profissional pode lançar mão dos métodos farmacológicos, que incluem desde uma sedação mínima até a anestesia

geral. A sedação mínima pode ser feita através de ansiolíticos orais ou por via inalatória com a mistura dos gases óxido nitroso/oxigênio. Os benzodiazepínicos são geralmente as drogas de primeira escolha no consultório odontológico, tendo como representantes da classe: diazepam, lorazepam, alprazolam, midazolam, entre outros. Outros medicamentos como anti-histamínicos, antipsicóticos, fitoterápicos também podem ser utilizados (14).

Cabe ao profissional, através de uma anamnese bem estruturada, escolher o melhor método para cada perfil de paciente, considerando suas vantagens, desvantagens, dominando e conhecendo a técnica empregada, sendo capaz fazer uma correta indicação para cada caso (16).

Apesar das vantagens do emprego desses fármacos, muitos profissionais ainda não têm segurança no seu emprego, seja por dúvidas no momento da prescrição ou por nunca terem precisado usar. Muitas vezes, conseguem diagnosticar o paciente, porém não se sentem aptos para tratá-lo (17).

Considerando a importância do estabelecimento de um protocolo de controle de ansiedade, é imprescindível que o cirurgião-dentista esteja preparado para sua aplicação, através da adoção de medidas individualizadas para cada paciente.

Desse modo, o presente trabalho tem como objetivo averiguar a conduta dos cirurgiões-dentistas na cidade de Recife- PE quanto a utilização de protocolos de controle de ansiedade no tratamento odontológico, além de observar a autoavaliação dos participantes frente à condução desses pacientes.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa de campo observacional de corte transversal. O estudo foi realizado através da aplicação de um questionário aos cirurgiões-dentistas da cidade de Recife- PE. Em atendimento aos quesitos de ética na pesquisa, esse trabalho teve início após aprovação pelo CEP.

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista dirigida por um questionário proposto por Monte et al. (17) na avaliação da conduta do cirurgião-dentista frente ao paciente ansioso. Com o número total de inscrições ativas de cirurgiões-dentistas em Recife de 4871, foi calculada uma amostra de 357 participantes, considerando a confiabilidade de 95% e margem de erro de 5%.

O total de questionários coletados foi de 373, desses, 20 foram excluídos, considerando os critérios de exclusão da pesquisa. A população alvo constitui-se de 353 cirurgiões-dentistas devidamente inscritos no Conselho Regional de Odontologia- PE e atuantes na cidade de Recife, utilizando uma amostragem por conveniência. Os entrevistados foram esclarecidos sobre o teor da pesquisa e, uma vez concordando e assinando o termo de consentimento Livre e Esclarecido foram incluídos como participantes. Os questionários foram aplicados de janeiro de 2022 a julho de 2022.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética sob o parecer: 52992121.0.0000.5208. Todos os procedimentos foram realizados com o cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (2000), e atendeu-se a todas as legislações específicas do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados foi realizada de forma remota e presencial. Inicialmente, a busca se deu totalmente online, através de redes sociais que permitiam a troca de mensagens, nas quais o link era enviado instantaneamente. Sendo as redes: WhatsApp, Instagram e e-mail, levando em consideração os critérios citados anteriormente. No decorrer da coleta de dados, percebeu-se a necessidade de iniciar uma busca presencial, devido à pouca adesão dos participantes e dificuldade de alcançar o público alvo.

Os critérios de inclusão foram cirurgiões-dentistas atuantes na cidade de Recife e devidamente inscritos no CRO-PE, de ambos os sexos, com diferentes especializações e diferentes tempos de conclusão de curso. Como critérios de exclusão: aqueles que não atuavam em serviços públicos ou privados de assistência em saúde bucal e os que deixaram de responder partes do questionário, como também não forneceram os dados pessoais solicitados.

Os riscos da pesquisa foram invasão de privacidade; tomar o tempo do sujeito entrevistado e constrangimento de se sentir avaliado por um estranho. As estratégias adotadas para minimizar os riscos foram a carta de apresentação do pesquisador ao participante, antes de enviar o TCLE e redução de desconfortos.

O formulário aplicado foi elaborado na versão digital (através do Google Formulários) e versão impressa. As variáveis questionadas foram dependentes e independentes, sendo as variáveis independentes: Informações sobre formação profissional: tempo de formado, especialização, nível (nível superior completo, especialização, mestrado, doutorado, etc.); local de atuação: Serviço público ou privado. E as variáveis dependentes: técnicas utilizadas na detecção da ansiedade (avaliar o conhecimento do cirurgião-dentista quanto aos tipos tabelas existentes, frequência de utilização); técnicas utilizadas no controle da ansiedade; (frequência, tipos e importância dada pelo cirurgião dentista na utilização desses métodos); manejo farmacológico no controle da ansiedade (tipos de medicamentos, posologia, contraindicações, riscos, segurança e conhecimento no emprego adequado desses fármacos); manejo e utilização do óxido nitroso).

3 RESULTADOS

Os dados foram analisados descritivamente por meio de frequências absolutas e percentuais. Para avaliar a associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando a condição para utilização do teste Qui-quadrado não foi verificada. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IMB SPSS na versão 25.

Quanto aos dados relativos ao perfil acadêmico e o setor de atuação, pôde ser verificado que: a maioria (59,8%) tinha apenas curso superior, seguida de 27,2% dos que tinham pós-graduação (especialização/residência) e as categorias mestrado e doutorado corresponderam respectivamente a 6,2% e 5,4% do grupo pesquisado; o percentual sem especialização correspondeu a 35,1% e as especialidades mais citadas foram: endodontia (19,8%), ortodontia (14,7%), prótese (10,5%) e os percentuais das outras especialidades listadas variaram de 0,6% a 8,2%. Em relação ao tempo de formado, o maior percentual (46,5%) tinha menos de 5 anos, seguido de 21,5% que tinha de 5 a 9 anos, 11,3% tinha 10 a 19 anos e os percentuais das outras duas faixas tiveram uma variação de 6,5% a 9,6%. A maioria (70,0%) atuava somente no setor privado, 17,3% em ambos os setores e 11,9% somente no setor público.

Tabela 1 – Avaliação do perfil acadêmico e setor de atuação

| Variável | n (%) |
|---|--------------------|
| TOTAL | 353 (100,0) |
| Formação | |
| Apenas superior completo | 211 (59,8) |
| Pós-graduação (especialização/residência) | 96 (27,2) |
| Mestrado | 22 (6,2) |
| Doutorado | 19 (5,4) |
| Não informado | 5 (1,4) |
| Especialização⁽¹⁾ | |
| Não possui | 124 (35,1) |
| Endodontia | 70 (19,8) |
| Ortodontia | 52 (14,7) |
| Prótese | 37 (10,5) |
| Implantodontia | 29 (8,2) |
| Periodontia | 16 (4,5) |
| CTBMF | 13 (3,7) |
| Saúde coletiva e da família | 12 (3,4) |
| Dentística | 11 (3,1) |
| Odontopediatria | 11 (3,1) |
| Harmonização Orofacial | 10 (2,8) |
| Estomatologia | 3 (0,8) |
| Dor orofacial | 2 (0,6) |
| Radiologia | 2 (0,6) |
| Outra | 2 (0,6) |

| | |
|-------------------------|------------|
| Não informado | 5 (1,4) |
| Tempo de formado | |
| < 5 | 164 (46,5) |
| 5 a 9 | 76 (21,5) |
| 10 a 19 | 40 (11,3) |
| 20 a 29 | 34 (9,6) |
| 30 ou mais | 23 (6,5) |
| Não informado | 16 (4,5) |
| Setor de atuação | |
| Público | 42 (11,9) |
| Privado | 247 (70,0) |
| Ambos | 61 (17,3) |
| Não informado | 3 (0,8) |

(1) Considerando a ocorrência de respostas múltiplas, a soma das frequências é superior ao total.

Dos resultados contidos na Tabela 2 se enfatiza que: um pouco mais da metade (52,4%) afirmou utilizar algum método de controle de ansiedade clínica e neste subgrupo os métodos mais utilizados eram: diálogo e/ou escuta do paciente (43,2%), método farmacológico (35,7%), musicoterapia (22,7%) e os percentuais dos outros métodos listados variaram de 0,5% a 9,2%. Sobre a frequência de utilização a mais citada foi às vezes (33,5%), o menor correspondeu a nunca (0,5%) e os percentuais das outras faixas variaram de 16,8% a 24,9%. Entre os 168 pesquisados que responderam negativamente na questão “Q1 Utiliza algum método de controle de ansiedade clínica?” foi questionado o motivo por não utilizar e as respostas mais prevalentes foram: nunca teve a necessidade (34,5%), acalma o paciente através de conversa/diálogo (12,5%), sem experiência (12,5%) e os percentuais das outras respostas variaram de 0,6% a 4,2%.

Na questão “P5. O uso de técnicas para controle do medo e da ansiedade nos pacientes odontológicos é útil para o atendimento clínico que executa?” o maior percentual (43,9%) correspondeu que concorda, seguido de 36,0% que afirmou concordar totalmente e os percentuais das outras categorias variaram de 0,3% a 9,9%. Aproximadamente 1/4 (25,2%) afirmou utilizar algum método farmacológico de controle da ansiedade e entre estes: os fármacos mais utilizados eram: Midazolam (44,9%), Alprazolam (14,6%), Diazepam (14,6%), Clonazepam (13,5%), benzodiazepínicos no geral (12,4%) e os demais fármacos listados tiveram percentuais que variaram de 1,1% a 9,0%. A maioria (84,3%) fazia via de administração oral; questionados sobre os riscos os mais citados foram: depressão respiratória (9,0%), efeito paradoxal (9,0%) e sonolência (6,7%) e os percentuais dos outros riscos variaram de 1,1% a 5,6%; as contraindicações mais citadas foram: alergias (21,3%), insuficiência respiratória (13,5%) insuficiência hepática (9,0%) e os percentuais das outras contraindicações listadas variaram de 1,1% a 6,7%. Entre os que responderam não utilizar algum método farmacológico de controle da ansiedade foi questionado os motivos e os mais

citados foram: nunca teve a necessidade (45,1%) e falta de conhecimento (19,3%) e os percentuais dos outros motivos listados variaram de 0,4% a 5,3%.

Na questão “Q12. Quais os procedimentos que mais estimulam o medo e a ansiedade nos seus pacientes?” os mais prevalentes foram: Procedimentos cirúrgicos (exodontia, cirurgia oral menor, implantes) (69,1%), endodontia (27,2%), ato de anestesia (19,0%) e alta rotação / turbinas (som) (14,7%), os demais itens citados variaram de 0,8% a 5,7%. Na questão “Q13. Se considera apto para diagnosticar medo e ansiedade do paciente?” as respostas mais citadas foram: quase sempre (39,4%), às vezes (36,8%) e sempre (14,7%) e os percentuais das outras categorias variaram de 1,7% a 5,1%. Apenas 4,8% informaram utilizar alguma escala para mensurar a ansiedade (P14). Na questão “Q15. Se sente apto para tratar a ansiedade do paciente com métodos farmacológicos?” as respostas mais citadas foram: dificilmente (33,4%), às vezes (24,4%), nunca (20,4%) e os percentuais das outras duas categorias variaram de 8,5% a 12,5%. Apenas 2,0% responderam positivamente na questão “Q16. É habilitado para utilizar óxido nitroso? Qual frequência? Conhece os riscos?” e 15,3% responderam possuir talonário azul.

Nas Tabelas 3 e 4 se apresenta os resultados relativos às questões "Q1". Utiliza algum método de controle de ansiedade na clínica?”, “Q6. Utiliza algum método farmacológico de controle de ansiedade?” e “Q13. Considera-se apto para diagnosticar medo e ansiedade do paciente?” com a formação e com o tempo de formado.

Para a margem de erro fixada (5%) se comprova associação significativa ($p < 0,05$) da formação com as questões Q1 e Q13 e para as referidas variáveis se destaca que: o percentual que respondeu afirmativamente na questão Q1 foi mais elevado entre os que tinham doutorado (73,7%) e mestrado (72,7%) e variou de 47,4% a 56,3% nas outras duas categorias da formação; na Q13 as maiores diferenças percentuais ocorreram na categoria às vezes com valor menos elevado entre os que tinham superior (44,8%) e os que tinham doutorado (10,5%) e a categoria quase sempre com valor mais elevado entre os que tinham doutorado (68,4%) e os que tinham curso superior (35,5%).

A Tabela 4 mostra associação significativa entre o tempo de formado e a questão Q13 e para a referida variável se evidencia as maiores diferenças percentuais: na categoria às vezes que teve valores que variaram de 44,7% (< 5 anos) a 47,5% (10 a 19 anos) e variou de 28,4% a 28,6% nas outras duas categorias do tempo e, na categoria quase sempre, com valor mais elevado entre os que tinham 20 anos ou mais (53,6%) e menos de 5 anos (35,2%).

Na Tabela 5 se apresenta os cruzamentos entre os resultados da questão “Q1. Utiliza algum método de controle de ansiedade na clínica?” com cada uma das especialidades mais

frequentes. Desta tabela pode ser verificado que as maiores diferenças percentuais no percentual de respostas positivas ocorreram entre os que tinham e os que não tinham as especialidades: odontopediatria, com valor mais elevado entre os que tinham a especialidade (81,8% x 51,9%), CTBMF, com valor mais elevado entre os que tinham a referida especialidade (76,9% x 51,9%) e HOF, com valor mais elevado entre os que não tinham a especialidade (54,4% x 30,0%), entretanto não foram verificadas associações significativas ($p > 0,05$).

Não foram registradas associações significativas ($p > 0,05$) entre os resultados da questão e as especialidades mais frequentes, conforme resultados apresentados na Tabela 6 .

Tabela 2- Avaliação das questões analisadas

| Variável | n (%) |
|--|--------------------|
| Q1. Utiliza algum método de controle de ansiedade na clínica? | |
| Sim | 185 (52,4) |
| Não | 168 (47,6) |
| TOTAL | 353 (100,0) |

Método de controle de ansiedade utilizado ^(1,2):

| | |
|---|-----------|
| Método farmacológico | 66 (35,7) |
| Diálogo e/ou escuta do paciente | 80 (43,2) |
| Musicoterapia | 42 (22,7) |
| Explicar o procedimento/dizer-mostrar-fazer | 17 (9,2) |
| Exercícios de respiração/relaxamento | 14 (7,6) |
| Condicionamento emocional/psicológico | 14 (7,6) |
| Óleos essenciais e aromaterapia | 13 (7,0) |
| Distração (TV/Audiovisual) | 7 (3,8) |
| Controle/modulação de voz | 5 (2,7) |
| Controle de comportamento | 5 (2,7) |
| Calmanes naturais/fitoterápicos | 4 (2,2) |
| Confortar paciente pré-atendimento | 3 (1,6) |
| Dessensibilização | 3 (1,6) |
| Ambiente diferente do hospital e agradável | 3 (1,6) |
| Acupuntura/medicina tradicional chinesa | 2 (1,1) |
| Massoterapia | 2 (1,1) |
| Evito mostrar os instrumentais | 2 (1,1) |
| Laserterapia | 1 (0,5) |
| Comunicação não verbal | 1 (0,5) |
| Encaminhamento para terapia | 1 (0,5) |
| Pausa o atendimento | 1 (0,5) |
| Não informado | 2 (1,1) |

Q3. Qual frequência de utilização? ⁽¹⁾:

| | |
|--------------|--------------------|
| Nunca | 1 (0,5) |
| Difícilmente | 31 (16,8) |
| Às vezes | 62 (33,5) |
| Quase sempre | 45 (24,3) |
| Sempre | 46 (24,9) |
| TOTAL | 185 (100,0) |

Q4. Se Não na Q1, explique o porquê? ^(1,2):

| | |
|--|-----------|
| Nunca teve a necessidade | 58 (34,5) |
| Acalmo o paciente através de conversa/diálogo | 21 (12,5) |
| Não tenho experiência | 21 (12,5) |
| Desnecessário para a especialidade | 7 (4,2) |
| Atendimento precisa ser rápido | 7 (4,2) |
| Falta de conhecimento | 5 (3,0) |
| Falta de medicamentos no setor onde atuo | 4 (2,4) |
| Encaminhamento para profissional médico ou terapia | 3 (1,8) |

(1) Considerando a ocorrência de respostas múltiplas, a soma das frequências é superior ao total.

(2) Os percentuais foram obtidos com base nos 185 que responderam sim à questão Q1.

(2) Os percentuais foram obtidos com base nos 168 que responderam não à questão Q1.

| Variável | n (%) |
|--|--------------------|
| Q5. O uso de técnicas para controle do medo e da ansiedade nos pacientes odontológicos é útil para o atendimento clínico que executa? | |
| Discorda totalmente | 1 (0,3) |
| Discorda | 8 (2,3) |
| Nem concorda, nem discorda | 35 (9,9) |
| Concorda | 155 (43,9) |
| Concorda totalmente | 127 (36,0) |
| Não informado | 27 (7,6) |
| TOTAL | 353 (100,0) |

Q6. Utiliza algum método farmacológico de controle de ansiedade?

| | |
|--------------|--------------------|
| Sim | 89 (25,2) |
| Não | 264 (74,8) |
| TOTAL | 353 (100,0) |

Q7. Se sim na questão 6, quais fármacos são utilizados? ^(1,2)

| | |
|--|-----------|
| Midazolam | 40 (44,9) |
| Alprazolam | 13 (14,6) |
| Diazepam | 13 (14,6) |
| Clonazepam | 12 (13,5) |
| Benzodiazepínicos no geral | 11 (12,4) |
| Fitoterápicos | 8 (9,0) |
| Anti-histamínicos | 5 (5,6) |
| Ansiolítico | 3 (3,4) |
| Dimenidrinato | 2 (2,2) |
| Medicamentos que o paciente já faz uso | 2 (2,2) |
| Neurolépticos | 2 (2,2) |
| Depende do caso | 1 (1,1) |
| Óxido nitroso | 1 (1,1) |
| Lexotan | 1 (1,1) |
| Não informado | 1 (1,1) |

Q9.1 Via de administração?

| | |
|---------------|-------------------|
| Oral | 75 (84,3) |
| Outra | 8 (9,0) |
| Não informado | 6 (6,7) |
| TOTAL | 89 (100,0) |

(1) Considerando a ocorrência de respostas múltiplas a soma das frequências é superior ao total

(2) Percentuais obtidos com base nos 89 que afirmaram utilizar algum fármaco de controle da ansiedade.

| Variável | n (%) |
|---|------------|
| Q9.2 Riscos ^(1,2) | |
| Depressão respiratória | 8 (9,0) |
| Efeito paradoxal | 8 (9,0) |
| Sonolência | 6 (6,7) |
| Bradicardia | 5 (5,6) |
| Dirigir/Se locomover sozinho/Operar máquinas | 4 (4,5) |
| Enjôo/Dor de cabeça/Vômitos | 4 (4,5) |
| Praticamente não há riscos/baixo riscos | 4 (4,5) |
| Amnésia | 4 (4,5) |
| Confusão/tonturas/alucinações | 3 (3,4) |
| Parada cardiorrespiratória | 3 (3,4) |
| Sem risco | 3 (3,4) |
| Morte | 2 (2,2) |
| Diminuição dos reflexos | 2 (2,2) |
| Dependência | 1 (1,1) |
| Depressão do SNC | 1 (1,1) |
| Não informado | 53 (59,6) |
| Q9.3 Contraindicação ^(1,2) | |
| Alergias | 19 (21,3) |
| Insuficiência respiratória | 12 (13,5) |
| Insuficiência hepática | 8 (9,0) |
| Pacientes que fazem uso de outras drogas depressoras do SNC | 6 (6,7) |
| Apnéia do sono | 5 (5,6) |
| Gestante | 5 (5,6) |
| Idosos | 5 (5,6) |
| Problemas renais | 3 (3,4) |
| Crianças | 3 (3,4) |
| Miastenia | 2 (2,2) |
| Alcoolistas | 2 (2,2) |
| Cardiopatas | 2 (2,2) |
| Crianças com comprometimento físico e mental severo | 1 (1,1) |
| Não informado | 56 (62,9) |
| Q11. Se Não na questão 6, explique o porque?: ^(1,3) | |
| Nunca teve a necessidade | 119 (45,1) |
| Falta de conhecimento | 51 (19,3) |
| Desnecessário para a especialidade | 14 (5,3) |
| Utiliza outro método | 13 (4,9) |
| Acalma através de conversa/diálogo | 11 (4,2) |

| | |
|--|----------|
| Falta de medicamentos no setor onde atuo | 10 (3,8) |
| Encaminha para outro profissional | 5 (1,9) |
| Não possui talonário | 5 (1,9) |
| Não habilitado | 3 (1,1) |
| Encaminha para outro cirurgião-dentista capacitado | 3 (1,1) |
| Falta de oportunidade | 2 (0,8) |
| Uso apenas no ambiente hospitalar | 2 (0,8) |
| Paciente já recebe atendimento médico | 1 (0,4) |
| Evito o uso de fármacos | 1 (0,4) |
| Nunca foi solicitado pelo paciente | 1 (0,4) |
| Não informado | 24 (9,1) |

- (1) Considerando a ocorrência de respostas múltiplas a soma das frequências é superior ao total
(2) Percentuais obtidos com base nos 89 que afirmaram utilizar algum fármaco de controle da ansiedade
(3) Percentuais obtidos com base nos 264 que afirmaram não utilizar algum fármaco de controle da ansiedade

| Variável | n (%) |
|---|--------------------|
| Q12. Quais os procedimentos que mais estimulam o medo e a ansiedade nos seus pacientes?:^(1,2) | |
| Procedimentos cirúrgicos (cirurgia oral menor, implantes) | 244 (69,1) |
| Endodontia | 96 (27,2) |
| Ato da anestesia | 67 (19,0) |
| Alta rotação/Turbinas (som) | 52 (14,7) |
| Restauração/remoção de cárie | 20 (5,7) |
| Trauma anterior/Histórico familiar | 17 (4,8) |
| Perfurocortantes/instrumentais | 9 (2,5) |
| Quem tem ansiedade já inicia a consulta ansioso | 6 (1,7) |
| Desatenção do dentista/Abordagem ruim/Não condicionamento do paciente | 6 (1,7) |
| Desconhecimento do procedimento/medo da dor | 5 (1,4) |
| Urgência | 5 (1,4) |
| Odontopediatria | 5 (1,4) |
| O próprio ambiente médico/odontológico | 3 (0,8) |
| A figura do dentista | 3 (0,8) |
| Procedimentos invasivos | 3 (0,8) |
| Não informado | 20 (5,7) |
| Q13. Se considera apto para diagnosticar medo e ansiedade do paciente? | |
| Nunca | 6 (1,7) |
| Difícilmente | 18 (5,1) |
| Às vezes | 130 (36,8) |
| Quase sempre | 139 (39,4) |
| Sempre | 52 (14,7) |
| Não informado | 8 (2,3) |
| TOTAL | 353 (100,0) |
| Q14. Utiliza alguma escala para mensurar a ansiedade? | |
| Sim | 17 (4,8) |
| Não | 286 (81,0) |
| Não informado | 50 (14,2) |
| TOTAL | 353 (100,0) |
| Q15. Se sente apto para tratar a ansiedade do paciente com métodos farmacológicos? | |
| Nunca | 72 (20,4) |
| Difícilmente | 118 (33,4) |
| Às vezes | 86 (24,4) |
| Quase sempre | 44 (12,5) |
| Sempre | 23 (6,5) |
| Não informado | 10 (2,8) |
| TOTAL | 353 (100,0) |
| Q16. É habilitado para utilizar óxido nitroso? Qual frequência? Conhece os riscos? | |
| Sim | 7 (2,0) |
| Não | 311 (88,1) |
| Não informado | 35 (9,9) |
| TOTAL | 353 (100,0) |
| Q17. Possui talonário azul? | |
| Sim | 54 (15,3) |
| Não | 288 (81,6) |
| Não informado | 11 (3,1) |
| TOTAL | 353 (100,0) |

(1) Considerando a ocorrência de respostas múltiplas, a soma das frequências é superior ao total.

(2) Percentuais obtidos com base nos 353 pesquisados

Tabela 3- avaliação das questões “Q1. Utiliza algum método de controle de ansiedade na clínica?; “Q6.Utiliza algum método farmacológico de controle de ansiedade?” e “Q13. Considera-se apto para diagnosticar medo e ansiedade do paciente?” segundo a formação

| Variável | Formação | | | | Grupo Total n (%) | Valor de p |
|---|--------------------|------------------------|-------------------|--------------------|----------------------|---------------------------|
| | Superior n (%) | Pós-graduação n (%) | Mestrado n (%) | Doutorado n (%) | | |
| Q1. Utiliza algum método de controle de ansiedade na clínica? | | | | | | p ⁽¹⁾ = 0,021* |
| Sim | 100 (47,4) | 54 (56,3) | 16 (72,7) | 14 (73,7) | 184 (52,9) | |
| Não | 111 (52,6) | 42 (43,8) | 6 (27,3) | 5 (26,3) | 164 (47,1) | |
| TOTAL | 211 (100,0) | 96 (100,0) | 22 (100,0) | 19 (100,0) | 348 (100) | |
| Q6. Utiliza algum método farmacológico de controle de ansiedade? | | | | | | p ⁽¹⁾ = 0,313 |
| Sim | 47 (22,3) | 28 (29,2) | 8 (36,4) | 6 (31,6) | 89 (25,6) | |
| Não | 164 (77,7) | 68 (70,8) | 14 (63,6) | 13 (68,4) | 259 (74,4) | |
| TOTAL | 211 (100,0) | 96 (100,0) | 22 (100,0) | 19 (100,0) | 348 (100,0) | |
| Q13. Considera-se apto para diagnosticar medo e ansiedade do paciente? | | | | | | p ⁽²⁾ = 0,016* |
| Nunca/Difícilmente | 16 (7,9) | 7 (7,3) | 1 (4,5) | - | 24 (7,1) | |
| Às vezes | 91 (44,8) | 27 (28,1) | 8 (36,4) | 2 (10,5) | 128 (37,6) | |
| Quase sempre | 72 (35,5) | 43 (44,8) | 10 (45,5) | 13 (68,4) | 138 (40,6) | |
| Sempre | 24 (11,8) | 19 (19,8) | 3 (13,6) | 4 (21,1) | 50 (14,7) | |
| TOTAL | 203 (100,0) | 96 (100,0) | 22 (100,0) | 19 (100,0) | 340 (100,0) | |

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%

(1) Pelo teste Qui-quadrado de Pearson

(2) Pelo teste Exato de Fisher.

Tabela 4 – Avaliação das questões: “Q1. Utiliza algum método de controle de ansiedade na clínica?; “Q6. Utiliza algum método farmacológico de controle de ansiedade?” e “Q13. Considera-se apto para diagnosticar medo e ansiedade do paciente?” segundo o tempo de formado

| Variável | Tempo de formado (anos) | | | | Grupo Total n (%) | Valor de p |
|---|-------------------------|-------------------|-------------------|---------------------|----------------------|---------------------------|
| | < 5 n (%) | 5 a 9 n (%) | 10 a 19 n (%) | 20 ou mais n (%) | | |
| Q1. Utiliza algum método de controle de ansiedade na clínica? | | | | | | p ⁽¹⁾ = 0,867 |
| Sim | 89 (54,3) | 42 (55,3) | 19 (47,5) | 31 (54,4) | 181 (53,7) | |
| Não | 75 (45,7) | 34 (44,7) | 21 (52,5) | 26 (45,6) | 156 (46,3) | |
| TOTAL | 164 (100,0) | 76 (100,0) | 40 (100,0) | 57 (100,0) | 337 (100,0) | |
| Q6. Utiliza algum método farmacológico de controle de ansiedade? | | | | | | p ⁽¹⁾ = 0,593 |
| Sim | 37 (22,6) | 23 (30,3) | 11 (27,5) | 16 (28,1) | 87 (25,8) | |
| Não | 127 (77,4) | 53 (69,7) | 29 (72,5) | 41 (71,9) | 250 (74,2) | |
| TOTAL | 164 (100,0) | 76 (100,0) | 40 (100,0) | 57 (100,0) | 337 (100,0) | |
| Q13. Considera-se apto para diagnosticar medo e ansiedade do paciente? | | | | | | p ⁽¹⁾ = 0,039* |
| Nunca/Difícilmente | 13 (8,2) | 8 (10,8) | 2 (5,0) | 1 (1,8) | 24 (7,3) | |
| Às vezes | 71 (44,7) | 21 (28,4) | 19 (47,5) | 16 (28,6) | 127 (38,6) | |
| Quase sempre | 56 (35,2) | 31 (41,9) | 17 (42,5) | 30 (53,6) | 134 (40,7) | |
| Sempre | 19 (11,9) | 14 (18,9) | 2 (5,0) | 9 (16,1) | 44 (13,4) | |
| TOTAL | 159 (100,0) | 74 (100,0) | 40 (100,0) | 56 (100,0) | 329 (100,0) | |

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%

(1) Pelo teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 5 – Avaliação da questão: “P1. Utiliza algum método de controle de ansiedade na clínica?” segundo as especialidades mais frequentes

| Especialidade | Q1. Utiliza algum método de controle de ansiedade na clínica?” | | TOTAL n (%) | Valor de p |
|------------------------------------|--|-------------------|--------------------|-------------------|
| | Sim n (%) | Não n (%) | | |
| Grupo Total | 120 (53,3) | 105 (46,7) | 225 (100,0) | |
| Endodontia | | | | $p^{(1)} = 0,441$ |
| Sim | 40 (57,1) | 30 (42,9) | 70 (100,0) | |
| Não | 80 (51,6) | 75 (48,4) | 155 (100,0) | |
| Ortodontia | | | | $p^{(1)} = 0,237$ |
| Sim | 24 (46,2) | 28 (53,8) | 52 (100,0) | |
| Não | 96 (55,5) | 77 (44,5) | 173 (100,0) | |
| Prótese | | | | $p^{(1)} = 0,324$ |
| Sim | 17 (45,9) | 20 (54,1) | 37 (100,0) | |
| Não | 103 (54,8) | 85 (45,2) | 188 (100,0) | |
| Implantodontia | | | | $p^{(1)} = 0,071$ |
| Sim | 20 (69,0) | 9 (31,0) | 29 (100,0) | |
| Não | 100 (51,0) | 96 (49,0) | 196 (100,0) | |
| Periodontia | | | | $p^{(1)} = 0,200$ |
| Sim | 11 (68,8) | 5 (31,3) | 16 (100,0) | |
| Não | 109 (52,2) | 100 (47,8) | 209 (100,0) | |
| CBMF | | | | $p^{(1)} = 0,079$ |
| Sim | 10 (76,9) | 3 (23,1) | 13 (100,0) | |
| Não | 110 (51,9) | 102 (48,1) | 212 (100,0) | |
| Saúde coletiva e da família | | | | $p^{(1)} = 0,341$ |
| Sim | 8 (66,7) | 4 (33,3) | 12 (100,0) | |
| Não | 112 (52,6) | 101 (47,4) | 213 (100,0) | |
| Dentística | | | | $p^{(1)} = 0,247$ |
| Sim | 4 (36,4) | 7 (63,6) | 11 (100,0) | |
| Não | 116 (54,2) | 98 (45,8) | 214 (100,0) | |
| Odontopediatria | | | | $p^{(1)} = 0,052$ |
| Sim | 9 (81,8) | 2 (18,2) | 11 (100,0) | |
| Não | 111 (51,9) | 103 (48,1) | 214 (100,0) | |
| HOF | | | | $p^{(2)} = 0,195$ |
| Sim | 3 (30,0) | 7 (70,0) | 10 (100,0) | |
| Não | 117 (54,4) | 98 (45,6) | 215 (100,0) | |

(1) Pelo teste Qui-quadrado de Pearson

(2) Pelo teste Exato de Fisher.

Tabela 6 – Avaliação da questão: “Utiliza algum método de controle de ansiedade na clínica?” segundo as especialidades mais frequentes

| Q3. Qual frequência de utilização dos métodos controladores de ansiedade? | | | | | | |
|--|--|------------------|---------------------|------------------|------------------------|-------------------|
| Especialidade | Nunca/ Difícilmente n (%) | Às vezes | Quase sempre | Sempre | TOTAL n (%) | Valor de p |
| Grupo Total | 13 (10,8) | 44 (36,7) | 30 (25,0) | 33 (27,5) | 120 (100,0) | |
| Endodontia | | | | | | $p^{(1)} = 0,610$ |
| Sim | 5 (12,5) | 16 (40,0) | 7 (17,5) | 12 (30) | 40 (100,0) | |
| Não | 8 (10,0) | 28 (35,0) | 23 (28,8) | 21 (26,3) | 80 (100,0) | |
| Ortodontia | | | | | | $p^{(1)} = 0,133$ |
| Sim | 3 (12,5) | 4 (16,7) | 9 (37,5) | 8 (33,3) | 24 (100,0) | |
| Não | 10 (10,4) | 40 (41,7) | 21 (21,9) | 25 (26) | 96 (100,0) | |
| Prótese | | | | | | $p^{(2)} = 0,981$ |
| Sim | 2 (11,8) | 7 (41,2) | 4 (23,5) | 4 (23,5) | 17 (100,0) | |
| Não | 11 (10,7) | 37 (35,9) | 26 (25,2) | 29 (28,2) | 103 (100,0) | |
| Implantodontia | | | | | | $p^{(1)} = 0,986$ |
| Sim | 2 (10,0) | 8 (40,0) | 5 (25,0) | 5 (25,0) | 20 (100,0) | |
| Não | 11 (11,0) | 36 (36,0) | 25 (25,0) | 28 (28,0) | 100 (100,0) | |
| Periodontia | | | | | | $p^{(2)} = 0,236$ |
| Sim | - | 7 (63,6) | 1 (9,1) | 3 (27,3) | 11 (100,0) | |
| Não | 13 (11,9) | 37 (33,9) | 29 (26,6) | 30 (27,5) | 109 (100,0) | |
| CBMF | | | | | | $p^{(2)} = 0,438$ |
| Sim | 2 (20,0) | 5 (50,0) | 1 (10,0) | 2 (20,0) | 10 (100,0) | |
| Não | 11 (10) | 39 (35,5) | 29 (26,4) | 31 (28,2) | 110 (100,0) | |

(*) Associação significativa ao nível de 5,0%

(1) Pelo teste Qui-quadrado de Pearson

(2) Pelo teste Exato de Fisher.

4 DISCUSSÃO

Na literatura foram encontrados poucos trabalhos que se propuseram a avaliar os cirurgiões-dentistas quanto a utilização de métodos de controle de ansiedade na clínica odontológica. Apesar disso, alguns estudos já mostram uma defasagem na formação desses profissionais acerca da identificação e manejo de pacientes ansiosos, tendo em vista que os cursos têm sua grade curricular voltada para aquisição de habilidades técnicas e precisão, frequentemente desconsiderando o ser humano como um indivíduo biopsicossocial (18,19).

Em um estudo realizado por Ogawa et al. (20) foi possível perceber que pequena parcela dos participantes fazia uso de questionários para diagnóstico de ansiedade ao tratamento odontológico, de forma que a maioria executava esse diagnóstico de acordo com a queixa do paciente, ou seja, os critérios de diagnóstico eram subjetivos, precisando do estabelecimento de melhores critérios. Um resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado por Jevan e Ramseier (21) na Suíça e por Armfield et al. (1) na Austrália, em que a quantidade de dentistas que usavam questionários foi quase nula.

Neste último, a principal razão do não uso de escalas foi o desconhecimento, enquanto outra relevante parcela da população do estudo respondeu achar desnecessário.

Ainda no estudo realizado por Ogawa et al. (20) houve uma associação significativa entre o uso de escalas de mensuração de ansiedade e cirurgiões-dentistas mais jovens, que praticavam a odontologia a menos de 20 anos, o que pode ter relação com o que foi constatado por Armfield et al. (1), onde foi visto que dentistas mais jovens são mais propensos a ter recebido educação relacionada ao diagnóstico e tratamento da fobia odontológica e relatam maiores preocupações com a ansiedade odontológica.

Em uma pesquisa realizada pelo Center of Special Dental Care foi constatado que profissionais mais treinados eram mais capacitados no manejo de pacientes ansiosos que o clínico geral, sendo o treinamento essencial para o planejamento de um tratamento mais adequado possível (22).

Fato que pode estar ligado ao resultado apurado nesse estudo, em que houve uma associação significativa entre os participantes com maior tempo de formado e aptidão para o tratamento da ansiedade.

Em um estudo realizado por Jevan e Ramseier (21) com cirurgiões-dentistas Suíços, a maior parte dos participantes afirmou usar algum método de controle de ansiedade, principalmente os métodos psicológicos em detrimento de métodos farmacológicos. Os métodos psicológicos mais utilizados foram “dizer, mostrar, fazer” e relaxamento, enquanto o método farmacológico mais usado foi a sedação oral com benzodiazepínicos.

As principais barreiras para o uso dos métodos de controle de ansiedade estiveram relacionadas à falta de treinamento, enquanto em relação aos métodos farmacológicos, os entrevistados apontaram não achar necessário e não ter segurança e confiança no seu emprego (17,21).

Da mesma forma, os participantes da presente pesquisa utilizaram-se dos mesmos argumentos para justificar a não utilização de métodos farmacológicos no manejo da ansiedade. Verifica-se, então, uma problemática, tendo em vista que os medicamentos ansiolíticos têm vastos benefícios.

Como exemplo, os benzodiazepínicos têm uma relevância clínica em situações de prevenção de emergências médicas, como a lipotimia, síncope, síndrome de hiperventilação, além de outras aplicações, como anticonvulsivante, relaxante muscular e na prevenção de náusea e vômitos (23).

Segundo Andrade e Ranali (8), no Brasil, grande parcela dos dentistas não se sente seguros na utilização dos benzodiazepínicos, pois mesmo tendo consciência da sua importância clínica, desconhecem como aplicar esses medicamentos clinicamente. Esta afirmativa foi evidenciada quando, ao responder o questionário, a maioria dos participantes da pesquisa afirmou dificilmente se sentir apto no tratamento da ansiedade utilizando métodos farmacológicos.

Os benzodiazepínicos apresentam uma baixa incidência dos efeitos adversos, principalmente em um uso por um período de tempo curto e de forma segura, geralmente idosos podem manifestar efeitos paradoxais (agressividade, irritabilidade, agitação). Diversos tipos de medicamentos dentro da classe estão disponíveis, cabendo ao cirurgião dentista a indicação para cada paciente, levando em consideração seus parâmetros farmacocinéticos.

Além disso, para prescrição desses fármacos, é necessária uma notificação de receita do tipo B acompanhada à receita comum, sendo um documento que deve ser solicitado junto à vigilância sanitária do município de atuação (8).

Nesse estudo, apenas 15% dos participantes afirmaram ter o talonário, ainda que 25% dos participantes fizessem uso de métodos farmacológicos, sendo que o método mais citado foram os benzodiazepínicos, ou seja, é necessário entender o porquê dessa discrepância.

A utilização de analgesia relativa com óxido nitroso no Brasil só pode ser realizada mediante a realização de capacitação/habilitação, segundo a resolução do CFO 051/2004. O óxido nitroso apresenta a vantagem de também diminuir a resposta dolorosa, apesar de não dispensar o uso de anestésicos locais. Quanto à sua utilização na prática clínica, pesquisas apontam que os odontopediatras são os que mais empregam essas técnicas, apesar que o

método tem se expandido para outras especialidades (9,24,25,26). Nesse estudo, apenas 7% dos participantes apresentavam habilitação para prescrição.

Em um estudo realizado por Monte et al. (17) na cidade de Fortaleza, PE, na qual foi usado o mesmo questionário do presente estudo, foram encontrados os seguintes resultados:

A grande maioria dos participantes afirmou usar algum método de controle de ansiedade, em que o principal método utilizado foi a conversa. Em relação à frequência de utilização, “sempre” e “quase sempre” aparecem entre as respostas mais frequentes, e quando perguntados sobre o porquê de não utilizar nenhum método, a maior parcela apontou não achar necessário. A maioria concordou ou concordou totalmente sobre a utilidade do método.

Quanto aos métodos farmacológicos de controle de ansiedade, pequena parte dos participantes fazia uso, sendo midazolam o fármaco mais utilizado.

No que diz respeito aos procedimentos que mais estimularam o medo e ansiedade, os procedimentos cirúrgicos, endodontia e anestesia aparecem entre os mais citados. Quanto à aptidão para diagnosticar e tratar a ansiedade, a maioria afirmou estar quase sempre e dificilmente aptos, respectivamente.

Os resultados foram semelhantes ao presente estudo. As principais divergências disseram respeito à utilização de métodos de controle de ansiedade, que, nesse trabalho, não houve diferença significativa entre os que responderam “sim” e “não”. Relativo à frequência de utilização, parte significativa dos participantes responderam utilizar apenas “às vezes”.

Os cirurgiões-dentistas frequentemente relatam não ter tempo para lidar com pacientes ansiosos, além de se sentirem estressados no tratamento de pacientes não colaborativos. A necessidade de treinamento adicional no manejo do paciente com ansiedade odontológica é apoiada pela falta de confiança e treinamento inadequado dos dentistas, atendo-se ao fato que a oportunidade de praticar as técnicas de avaliação e gerenciamento de ansiedade dentro das faculdades de odontologia é limitada (21,27).

É importante o reconhecimento dos benefícios do domínio do manejo da ansiedade odontológica na prática clínica, não apenas para o paciente, mas também para os membros da equipe. Nessa perspectiva, é importante reconhecer que são necessárias melhorias na educação odontológica, tanto avaliação quanto fornecimento de métodos de redução de ansiedade, visando a melhoria do ambiente do atendimento e da qualidade de vida dos pacientes (21).

O manejo de qualquer condição requer, inicialmente, um diagnóstico eficaz. Para este fim as escalas podem ser instrumentos eficazes, gratuitos e fáceis de utilizar, sendo o passo inicial no gerenciamento da ansiedade do paciente. Apesar dos benefícios são poucos os

cirurgiões-dentistas que se utilizam dessa estratégia na gestão da ansiedade, seja por desconhecimento ou por não achar necessário.

Foi possível perceber que a grande maioria dos cirurgiões-dentistas de Recife- PE, reconhece a importância da utilização de métodos de controle de ansiedade na clínica odontológica, apesar disso, apenas pouco mais da metade afirma utilizar algum método, além de que a maioria dificilmente se considera apta no tratamento da ansiedade. Os métodos mais utilizados foram os não-farmacológicos, tendo em vista que os participantes relataram, principalmente, não ter tido necessidade e não ter conhecimento no emprego de métodos farmacológicos.

Dessa forma, é necessária uma investigação desse fato, tendo em vista que os ansiolíticos podem ser grandes aliados na prática clínica, promovendo diminuição do estresse do paciente e reduzindo a probabilidade de emergências médicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Steimer T. The biology of fear- and anxiety-related behaviors. *Dialogues Clin Neurosci.* 2002 Sep;4(3):231-49.
2. Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J.* 2013 Dec;58(4):390-407; quiz 531.
3. Seligman LD, Hovey JD, Chacon K, Ollendick TH. Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Clin Psychol Rev.* 2017 Jul;55:25-40.
4. De Stefano R. Psychological Factors in Dental Patient Care: Odontophobia. *Medicina (Kaunas).* 2019 Oct 8;55(10):678.
5. Abrahamsson KH, Berggren U, Hallberg L, Carlsson SG. Dental phobic patients' view of dental anxiety and experiences in dental care: a qualitative study. *Scand J Caring Sci.* 2002 Jun;16(2):188-96.
6. Leal PC, Goes TC, da Silva LCF, Teixeira-Silva F. Trait vs. state anxiety in different threatening situations. *Trends Psychiatry Psychother.* 2017 Jul-Sep;39(3):147-157.
7. Svensson L, Hakeberg M, Wide U. Dental pain and oral health-related quality of life in individuals with severe dental anxiety. *Acta Odontol Scand.* 2018 Aug;76(6):401-406.
8. de Andrade ED, Ranali J. *Emergências médicas em odontologia.* Artmed Editora, 2009.
9. Malamed SF. *Medical Emergencies in the Dental Office E-Book.* Elsevier Health Sciences, 2022.
10. Dailey YM, Humphris GM, Lennon MA. Reducing patients' state anxiety in general dental practice: a randomized controlled trial. *J Dent Res.* 2002 May;81(5):319-22.
11. Muínelo-Lorenzo J, Sanfeliú JO, Alegre SV, Lombardía FL, Cepeda XL, Suarez-Cunqueiro MM. Haemodynamic response and psychometric test measuring dental anxiety in a spanish population in galicia. *Oral Health Prev Dent.* 2014;12(1):3-12.
12. Shin WK, Braun TM, Inglehart MR. Parents' dental anxiety and oral health literacy: effects on parents' and children's oral health-related experiences. *J Public Health Dent.* 2014 Summer;74(3):195-201.
13. Barasuol JC, Busato CA, Felipak PK, Menezes JVNB. Management of patients with dental anxiety at clinical environment. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas.* 2016 70(1): 76-81.
14. Magalhães O, Dias F, Magalhães O. Controle da ansiedade em Odontologia: enfoques atuais. *Rev. Bras.Odontol.* 2008 65: 118-21.

15. Silva, ACMD. (2012). Medo e ansiedade dentária: uma realidade (Doctoral dissertation, [sn]).
16. Cavalcante L, Sanabe ME, Marega T, Gonçalves JR, Abreu-e-Lima FCBD. Conscious sedation: a backup resource for providing dental care to uncooperative children. *Arquivos em Odontologia*. 2011; 47(1): 45-50.
17. Monte IC, Dalcico R, Angelin Dias A, et al. Uso de métodos de controle do medo e da ansiedade odontológica por cirurgiões-dentistas da cidade de Fortaleza. *Braz. J. Of Develop*. 2020; 6(8): 56894- 916.
18. do Nascimento Peronio T, da Silva AH, Dias, SM. O medo frente ao tratamento odontológico no contexto do Sistema Único de Saúde: uma revisão de literatura integrativa. *Braz J Periodontol-March*. 2019 29(01).
19. Ulhoa M, Reis Filho Nt, Mariano Jr. Medo de dentista: Uma proposta para redução da ansiedade odontológica. *Revista Odontológica do Planalto Central*, 2015; 5(2): 35-41.
20. Ogawa M, Ayuse T, Fujisawa T, Sato S, Ayuse T. The methods and use of questionnaires for the diagnosis of dental phobia by Japanese dental practitioners specializing in special needs dentistry and dental anesthesiology: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2022 Feb 11;22(1):38.
21. Jevan P, Ramseier CA. Management of dental anxiety – a cross-sectional survey in private dental practices in the Swiss Romandy. *Swiss Dent J*. 2020 Apr 6;(4):308-320.
22. Moore R, Brødsgaard I. Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001 Feb;29(1):73-80.
23. Teixeira TF, Quesada, GAT. Terapia ansiolítica para pacientes odontológicos. *Saúde (Santa Maria)*. 2004 100-103.
24. Crossley ML, Joshi G. An investigation of paediatric dentists' attitudes towards parental accompaniment and behavioural management techniques in the UK. *Br Dent J*. 2002 May 11;192(9):517-21.
25. Woolley SM, Hingston EJ, Shah J, Chadwick BL. Paediatric conscious sedation: views and experience of specialists in paediatric dentistry. *Br Dent J*. 2009 Sep 26;207(6):E 11; discussion 280-1.
26. Daher A, Hanna RP, Costa LR, Leles CR. Practices and opinions on nitrous oxide/oxygen sedation from dentists licensed to perform relative analgesia in Brazil. *BMC Oral Health*. 2012 Jul 18;12:21.
27. Hill KB, Hainsworth JM, Burke FJ, Fairbrother KJ. Evaluation of dentists' perceived needs regarding treatment of the anxious patient. *Br Dent J*. 2008 Apr 26;204(8):E13; discussion 442-3.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO DE PRÓTESE E CIRURGIA BUCO-FACIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: Avaliação do conhecimento dos cirurgiões dentistas em Recife, acerca da utilização de protocolos de controle da ansiedade e dor em pacientes submetidos a tratamento odontológico, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a): Martinho Dinoá Medeiros Júnior, com endereço- Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-901– Telefone: 81999215257 e e-mail para contato do pesquisador responsável: profmartinhodinoa@gmail.com (inclusive ligações a cobrar).

Outros pesquisadores envolvidos: Lavínia Kaline Nascimento Chaves. Telefone:81994921583. E está sob a orientação de Martinho Dinoá Junior. Telefone: 81999215257. E-mail: profmartinhodinoa@gmail.com.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação: Trate-se de uma pesquisa vinculado ao programa institucional de bolsas de iniciação científica (PIBIC), na qual o principal objetivo é avaliar o conhecimento e conduta do cirurgião-dentista em Recife quanto à aplicação de medicamentos no controle de ansiedade e dor no consultório odontológico; Avaliar a capacidade dos mesmos na percepção e detecção dos sinais físicos e comportamentais da ansiedade, assim como, sua mensuração, através de escalas; A coleta de dados se dará virtualmente através de questionário online desenvolvido pelo google forms, de maneira individual. A busca dos participantes será totalmente online, através de redes sociais que permitam a troca de mensagens. O link, então, poderá ser enviado instantaneamente. As redes serão: WhatsApp, Instagram e e-mail, levando em consideração os critérios citados anteriormente.

RISCOS: Invasão de privacidade; Tomar o tempo do sujeito entrevistado. Estratégias para minimizar os riscos: garantir acesso aos resultados individuais e coletivos; minimizar desconfortos, garantindo a liberdade de não responder questões que se considere constrangedora; garantir a não violação e integridade dos dados coletados; Assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro; - Garantir a divulgação pública dos resultados, a menos que se trate de caso de obtenção de patenteamento; neste caso, os resultados devem se tornar públicos, tão logo se encerre a

etapa de patenteamento

BENEFÍCIOS diretos/indiretos para os voluntários: Avaliar os conhecimentos dos profissionais em relação a sua capacidade de aplicação dos medicamentos ansiolíticos;

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (questionários), ficarão armazenados em (pastas de arquivo-google drive), sob a responsabilidade do (pesquisador), no endereço (**Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-901**), pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS EM RECIFE, ACERCA DA UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS DE CONTROLE DA ANSIEDADE E DOR EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO ODONTOLÓGICO como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

| | |
|-------------|-------------|
| Nome: | Nome: |
| Assinatura: | Assinatura: |

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

QUESTIONÁRIO

E-mail:

Nível de formação:

Especialidade:

Tempo de formação:

Setor de atuação:

Público

Privado

1. O senhor(a) utiliza algum método para o controle da ansiedade?
 Sim Não
2. Se sim, qual(uais) o(s) método(s) utilizado(s)?
3. Qual frequência de utilização?
 Nunca
 Dificilmente
 Às vezes
 Quase sempre
 Sempre
4. Caso tenha respondido não na pergunta (1) explique o porquê.
5. O uso de técnicas de controle de ansiedade e medo é útil para o atendimento clínico que o sr(a) executa.
 Discordo totalmente
 Discordo
 Nem concordo nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente
6. Você utiliza algum método farmacológico para controle de ansiedade?
 Sim Não
7. Se sim, qual (quais) os fármacos (s) utilizados(s)?
8. Quais as doses?
9. Qual a forma de administração, riscos e contra indicações?
10. Qual a frequência de utilização do método farmacológico descrito acima?
11. Caso tenha respondido não a pergunta número 6, explique o porquê de não utilizar nenhum método farmacológico.
12. Em sua opinião, quais os procedimentos que mais estimulam o medo e ansiedade do paciente?
13. Você se considera apto para diagnosticar pacientes com medo e ansiedade?
 Nunca
 Dificilmente
 Às vezes
 Quase sempre
 Sempre
14. Você utiliza alguma escala para mensurar a ansiedade (ex. escala de corah). Se sim, quais e com que frequência?

15. Você se sente apto para tratar a ansiedade do paciente utilizando métodos farmacológicos?

- Nunca
- Dificilmente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

16. Você é habilitado para utilizar óxido nitroso? Se sim, qual a frequência de utilização? Você conhece os riscos ocupacionais desse método?

17. Você possui talonário azul?

- Sim Não

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via “Notificação”, pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link “Para enviar Relatório Final”, disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil. Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS No 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS No 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS No 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA

AS NORMAS DESCRITAS A SEGUIR DEVERÃO SER CRITERIOSAMENTE SEGUIDAS.

Submeter o manuscrito em Word e em PDF, composto pela página de rosto, texto, tabelas, legendas das figuras e figuras (fotografias, micrografias, desenhos esquemáticos, gráficos e imagens geradas em computador, etc).

O manuscrito deve ser digitado usando a fonte Times New Roman 12, espaço entre linhas de 1,5 e margens de 2,5 cm em todos os lados. NÃO UTILIZAR negrito, marcas d'água ou outros recursos para tornar o texto visualmente atrativo.

As páginas devem ser numeradas sequencialmente, começando no Summary.

Trabalhos completos devem estar divididos sequencialmente conforme os itens abaixo:

1. Página de Rosto
2. Summary e Key Words
3. Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão
4. Resumo em Português (obrigatório apenas para os autores nacionais)
5. Agradecimentos (se houver)
6. Referências
7. Tabelas
8. Legendas das figuras
9. Figuras
 - Todos os títulos dos capítulos (Introdução, Material e Métodos, etc) em letras maiúsculas e sem negrito.
 - Resultados e Discussão NÃO podem ser apresentados conjuntamente.
 - Comunicações rápidas e relatos de casos devem ser divididos em itens apropriados.
 - Produtos, equipamentos e materiais: na primeira citação mencionar o nome do fabricante e o local de fabricação completo (cidade, estado e país). Nas demais citações, incluir apenas o nome do fabricante.
 - Todas as abreviações devem ter sua descrição por extenso, entre parênteses, na primeira vez em que são mencionadas.
 - Página de rosto: A primeira página deve conter: título do trabalho, título resumido (short title) com no máximo 40 caracteres, nome dos autores (máximo 6), Departamento, Faculdade e/ou Universidade/Instituição a que pertencem (incluindo cidade, estado e país). NÃO INCLUIR titulação (DDS, MSc, PhD etc) e/ou cargos dos autores (Professor, Aluno de Pós-Graduação, etc).
 - Incluir o nome e endereço completo do autor para correspondência (informar e-mail, telefone e fax).
 - A página de rosto deve ser incluída em arquivo separado do manuscrito.

Manuscrito:

- A primeira página do manuscrito deve conter: título do trabalho, título resumido (short title) com no máximo 40 caracteres, sem o nome dos autores.

Summary

- A segunda página deve conter o Summary (resumo em Inglês; máximo 250 palavras), em redação contínua, descrevendo o objetivo, material e métodos, resultados e conclusões. Não dividir em tópicos e não citar referências.
- Abaixo do Summary deve ser incluída uma lista de Key Words (5 no máximo), em letras minúsculas, separadas por vírgulas.

Introdução

- Breve descrição dos objetivos do estudo, apresentando somente as referências pertinentes. Não deve ser feita uma extensa revisão da literatura existente. As hipóteses do trabalho devem ser claramente apresentadas.

Material e métodos

- A metodologia, bem como os materiais, técnicas e equipamentos utilizados devem ser apresentados de forma detalhada. Indicar os testes estatísticos utilizados neste capítulo.

Resultados

- Apresentar os resultados em uma sequência lógica no texto, tabelas e figuras, enfatizando as informações importantes.
- Os dados das tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.
- Tabelas e figuras devem trazer informações distintas ou complementares entre si.
- Os dados estatísticos devem ser descritos neste capítulo.

Discussão

- Resumir os fatos encontrados sem repetir em detalhes os dados fornecidos nos Resultados.
- Comparar as observações do trabalho com as de outros estudos relevantes, indicando as implicações dos achados e suas limitações. Citar outros estudos pertinentes.
- Apresentar as conclusões no final deste capítulo. Preferencialmente, as conclusões devem ser dispostas de forma corrida, isto é, evitar citá-las em tópicos.

Resumo (em Português) - Somente para autores nacionais

O resumo em Português deve ser IDÊNTICO ao resumo em Inglês (Summary). OBS: NÃO COLOCAR título e palavras-chave em Português.

Agradecimentos

O Apoio financeiro de agências governamentais deve ser mencionado. Agradecimentos a auxílio técnico e assistência de colaboradores podem ser feitos neste capítulo.

Referências

As referências devem ser apresentadas de acordo com o estilo do Brazilian Dental Journal (BDJ). É recomendado aos autores consultar números recentes do BDJ para se familiarizar com a forma de citação das referências.

As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses, sem espaço entre os números: (1), (3,5,8), (10-15). NÃO USAR SOBRESCRITO.

Para artigos com dois autores deve-se citar os dois nomes sempre que o artigo for referido. Ex: "According to Santos and Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, citar apenas o primeiro autor, seguido de "et al.". Ex: "Pécora et al. (2) reported that..."

Na lista de referências, os nomes de TODOS OS AUTORES de cada artigo devem ser relacionados. Para trabalhos com 7 ou mais autores, os 6 primeiros autores devem ser listados seguido de "et al."

A lista de referências deve ser digitada no final do manuscrito, em sequência numérica. Citar no MÁXIMO 25 referências.

A citação de abstracts e livros, bem como de artigos publicados em revistas não indexadas deve ser evitada, a menos que seja absolutamente necessário. Não citar referências em Português.

Os títulos dos periódicos devem estar abreviados de acordo com o Dental Index. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo:

Periódico

1. Lea SC, Landini G, Walmsley AD. A novel method for the evaluation of powered toothbrush oscillation characteristics. *Am J Dent* 2004;17:307-309.

Livro

2. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral pathology. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1983.

Capítulo de Livro

3. Walton RE, Rotstein I. Bleaching discolored teeth: internal and external. In: Principles and Practice of Endodontics. Walton RE (Editor). 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1996. p 385-400.

Tabelas

As tabelas com seus respectivos títulos devem ser inseridas após o texto, numeradas com algarismos arábicos; NÃO UTILIZAR linhas verticais, negrito e letras maiúsculas (exceto as iniciais). O título de cada tabela deve ser colocado na parte superior.

Cada tabela deve conter toda a informação necessária, de modo a ser compreendida independentemente do texto.

Figuras

NÃO SERÃO ACEITAS FIGURAS INSERIDAS EM ARQUIVOS ORIGINADOS EM EDITORES DE TEXTO COMO O WORD E NEM FIGURAS EM POWER POINT;

Os arquivos digitais das imagens devem ser gerados em Photoshop, Corel ou outro software similar, com extensão TIFF e resolução mínima de 300 dpi. Apenas figuras em PRETO E BRANCO são publicadas. Salvar as figuras no CD-ROM.

Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e fotomicrografias devem estar isoladas e/ou demarcadas.

Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com letras maiúsculas (A, B, C, etc). Figuras simples e pranchas de figuras devem ter largura mínima de 8 cm e 16 cm, respectivamente.

As legendas das figuras devem ser numeradas com algarismos arábicos e apresentadas em uma página separada, após a lista de referências (ou após as tabelas, quando houver).