

**Gabriela da Costa Gomes**

**Escalas utilizadas para avaliação da dor em pessoas com  
dificuldade de comunicação: revisão de literatura.**

**Brasília  
2019**



**Gabriela da Costa Gomes**

**Escalas utilizadas para avaliação da dor em pessoas com  
dificuldade de comunicação: revisão de literatura.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Profa. Dra. Érica Negrini Lia

Co-orientador: Prof. Dra. Djane Braz Duarte

Brasília  
2019



À minha professora orientadora Érica Negrini Lia. Aos meus  
queridos pais, parentes, e amigos



## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Ruyblas Gomes Pereira e Fátima R. da Costa Viana, por todo amor, proteção, apoio e incentivo. Sou imensamente feliz por ser filha de vocês. Sei que muitas vezes, abdicaram dos seus sonhos para me dar o melhor, e espero recompensar pelo menos metade do que já fizeram por mim. Sem vocês nada seria possível e minha gratidão será eterna.

À minha irmã, Manuela Gomes, que me ajudou a ter calma e me fez sorrir em dias estressantes. Tenho um orgulho imenso de você e te ver crescendo me traz uma alegria indescritível.

Aos amigos que ganhei ao longo do curso, Mariana, Paula, Letícia, Larissa e Ana Karolina, por estarem sempre comigo, me ajudando nos momentos mais difíceis, me trazendo paz, amor e muitas risadas. Vocês são anjos na minha vida.

À minha família, em especial, Rosane, Tito e Thiago, por me apoiarem nas minhas decisões e celebrar cada vitória como se fossem de vocês. Sou imensamente grata por todo apoio e carinho.

Às minhas queridas avós, Severina e Lucimar, que apenas ao segurar minhas mãos me acalmam. Vovós, vocês são as mulheres mais fortes que eu já conheci e estarão para sempre em meu coração.

Aos meus professores da graduação, em especial Érica Negrini Lia, não conheço missão maior e mais nobre que a sua. Obrigada, principalmente pela paciência, carinho e dedicação ao

longo desses anos. A senhora é um exemplo de pessoa e profissional, melhor orientadora que eu poderia ter.

Ao meu namorado, Gabriel Oliveira, por me ajudar nos momentos mais difíceis e pelo tempo compartilhado. Não tenho palavras para descrever a gratidão de estar cercada por tanto amor e carinho. Sou imensamente grata por te ter ao meu lado.

Aos meus amigos de vida, em especial Marcus e Gabriela, que contribuíram direta ou indiretamente para que eu estivesse aqui hoje. Obrigada!



## EPÍGRAFE

“Quando a vida te decepciona, qual é a solução? Continue a nadar”.

*Procurando Nemo.*



## RESUMO

Gomes, GC. Escalas utilizadas para avaliação da dor em pessoas com dificuldade de comunicação: revisão de literatura. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

A dor é um fenômeno multidimensional com o qual o cirurgião-dentista lida diariamente, seja por receber pacientes que o procuram para tratá-la, ou provocando-a por meio da realização de procedimentos. A Odontologia da atualidade encontra-se inserida em um contexto interdisciplinar e oferece assistência a pacientes hospitalizados, acamados, pessoas com deficiência, bebês e crianças pequenas, dentre outros que nem sempre conseguem se expressar verbalmente sobre sua percepção da dor. Portanto, é de extrema importância a avaliação correta da dor em Odontologia, sobretudo em pessoas que apresentam dificuldades de comunicação. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão narrativa da literatura acerca dos instrumentos desenvolvidos para avaliação da dor em pessoas com dificuldade de comunicação e discutir sua aplicabilidade na Odontologia. Para tanto, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados PubMed, LILACS, Web of science, e Cochrane, além de uma busca na literatura cinzenta no Google Scholar Web Search com as seguintes palavras chaves: pain, pain scales, dentistry pain, scales of pain in dentistry, special patients. Conclusão: Há diversas escalas para a mensuração de dor, desenvolvidas para aplicação em bebês e crianças pequenas, e em pessoas com dificuldade de comunicação, como as que se encontram inconscientes ou apresentam déficits cognitivos. Entretanto, essas escalas não

são comumente utilizadas na Odontologia, o que gera a necessidade de maior exploração do assunto.

## **ABSTRACT**

Gomes, GC. Scales used to assess pain in people with communication difficulties: a literature review. 2019. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

Pain is a multidimensional phenomenon with the daily dental surgeon, either through a patient seeking treatment, or provoking one by performing procedures. Dentistry is inserted in an interdisciplinary context and offers assistance to hospitalized patients, bedridden people, people with disabilities, infants and young children, among others who are not always able to express themselves verbally about their perception of pain. Therefore, it is extremely important for a correct assessment of pain in Dentistry, especially in people who present communication difficulties. In view of the above, the objective of this study was to have a narrative review of the literature on the instruments developed for the evaluation of people with communication difficulties and their application in dentistry. To do so, it was performed a search in PubMed, LILACS, Web of Science, and Cochrane databases, in addition to a gray literature search in Google Scholar Web Search with the key words: pain, pain scales, pain dentistry, pain scales in dentistry, special patients. Conclusion: There are several scales for the measurement of communication, as for the application in children and young children, and in people with communication difficulties, such as those that reveal unconscious or cognitive deficits. However, these scales are not commonly used in Dentistry, which is the major activity of the subject



## SUMÁRIO

Artigo Científico .....	17
Folha de Título .....	19
Resumo .....	20
Abstract.....	22
Introdução .....	24
Metodologia .....	26
Revisão da Literatura.....	26
Conclusões.....	44
Referências.....	44
Anexos .....	50
Normas da Revista .....	50





## ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

Gomes, GC; Lia, EN. Escalas utilizadas para avaliação da dor em pessoas com dificuldade de comunicação: revisão de literatura.

Apresentado sob as normas de publicação da **Revista Gaúcha de Odontologia, RGO**.



## FOLHA DE TÍTULO

Escalas utilizadas para avaliação da dor em pessoas com dificuldade de comunicação: revisão de literatura.

Scales used to assess pain in people with communication difficulties: a literature review.

Gabriela da Costa Gomes<sup>1</sup>

Érica Negrini Lia<sup>2</sup>

Djane Braz Duarte<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

<sup>2</sup> Professora Associada do Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília (UnB).

<sup>3</sup> Professora Adjunta do Departamento de Farmácia da Universidade de Brasília.

Correspondência: Prof. Dra. Érica Negrini Lia

Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF

E-mail: ericalia70@gmail.com/ Telefone: (61) 31071849

## RESUMO

Escalas utilizadas para avaliação da dor em pessoas com dificuldade de comunicação: revisão de literatura.

A dor é um fenômeno multidimensional com o qual o cirurgião-dentista lida diariamente, seja por receber pacientes que o procuram para tratá-la, ou provocando-a por meio da realização de procedimentos. A Odontologia da atualidade encontra-se inserida em um contexto interdisciplinar e oferece assistência a pacientes hospitalizados, acamados, pessoas com deficiência, bebês e crianças pequenas, dentre outros que nem sempre conseguem se expressar verbalmente sobre sua percepção da dor. Portanto, é de extrema importância a avaliação correta da dor em Odontologia, sobretudo em pessoas que apresentam dificuldades de comunicação. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão narrativa da literatura acerca dos instrumentos desenvolvidos para avaliação da dor em pessoas com dificuldade de comunicação e discutir sua aplicabilidade na Odontologia. Para tanto, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados PubMed, LILACS, Web of science, e Cochrane, além de uma busca na literatura cinzenta no Google Scholar Web Search com as seguintes palavras chaves: pain, pain scales, dentistry pain, scales of pain in dentistry, special patients. Conclusão: Há diversas escalas para a mensuração de dor, desenvolvidas para aplicação em bebês e crianças pequenas, e em pessoas com dificuldade de comunicação, como as que se encontram inconscientes ou apresentam déficits cognitivos. Entretanto, essas escalas não são comumente utilizadas na Odontologia, o que gera a necessidade de maior exploração do assunto.

**Palavras-chave**

**Escalas de dor, dor, pacientes deficientes, escalas de dor em odontologia.**

## ABSTRACT

Scales used to assess pain in people with communication difficulties: a literature review

Pain is a multidimensional phenomenon with the daily dental surgeon, either through a patient seeking treatment, or provoking one by performing procedures. Dentistry is inserted in an interdisciplinary context and offers assistance to hospitalized patients, bedridden people, people with disabilities, infants and young children, among others who are not always able to express themselves verbally about their perception of pain. Therefore, it is extremely important for a correct assessment of pain in dentistry, especially in people who present communication difficulties. In view of the above, the objective of this study was to have a narrative review of the literature on the instruments developed for the evaluation of people with communication difficulties and their application in dentistry. To do so, it was performed a search in PubMed, LILACS, Web of Science, and Cochrane databases, in addition to a gray literature search in Google Scholar Web Search with the key words: pain, pain scales, pain dentistry, pain scales in dentistry, special patients. Conclusion: There are several scales for the measurement of communication, as for the application in children and young children, and in people with communication difficulties, such as those that reveal unconscious or cognitive deficits. However, these scales are not commonly used in Dentistry, which is the major activity of the subject

**Keywords**

**Pain scales, pain, special patients, pain scales in dentistry.**

## INTRODUÇÃO

A palavra dor é originada do latim *dolore* e os dicionários costumam defini-la como uma impressão desagradável ou penosa, decorrente de alguma lesão ou contusão, ou de um estado anormal ou de parte dele [1]. De acordo com a Internacional Association for the study of pain (IASP), esta sensação é definida como “percepção sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual atual, potencial ou descrita em termos de tal lesão” [2]. De acordo com uma visão mais humanística, “dor é o que o paciente diz ser, e existe quando ele diz existir”, sugerindo que essa sensação varia de pessoa para pessoa e é única para cada indivíduo (2).

De acordo com estudos epidemiológicos, aproximadamente 80% da procura por atendimento odontológico é motivada por queixa de dor [3]. Em contrapartida, há estudos que demonstram que a expectativa de dor frente a procedimentos odontológicos, juntamente com a ansiedade, é uma grande barreira para a procura de atendimento odontológico. Pacientes ansiosos evitam tratamentos odontológicos apresentam tolerância menor à dor dentária [4]. O cirurgião-dentista é um profissional que lida com a questão da dor diariamente, seja por receber pacientes que o procuram para tratá-la, ou provocando-a por meio da realização de procedimentos. Além disso, é importante ressaltar que a Odontologia da atualidade encontra-se inserida em um contexto interdisciplinar e oferece assistência a pacientes hospitalizados, acamados, pessoas com deficiência, dentre outros que nem sempre conseguem se expressar verbalmente sobre a percepção da dor. Portanto, é de extrema importância a avaliação correta da dor em Odontologia, sobretudo em pessoas que apresentam dificuldades de comunicação.

A comunicação é um processo de interação no qual são compartilhadas mensagens, ideias, sentimentos e emoções.



Ocorre principalmente, mediante ao uso da palavra escrita e falada, além de mecanismos não verbais como uso de gestos, expressões corporais, imagens, tato, e outros sinais [5]. Entretanto, existem situações em que a comunicação entre profissional e paciente que pode ser prejudicada em função da impossibilidade ou dificuldade de falar, compreender ou ouvir. Trata-se de situações desafiadoras, nas quais o problema básico se configura na dificuldade dos profissionais em estabelecer comunicação efetiva com esses pacientes [6].

Existem diversas estratégias desenvolvidas para a avaliação da dor na prática clínica e em pesquisa na área de saúde, que fornecem informações qualitativas e quantitativas. Muitos instrumentos desenvolvidos dependem de boa comunicação por parte do paciente, a exemplo de escalas e questionários de auto-relato para a mensuração da dor. Essas escalas podem nortear intervenções, respeitando a subjetividade do paciente, pois apenas ele próprio é capaz de indicar o padrão, intensidade, local, natureza da dor e o grau de alívio obtido pelo tratamento [7]. Além disso, choro, resmungos, gritos e proteção de partes do corpo também devem ser considerados na avaliação clínica. Sabe-se que, a avaliação da dor ainda é desafiadora, considerando o quadro clínico ou o estágio da doença, a incapacidade do doente em se comunicar e/ou a urgência iminente [8]. Logo, o conhecimento e reconhecimento das manifestações não verbais da dor devem ser interpretados pelos profissionais de saúde eliminando todas as incertezas, ou seja, de maneira objetiva, rápida e confiável, evitando erros grosseiros [9]. Há também instrumentos desenvolvidos para avaliar a dor em pessoas que não se comunicam, por exemplo, em recém-nascidos, bebês, pacientes inconscientes acamados ou restritos ao leito hospitalar, entretanto, sem divulgação e empregabilidade no meio odontológico.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura acerca dos instrumentos desenvolvidos para

avaliação da dor em pessoas com dificuldade de comunicação e discutir sua aplicabilidade na Odontologia.

## METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa da literatura. Foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: PubMed, LILACS, Web of science, e Cochrane, além de uma busca na literatura cinzenta no Google Scholar Web Search com as seguintes palavras chaves: pain, pain scales, dentistry pain, scales of pain in dentistry, special patients, pain and dentistry e measure pain.

## REVISÃO DA LITERATURA

### DEFINIÇÃO DE DOR

Após a publicação da obra intitulada "Mecanismos de dor: uma nova teoria" por Merkey (1965), uma onda de publicações a respeito da compreensão da dor quanto a avaliação e seus tratamentos foram lançadas. Na atualidade, a maioria dos autores utilizam a definição formulada pela Association for the study of pain (IASP), como "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a potencial dano tecidual, ou descrita em termos de tais danos", enfatizando que essa sensação envolve aspectos sensoriais e emocionais; o que reafirma que a dor está intimamente relacionada ao aspecto psicológico. [2]

A dor é considerada um instinto primário humano e pode ser descrita como uma sensação angustiante [4]. É inegável que a dor é subjetiva e pode variar entre indivíduos diferentes e no mesmo indivíduo, quando exposto a situações diferentes, pois envolve atividades neuronais espontâneas, atenção, expectativa

de dor, estados cognitivos e emocionais, hábitos de sono, estresse e experiências passadas [3].

Estima-se que a dor seja a razão principal pela qual cerca de 80% da população procure o sistema primário de saúde, porém constata-se que muitos profissionais da saúde desconhecem o seu verdadeiro significado e sua interpretação [1]. Um dos grandes problemas que os pacientes têm é o de encontrar uma linguagem adequada para expressar sua dor, de modo que seja adequadamente identificada e cuidada (5), sendo necessário ressaltar sua natureza multidimensional, relacionada a fatores sensoriais (extensão e localização da lesão tecidual), fatores genéticos (relativos ao sistema nociceptivo e de modulação da dor), emocionais (medo, raiva, ansiedade, depressão), culturais (aprendizagem, experiências anteriores, significado simbólico da dor) e sociais (possíveis ganhos secundários de ordem econômica, social e afetiva) [8]. Uma outra característica é que a dor pode ser classificada como aguda e, portanto passageira e associada a um estímulo, ou crônica, e consequentemente persistente [9].

## **DOR NA ODONTOLOGIA**

Até a idade média, o aspecto emocional da dor foi mais valorizado do que o sensorial. Desde então, essa sensação passou a ser compreendida sob um aspecto mais científico, como um sinal de alerta e proteção do organismo contra estímulos lesivos advindos do meio externo ou interno [10].

A dor é uma experiência desagradável, geralmente associada a um dano tecidual e que pode ser influenciada por aspectos culturais, afetivos, gênero e idade do paciente. Já a ansiedade está intimamente relacionada à experiência negativa prévia, novidade, incerteza, expectativa e medo [11].

Na área da Odontologia, as dores podem ser classificadas de diversas formas, agudas ou crônicas,

odontogênicas e não odontogênicas e de uma forma mais subjetiva [10]. Logo, o cirurgião-dentista é um profissional que lida diretamente com a dor, incluindo seus aspectos sensoriais-discriminativos (sensação física), afetivo-motivacionais (emocional) e o cognitivo-avaliativos (pensamento) [8].

Pesquisas demonstraram que a inter-relação entre dor e ansiedade é fortemente presente em indivíduos com experiências dolorosas pregressas, o que pode fornecer explicações para o medo e a ansiedade odontológica. Portanto, lembranças passadas de dor durante uma consulta odontológica podem aumentar a expectativa da percepção dolorosa em atendimentos futuros, gerando ansiedade durante a visita ao dentista [12]. Estudos ainda comprovam que pessoas ansiosas podem vir a reconstruir uma lembrança de dor durante uma consulta e esperar semelhante grau de dor durante a outra, e, portanto, estar ansioso para visitar o dentista, o que sugere que a dor dos pacientes não é a causa da ansiedade, mas sim um resultado disso [12].

A presença de medo ou fobias em pacientes odontológicos configura uma realidade com a qual o cirurgião-dentista pode se deparar e tornar a consulta mais dificultosa para ambas as partes. Um dos principais motivos é que a ansiedade e a dor podem desencadear alterações comportamentais e fisiológicas como aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca. Além disso, essas reações podem iniciar um ciclo vicioso, contribuindo para o aumento da atividade simpática e consequente aumento da liberação da adrenalina, que ativa nociceptores, aumentando a sensibilidade dolorosa [11].

Rosa & Ferreira afirmaram existir uma correlação entre ansiosos e "medrosos" com uma saúde bucal deficiente [11], sendo que esses pacientes geralmente frequentam serviços de urgências ambulatoriais pois há um agravamento dos quadros da saúde bucal em função da evitação de um tratamento definitivo [11]. Além disso, a ansiedade e a expectativa de dor ou

procedimentos odontológicos que causam dor podem ser uma barreira importante para a procura por atendimento odontológico, influenciando na periodicidade em que os pacientes realizam uma consulta odontológica e desmarcam com maior facilidade [13]. Um estudo realizado por Anderson (1997) demonstra que essas emoções frequentemente são decorrentes de uma história prévia passada de atendimento traumatizante, com frequência ocorrida na infância [11].

Apesar dos avanços tecnológicos em Odontologia, como a anestesia local, técnicas de tratamento [13] e terapias complementares como a hipnose e a acupuntura, que reduzem o medo e ansiedade, e podem ser indicadas para pacientes odontofóbicos, [12] a ansiedade e o medo da dor permanecem frequentes frente ao tratamento odontológico.

## **ESCALAS DE DOR**

O alívio da dor é um direito humano básico e, portanto, não apenas meramente uma questão clínica, mas também ética. Envolve o trabalho de todos os profissionais da saúde, de tal forma que seja solucionada não apenas por meio de tratamento medicamentoso, mas que ela seja amenizada ou controlada por outros meios [14].

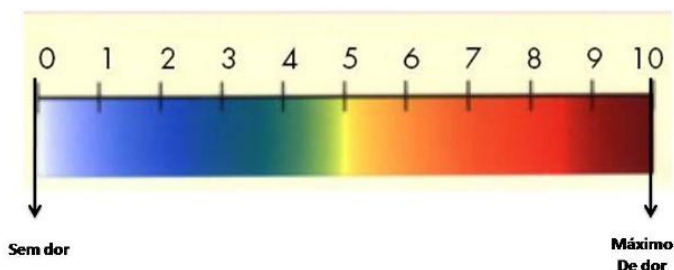
De acordo com a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e com a Sociedade Americana de Dor, a dor é considerada o quinto sinal vital, que deve ser sempre registrado. A importância da sua mensuração, tanto na avaliação, como no tratamento deve ser destacada [14,15], pois sua inclusão junto aos demais sinais vitais pode assegurar que os pacientes tenham acesso a intervenções mais seguras e eficazes, além de determinar se os riscos de um dado tratamento superam os danos causados pelo problema a ser tratado. Além disso, o controle da dor reduz significativamente o grau de sofrimento do paciente [16]. Em decorrência dessas questões, diferentes instituições de saúde têm atualmente recomendado com que os pacientes sejam questionados sobre sua percepção

dolorosa no momento da admissão para o tratamento e também durante a evolução clínica [15]. Considerando que é extremamente comum a procura por cuidados odontológicos de urgência em situações de dor, é importante ressaltar que o cirurgião-dentista atente-se para a correta avaliação da dor durante no início, no transcorrer e ao final do atendimento [17]. A mensuração da dor é um procedimento inferencial baseado em relato verbal, atitudes, aspectos fisiológicos e comportamentais que é muito importante no ambiente clínico, sendo essencial para o diagnóstico, planejamento, adequação do tratamento de pacientes e também no auxílio aos profissionais de saúde a iniciar um diálogo com o paciente em torno de fatores como seus pensamentos, sentimentos, crenças e variáveis físicas que influenciam os comportamentos e até mesmo o uso correto de analgésicos [18]. É importante ressaltar que, quando a dor não é controlada podem ocorrer alterações respiratórias, hemodinâmicas e outras alterações fisiológicas que podem impactar sobre a conduta terapêutica e o tratamento, podendo torná-lo mal sucedido [15,19].

O desenvolvimento de escalas de mensuração da dor permite a avaliação da sua intensidade por meio do autorrelato [11]. Qualquer que seja o método de avaliar a dor deverá possuir duas características, de acordo com White, 1998, como a fiabilidade (menor probabilidade de cometer erros de medida ao utilizar determinado instrumento) e validade (capacidade que um instrumento de avaliação tem de conseguir medir o que pretende). Segundo Metzger et al. (2002), os critérios de escolha dos instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa da dor, devem causar o menor transtorno possível para o paciente, ser compreensíveis, mostrar validade, fidelidade, sensibilidade às intervenções e dispor de normas padronizadas [6]. Porém, existem diversas barreiras associadas com a avaliação e ao tratamento eficaz da dor como sua natureza subjetiva e ser entendida, por muitos profissionais, como uma variável que pode ser medida somente quando relatada pela pessoa que a experimenta, pois cada um a expressa de uma forma diferente [15,20].

Apesar dessas dificuldades, atualmente, observa-se uma ampla variedade de instrumentos para a avaliação da

intensidade da dor em adultos, como a escalas para medição da dor que devem dar subsídios ao profissional para que ele identifique as alterações presentes no paciente e use a intervenção adequada [15]. As principais são a escala visual analógica (EVA), que consiste numa linha horizontal ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação "Sem Dor" e na outra a classificação "Dor Máxima". O paciente deve realizar uma marcação na linha, no ponto que representa a intensidade da sua dor. Posteriormente, mede-se em centímetros ou milímetros a distância entre o início da linha (que corresponde a zero) e o local assinalado, obtendo-se uma classificação numérica (Painel A) [15]. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: "Sem Dor", "Dor Ligeira", "Dor Moderada", "Dor Intensa" ou "Dor Máxima". Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo (Painel B) [21]. A escala visual/ verbal numérica (EVN) que consiste em uma régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Pretende-se que o paciente realize a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que 0 correspondente à classificação "Sem Dor" e 10 à classificação "Dor Máxima" (dor de intensidade máxima imaginável) (Painel C) [15]. A escala de faces de dor (EFD) muito utilizada em crianças, solicita ao paciente a classificação da a intensidade da sua dor de acordo com mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação "Sem Dor" e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação "Dor Máxima" (Painel D) [15].

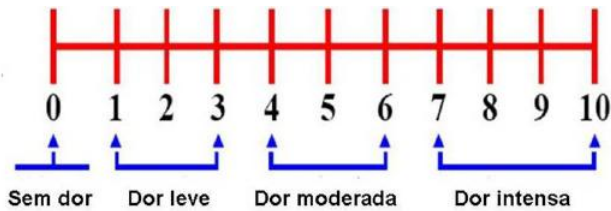


Painel A. [15]

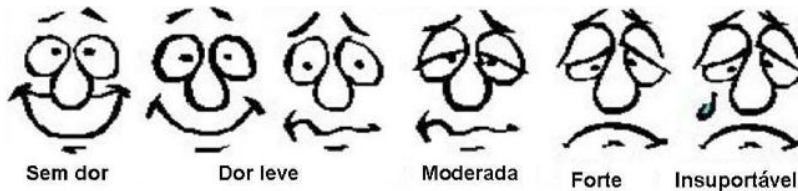
**Escala Qualitativa**

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Painel B. [21]



Painel C. [15]



Painel D. [15]

Figura 1: Painel A: Escala visual analógica (EVA); Painel B: Escala qualitativa; Painel C : Escala Visual/ Verbal Numérica ( EVN); Painel D: Escala de Faces de Dor (EFD)

Devemos considerar ainda que, a experiência dolorosa vai além da manifestação de sua intensidade, e que a avaliação da dor deve incluir a análise de alterações comportamentais e fisiológicas, tais como fácies típica, inquietação, posicionamento protetor, ansiedade, sudorese, palidez, taquicardia, elevação da pressão arterial, elevação ou diminuição da frequência respiratória, entre outros [19].



Para entender o fenômeno da dor e avaliar a eficácia de intervenções por parte de profissionais de saúde, é necessário mensurá-la de forma mais sofisticada, examinando suas origens e os seus correlatos clínicos em função das características emocionais, cognitivas e de personalidade, pois apenas medidas grosseiras, como "dor presente" ou "dor ausente" muitas vezes não são suficientes. A mensuração desta sensação é extremamente importante no âmbito clínico, para determinar se um tratamento é necessário, se o medicamento prescrito é eficaz ou até mesmo quando deve ser interrompido. Além disso, torna-se possível determinar se os riscos de um dado tratamento superam os danos causados pelo problema clínico e, também, permite-se escolher qual o melhor e o mais seguro entre diferentes tipos de tratamento [23].

## **AVALIAÇÃO DAS ESCALAS DE DOR EM PESSOAS COM DIFICULDADE DE COMUNICAÇÃO**

Conforme afirma a própria IASP, "a incapacidade de se comunicar verbalmente não nega a possibilidade de que um indivíduo esteja sentindo dor e de que necessite de tratamento apropriado para seu alívio" [23]. É importante compreender que o fato do indivíduo apresentar dificuldade ou impossibilidade de comunicação não significa que ocorre insensibilidade à dor comparado a outros indivíduos que conseguem se comunicar adequadamente. [24]

O autorrelato é considerado o método padrão-ouro para a mensuração da dor. Entretanto, em indivíduos que possuem dificuldades de comunicação, ou se encontram inconscientes [25], essa mensuração torna-se prejudicada e revestida por especial complexidade por razões óbvias. A primeira delas é que esses pacientes representam um grupo muito heterogêneo [24]. São exemplos os indivíduos portadores de alterações cognitivas

decorrentes de síndromes, quadros demenciais, paralisia cerebral, autismo, além de bebês ou crianças muito pequenas, e aqueles que se encontram hospitalizados sob sedação em Unidades de Terapia Intensiva e até mesmo pessoas que não compreendem o idioma falado no ambiente de atendimento. Sendo necessário estar atento a população específica objeto da avaliação e do tratamento [24]. Além disso, os pais e os cuidadores habituais são as pessoas que melhor sabem detectar as alterações da sua expressão facial, do seu comportamento, das suas vocalizações [24].

Inúmeras escalas para a mensuração da dor existem há muito tempo para pacientes que podem se comunicar, porém apenas nas últimas décadas que houve um interesse crescente na avaliação da dor em pacientes com um ou vários tipos de comprometimento cognitivo [2]. Instrumentos para mensurar a dor foram desenvolvidos a partir de indicadores, como o aumento dos movimentos faciais, olho fechado, sobrancelha abaixada, boca apertada, rigidez muscular, bochechas levantadas e lábios cerrados, aumento dos movimentos corporais, rigidez muscular, conformidade com o ventilador mecânico e/ ou sons. Além disso, esses instrumentos, que são escalas, podem ser classificados como unidimensionais (avaliam respostas comportamentais) ou multidimensionais (avaliam expressões faciais, movimentos corporais e sons) [23]. Além disso, diversos estudos demonstram que os indicadores utilizados pelos pais para reconhecerem a presença e a intensidade da dor podem ser agrupados em conjuntos de categorias, a partir das quais se tem tentado construir escalas de avaliação comportamental da dor para crianças que não se comunicam verbalmente. Abaixo seguem as Tabelas 1 [26], 2 [26,27] e 3 [28] que resumem as escalas utilizadas para pessoas com dificuldades de comunicação.

Tabela 1. Escalas para mensuração da dor em pacientes adultos, incapazes de comunicação. [26]

Escala	População alvo	Forma de Utilização	Vantagens	Desvantagens
<b>CPOT</b>  (Critical Pain Observation Tool)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes internados em UTI incapazes de auto-relato</li> <li>- Pacientes entubados ou sedados</li> </ul>	<p>Avalia 4 domínios comportamentais: expressão facial, movimentos do corpo, sincronia com o ventilador (paciente entubado) ou verbalização (paciente extubado) e tensão muscular. Cada categoria pode ser pontuada de 0 a 2, sendo possível pontuar o escore final da dor de 0 a 8.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Testado em muitas populações</li> <li>- Atualmente já foram realizados estudos de tradução e validação da escala CPOT em diversos idiomas</li> <li>- Amplamente testado quanto às propriedades psicométricas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interpretação complexa de escores</li> <li>- O treinamento para utilização é relatado como difícil.</li> </ul>
<b>BPS / ECD</b>  (Behavioral pain scale / Escala comportamental de dor)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes internados em UTI sob ventilação mecânica</li> </ul>	<p>Avalia três domínios comportamentais: expressão facial, movimentos de membros superiores e conformidade com o ventilador mecânico. Cada domínio varia de 1-4 pontos e seu escore total varia de 3 (sem</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validada em diferentes idiomas e populações.</li> <li>- Única escala que passou pelo processo de validação no Brasil.</li> <li>- Fácil aplicação e reprodução</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alguns itens podem ser interpretados de maneira diferente pelos usuários, o que consiste uma limitação na prática.</li> <li>- Utilizada apenas em pacientes ventilados mecanicamente</li> </ul>

		dor) a 12 pontos (máxima dor).		
<b>BPAT</b>  (Behavior Pain Assessment Tool)	- Adultos criticamente doentes	Avalia oito domínios, composta de nomes e descrições de expressões faciais (acompanhadas de imagem), respostas verbais (gemidos e queixas verbais de dor) e respostas musculares do corpo (rigidez e punhos).	- Não possui um item relacionado à conformidade e com ventilação mecânica, uma vez que este é um item de confusão.	- É necessário mais estudos para avaliar como o BPAT é implementado na prática clínica e como isso afeta o gerenciamento da dor e os resultados da dor na UTI.
<b>NPAT</b>  Nonverbal Pain Assessment Tool	- Pacientes internados em UTI	Avalia cinco domínios: emoção, movimento, dicas verbais, pistas faciais e posicionamento (respostas corporais que implicam uma proteção do corpo contra contato com o toque externo)	- Utilizado em pacientes que não conseguem se comunicar verbalmente.	- Coeficientes de correlação baixos entre escores do NPAT e autorrelatos de intensidade da dor.  - Mais estudos são necessários para comprovar a

				validade do NPAT e sua aplicabilidade em UTIs.
<b>NCS</b>  (Nociception Coma Scale)	- Pacientes não comunicativos, com distúrbios da consciência.	Avalia quatro domínios: respostas motoras, verbais, visuais e faciais. Cada subescore varia de zero a 3 pontos, atingindo uma pontuação total que varia de 0 a 12 pontos.	- Pode ser utilizado em pacientes que não se comunicam verbalmente.	- Necessário mais estudos para a investigação da validade e da confiabilidade da escala.
<b>NCS –R</b>  (Nociception Coma Scale-Revised)	- Pacientes não comunicativos, com distúrbios da consciência.	Avalia três domínios, expressão motora, verbal e facial. Cada subescore varia de zero a 3 pontos, e a pontuação total varia de zero a 9 pontos .	- Apresenta maior sensibilidade quando comparada à NCS e maior concordância entre avaliadores	- Necessário mais estudos para a investigação da validade e da confiabilidade da escala.

<b>ESCID</b>  (Escala de Conductas Indicadoras de Dolor)	- Pacientes em estado crítico	Avalia cinco domínios comportamentais (musculatura facial, tranquilidade, tônus muscular, adaptação ventilatória e conforto) Pontua de 0 a 2.	- Pode ser utilizado em pacientes que não se comunicam verbalmente.	-Deve ser testado em outras situações, em procedimentos não dolorosos.  - Necessário mais estudos
<b>REPOS</b> (Rotterdam Elderly Pain Observation Scale)	- Pessoas idosas em final de vida, sob cuidados paliativos	Avalia 10 itens comportamentais Escore de 0 a 10	- Validada para língua inglesa	- Necessidade de mais estudos para extrapolação de resultados em populações maiores

Tabela 2: Escalas para mensuração da dor em pessoas com deficiência (adultos e crianças) incapazes de comunicação [26,27]

Escala	População alvo	Forma de Utilização	Vantagens	Desvantagens
<p><b>FLACC</b></p> <p>(Face, legs, activity, cry, consolability/ face, pernas, atividade, choro e consolabilidade)</p>	<p>- Crianças com multideficiência ou menores de 4 anos</p>	<p>Cada item nomeado (face, pernas, atividade, choro, consolabilidade) é avaliado de 0 a 2; escore máximo de 10 pontos.</p> <p>0 = sem dor; 1 a 3 = dor leve; 4 a 6 = dor moderada; 7 a 10 = dor intensa</p>	<p>- Amplamente utilizado população pediátrica com comprometimento cognitivo.</p> <p>- Validada no Brasil.</p>	<p>- Na amostra adulta da UTI, a categoria "choro" apresentou fraca correlação com outras categorias e consequentemente diminuiu a consistência interna deste, sugerindo que este item pode não ser relevante para pacientes adultos.</p>
<p><b>DESS</b></p> <p>(Échelle Douleur Enfant San Salvador)</p>	<p>- Crianças com deficiência</p>	<p>Composto por dois componentes: um dossiê de base (caracterização do comportamento), e uma escala de pontuação da dor.</p>	<p>- Sensível, fiável e reprodutível.</p> <p>- Não se restringe apenas a crianças, apresentando características que a tornam perfeitamente utilizável em adultos.</p>	<p>- Deve ser preenchido em equipe multidisciplinar</p> <p>- Validado apenas em francês</p>

<p><b>CPS- NAID</b> (Chronic Pain Scale for Nonverbal Adults with Intellectual Disabilities )</p>	<p>-Adultos com dor crônica</p>	<p>Composto pela avaliação de 24 itens.</p>	<p>- Consiste em um subconjunto de itens encontrados no NCCPC-R e no NCCPC-PV.</p>	<p>- Escala validada em apenas um estudo.</p> <p>- Necessário mais estudos para aplicação na clínica</p>
<p><b>PPP</b> (Pediatric Pain Profile)</p>	<p>- Crianças com deficiência física</p>	<p>Composto por 56 itens para avaliação.</p>	<p>- Útil para crianças com dor crônica ou recorrente</p>	<p>- Método que precisa ser usado clinicamente não é claro.</p> <p>- Necessário mais estudos para ser aceitável seu uso clínico</p>
<p><b>NCAPC</b></p>	<p>- Adultos com deficiência intelectual com dor aguda.</p>	<p>Ainda na fase de estudos</p>	<p>- Estudos sugerem que pode ser mais apropriado para procedimentos agudos</p>	<p>-Alguns itens do NCCPC-PV original foram reformulados tornando um pouco mais difícil comparar pontuações nessa escala para um adulto jovem, com aquelas que ele pode ter obtido como adolescente.</p>



Tabela 3: Escalas utilizadas para avaliação da dor em recém-nascidos e crianças [28]

Escala	Características
<b>PIPP</b> Premature infant pain profile	Avalia dor aguda/associada a procedimentos
<b>NFCS</b> Neonatal Facial Coding System	Avalia dor aguda/associada a procedimentos
<b>EVENDOL</b> Evaluation Enfant Douleur	Avalia dor aguda/associada a procedimentos
<b>DAN</b> Douleur Aigue du Nouveau-né	Avalia dor aguda/associada a procedimentos
<b>NIPS</b> Neonatal Infant Pain Scale	Avalia dor aguda/associada a procedimentos
<b>NPDS</b> Neonatal Pain and Discomfort Scale	Avalia dor prolongada/desconforto
<b>Comfort Behavior Scale</b>	Avalia dor pós-operatória em pacientes inconscientes e internados em UTI
<b>CHIPPS</b> Children and Infants Postoperative Pain Scale	Avalia dor pós-operatória

Com relação às escalas, em pacientes gravemente enfermos, as ferramentas comportamentais mais válidas e confiáveis para a avaliação da dor são a ferramenta de observação da dor em terapia crítica (CPOT) e a escala de dor comportamental (BPS) [29]. No Brasil, apenas a BPS foi adaptada culturalmente à realidade do país e apesar da existência dessas escalas, o uso delas é muito limitado por diversos motivos, entre eles a dificuldade enfrentada pela introdução de quaisquer novos instrumentos no ambiente clínico, incluindo aceitação pessoal, facilidade de uso, protocolos institucionais [28].

O comportamento é a avaliação característica na maioria destes instrumentos, uma vez que o autorrelato é o definido em muitos estudos como padrão ouro. Devemos considerar ainda

que a experiência dolorosa vai além da mensuração por escalas ou manifestação da sua intensidade e deve incluir análise de alterações comportamentais e fisiológicas, tais como: face de dor, inquietação, posicionamento protetor, ansiedade, sudorese, palidez, taquicardia, elevação da pressão arterial, elevação ou diminuição da frequência respiratória, entre outros [21].

## DISCUSSÃO

### **A ODONTOLOGIA E A AVALIAÇÃO DA DOR EM PESSOAS COM DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO**

O controle da dor é uma atribuição de todo profissional de saúde. Conceitos fundamentais a respeito dos mecanismos de dor e de suas repercussões nas áreas física, emocional e social dos indivíduos, das possibilidades diagnósticas e sobre princípios da terapêutica devem ser conhecidos por todos aqueles que atuam em qualquer campo das ciências da saúde [29]. Além disso, os cirurgiões- dentistas têm como obrigação aliviar a dor do paciente, tratar, além de fornecer informações claras e completas sobre o planejamento do tratamento. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Odontologia no Brasil determinam que a formação do cirurgião-dentista deve capacitá-lo a atuar em todos os níveis de atenção à saúde e, para isso, deve haver uma formação generalista. É importante que esta inclua a atenção odontológica às pessoas com deficiência , e hospitalizadas dentre elas, os que possuem dificuldade ou não se comunicam [30].

A maioria dos pacientes que procuram tratamento odontológico apresenta alguma queixa de dor [28]. Estudos apontam que cerca de 50% dos pacientes que procuram o serviço de urgência odontológica apresentam dor, sendo necessária a atenção imediata do cirurgião-dentista, que deve estar preparado para identificar a evolução multifatorial da dor [31], analisando suas características, sabendo que ela apresenta

variações individuais e temporais, [28] para o estabelecimento do diagnóstico diferencial e plano de tratamento capaz de aliviar a dor do paciente [29,28]. Além disso, o reconhecimento dos sintomas de medo e ansiedade é fundamental para a condução de um atendimento odontológico, pois essas sensações podem intensificar e modular diretamente a dor que o paciente percebe, podendo gerar transpiração excessiva, aumento da pressão arterial, choro, distúrbios gastrointestinais, palidez da face, diminuição de secreções (boca seca) e tremores.

Na Odontologia, o estudo da dor é de extrema importância, porém tem sido explorada de forma superficial [28]. Assim, o clínico e/ou pesquisador deparam-se com as dificuldades de caracterização e avaliação da experiência dolorosa com maior profundidade e em diversos grupos de pacientes. Em pesquisa, a importância da caracterização da dor é bem clara por auxiliar na sua avaliação sistematizada. Nesse contexto, as ferramentas mais comuns são as escalas, oriundas de métodos fisiológicos de estudo da nocicepção, da psicofísica, ou de escalas comportamentais de humor e ansiedade, permitindo a avaliação de não apenas um único, mas diversos aspectos da dor (escalas uni ou multidimensionais), além de permitir sua ordenação [28].

Embora ainda haja controvérsias a respeito das principais escalas subjetivas de dor, a necessidade de avaliação as torna ferramentas úteis e indispensáveis na prática tanto clínica quanto laboratorial. As características únicas de cada escala mostram que é imprescindível que o pesquisador conheça as principais características da escala que estiver usando para obter maior benefício no controle e nos ajustes necessários ao tratamento, porém para pacientes com dificuldade de comunicação a literatura é muito escassa.

## CONCLUSÕES

O atendimento odontológico de pessoas com dificuldades de comunicação envolve abordagem multi e interprofissional direcionado a esses pacientes que se encontram em situação de vulnerabilidade e fragilidade. A consulta odontológica em si, é um ato invasivo em relação à intimidade do paciente, sendo necessária a conscientização de que o exercício da Odontologia deve ser revestido de um caráter muito maior e mais profundo do que somente recuperar a função e a estética, mas também deve procurar o alívio e o controle da dor. Há que se considerar ainda que o paciente ao ser atendido de forma mais tranquila e humana, torna-se mais cooperativo. Quando refletimos acerca da Odontologia é indiscutível a importância que recai sobre o profissional de saúde e seu empenho em transcender a promoção de saúde bucal e acolher o indivíduo que sofre da forma mais humana possível. O atendimento odontológico deve oscilar no equilíbrio entre a habilidade técnica, a formação científica e a visão humanista da promoção da saúde.

Há diversas escalas para a mensuração de dor, desenvolvidas para aplicação em crianças pequenas e em pessoas com dificuldade de comunicação, como por exemplo, naquelas que se encontram hospitalizadas, em fase final de vida, sob cuidados paliativos. Na Odontologia, o assunto necessita ser melhor explorado, visto a escassez de estudos acerca do tema, e considerando a atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar, como centro cirúrgico, enfermaria, centros e unidades de tratamento intensivo, além de instituições de longa permanência e home care.

## REFERÊNCIAS

1. Pessini L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Rev Bioet.* 2002;10(2):51–72.
2. Marquez JO. A Dor e seus Aspecto. *Cienc Cult.* 2011;63(2):28–32.
3. Miotto MHM de B, Silotti JCB, Barcellos LA. Dor dentária como motivo de absenteísmo em uma população de trabalhadores TT - Dental pain as the motive for absenteeism in a sample of workers. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2012;17(5):1357–63.
4. Cardoso A, Rodrigues K, Bachion M. Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde. *Latino-Americana Enferm.* 2006;14(4):553–60.
5. Almeida, CBDE. CARACTERÍSTICAS DA COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL ENTRE O ENFERMEIRO E O CEGO. 2005; Universidade Federal do Ceará
6. Cássia F De, Silva DA, Eliza F, Dias DJ. A Dor e o controle do sofrimento Laboratório de Psicofisiologia. 1997;1(1):1–26.
7. Original A. A DOR COMO QUINTO SINAL VITAL : UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO POR ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL GERAL 1 PAIN AS THE FIFTH VITAL SIGN : USE OF THE ASSESSMENT SCALE BY NURSES IN GENERAL HOSPITAL EL DOLOR COMO QUINTO SIGNO VITAL : USO DE LA ESCALA DE EVALUA. 19(2):283–90.
8. Pimenta CA, Portnoi AG. Dor e cultura. Dor: um estudo multidisciplinar. 1999.
9. Encontro, I. I. Neonatol, E. Federal, U., Paulista, E., & Social, A. (1998). *ARTIGO A DOR , O INDIVÍDUO E A CULTURA* \*. (li), 3–13.
10. BOLETA-CERANTO D. C. F. ALVES T. ALENDE F. L. O efeito da acupuntura no controle da dor na odontologia. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama*, v. 12, n. 2, p. 143-148, maio/ago. 2008
11. Kanegane K, Penha SS, Aparecida M, Garcia R. Ansiedade ao tratamento odontológico em

- atendimento de urgência Dental anxiety in an emergency dental service. 2003;37(6):786–92.
12. Kent, G. (1985). *Memory of Dental Pain*. 21, 187–194.
  13. Vassend, O. (1993). *ANXIETY , PAIN AND DISCOMFORT ASSOCIATED*. 31(7), 659–666. 1992.
  14. Isabella, A., & Costa, S. (2014). *Dor e qualidade de vida: caracterização e avaliação de pacientes oncológicos com feridas tumorais*.
  15. Aparecida, F., & Faleiros, E. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino-am Enfermagem. 2002.
  16. Oliveira PC De, Barbosa DZ, Souza HJ, Batista JD, Ranali J, Costa MDMA, et al. Avaliação do nível de ansiedade e dor de pacientes em urgências endodônticas e sua influência sobre parâmetros cardiovasculares Evaluation of anxiety and pain levels in patients with endodontic urgency and influence in cardiovascular parameter. Cienc Odontol Bras. 2007
  17. Alexandre GC. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro , Brasil Prevalence and factors associated with dental pain that prevents the performan. 2006;22(5):1073–8.
  18. Alamam, D. M., Leaver, A., Moloney, N., Alsobayel, H. I., Alashaikh, G., & Mackey, M. G. (2019). *Pain Behaviour Scale ( PaBS ): An Exploratory Study of Reliability and Construct Validity in a Chronic Low Back Pain Population*. *Pain Research and Management Volume 201*
  19. Alvarez AG. Dal Sasso MGT. OBJETO VIRTUAL DE APRENDIZAGEM SIMULADA EM ENFERMAGEM PARA A AVALIAÇÃO DA DOR AGUDA EM ADULTO. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina. 2009.
  20. Furtado, M. D. S. (2013). *Escalas de dor no paciente crítico : uma revisão integrativa Scales of pain in the critically ill patient*: 12(3), 110–117. <https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.7538>
  21. Ministério da Saúde de Portugal, M., & Miguel, J. P. (2003). *A Dor como quinto sinal vital- registro sistêmico da intensidade da dor*.

22. Maria, A., & Andrade, O. (2006). *Angélica Maria Oliveira Andrade Aplicabilidade de diferentes metodologias de avaliação da dor à clínica de Podologia*. Instituto Superior de Ciências da Saúde.
23. Cássia, R. De, & Balda, X. (2018). *A LINGUAGEM DA DOR NO RECÉM-NASCIDO*. Documento Científico do Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria.
24. Garcia M, Fernandes A. Avaliação da Dor nas Crianças com Deficiência Profunda: a escala DESS. *Rev Ref.* 2007;(2):17–22.
25. Neto, T., Cecília, M., & Yamada, M. (2010). *Escalas subjetivas de dor e índices de prevalência de disfunção temporomandibular*. *RPG Rev Pós-graduação.* 17(1), 13–18.
26. Azevedo- IF, Desantana JM. Pain measurement techniques: spotlight on mechanically ventilated patients. *Journal of pain research.* 2018;2969–80.
27. Psych LMBR, Burkitt C. Assessing pain in children with intellectual disabilities. 2009;14(2):116–20. *Pain Research & Management*.
28. Beltramini A, Milojevic K, Pateron D. Pain Assessment in Newborns, Infants . 2017. *PEDIATRIC ANNALS* Vol. 46, No. 10.
29. Kapritsou, M., & Kalafati, M. (2019). Cross-Correlation Among Visual Analog , Observational , and Behavioral Pain Scales of Oncological Patients Undergoing Major Abdominal Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing,* 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.11.008>
30. Santos, M. F. S., & Hora, I. A. dos A. (2018). Atenção odontológica a pacientes especiais: atitudes e percepções de acadêmicos de odontologia. *Revista Da ABENO,*12(2),207–212. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v12i2.125>
31. Dutra Murrer, R., Scandiuzzi Francisco, S., & Endo, M. M. (2014). Pesquisa Ansiedade e medo no atendimento odontológico de urgência Anxiety and fear in the emergency dental clinic. *Rev Odontol Bras Central,* 23(67), 196–201. Retrieved from

<http://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/viewFile/829/760>





## NORMAS DA REVISTA

### **Categoria dos artigos**

A Revista aceita artigos inéditos em inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em português, nas categorias listadas abaixo. Para assegurar a qualidade e uniformidade dos textos traduzidos para a Língua Inglesa, esse trabalho deverá ser realizado, necessariamente, por um tradutor altamente capacitado e com experiência comprovada na versão de textos científicos, indicados e credenciados junto à Revista.

a) Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de natureza empírica, experimental ou conceitual de pesquisas inéditas tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa;

b) Revisão (a convite): síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa. Serão publicados até dois trabalhos por fascículo;

c) Revisão Sistemática e Meta-Análise

Ao sintetizar os resultados de estudos primários, sejam eles qualitativos e/ou quantitativos, esse tipo de manuscrito deve responder a uma questão específica, ser limitado a 30.000 caracteres, incluindo espaços, e seguir a sequência do PRISMA -

Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 2009; & amp; nbsp;6: e1000097. doi:10.1136/bmj.b2535.). O manuscrito deve informar detalhadamente como se deu o processo de busca e recuperação dos estudos originais, o critério de seleção dos estudos incluídos na revisão e fornecer um resumo dos resultados obtidos nos estudos revisados (com ou sem uma abordagem de meta-análise). Não há limite para a quantidade de referências e figuras. Tabelas e figuras, caso sejam incluídas, devem apresentar as características dos estudos revisados, as intervenções que foram comparadas e respectivos resultados, além dos estudos excluídos da revisão. Demais tabelas e figuras pertinentes à revisão devem ser apresentadas como descrito anteriormente. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

d) Comunicação: relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, subsidiando o trabalho de profissionais que atuam na área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema;

e) Caso Clínico: são artigos que representam dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplos. Apresenta as características do indivíduo humano ou animal estudado, com indicação de suas características, tais como, gênero, nível socioeconômico, idade entre outras.

A RGO, Revista Gaúcha de Odontologia não avalia trabalhos que já foram apresentados em eventos (nacionais e internacionais) e/ou traduzidos em outros idiomas, a fim de preservar o caráter inédito da obra.

### **Apresentação do manuscrito**

O texto deverá ser digitado em fonte Arial tamanho 12, com espaço entrelinhas 1,5 cm. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm).

Os artigos devem ter, no máximo, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de *Digital Object Identifier* (DOI), este deve ser informado.

Os elementos constituintes do texto devem ser dispostos segundo a sequência apresentada abaixo:

### **Página de rosto**

- a) Especialidade ou área da pesquisa: uma única palavra que permita ao leitor identificar de imediato a especialidade ou área à que pertence a pesquisa.
- b) título completo em português e inglês ou espanhol, devendo ser conciso, evitando excesso das palavras, como “avaliação do...”, “considerações a cerca de...”, “estudo exploratório”, sem abreviaturas e siglas ou localização geográfica;
- c) Sugestão obrigatória de título abreviado para cabeçalho, não excedendo 50 caracteres, em português e inglês;
- d) nome de todos os autores por extenso. Não abreviar o prenome. A RGO - Revista Gaúcha de Odontologia considera

aceitável o limite máximo de 6 autores por artigo. Entretanto, poderá admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados, em folha separada, de justificativa convincente para a participação de cada um dos autores.

e) Informar a afiliação institucional atual em 3 níveis, sem abreviaturas ou siglas, além da cidade, estado e país de todos os autores e com endereços completos. NÃO INCLUIR titulação (DDS, MSc, PhD etc) e/ou cargos dos autores (Professor, Aluno de Pós-Graduação, etc).

f) Indicação do endereço completo da instituição à qual o autor de correspondência está vinculado. Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

g) informar e-mail de todos os autores

h) Informar explicitamente, a contribuição de cada um dos autores no artigo. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos. Redigir a contribuição no idioma que o artigo será publicado.

i) Informar o número de Registro ORCID® (Open Researcher and Contributor ID). Caso não possua, fazer o cadastro através do link: <<https://orcid.org/register>>. O registro é gratuito.

## **Resumo**

Todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras.

Não deve conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Bireme.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo. Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações.

### **Introdução**

Deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

### **Métodos**

Devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações, incluindo os procedimentos adotados, universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados

para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex.  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$ ) devem ser mencionados.

Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nomes genéricos, doses e vias de administração. Os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes símbolos abreviados. Incluem-se nessa classificação: nomes de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica. Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do parecer de aprovação.

Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

## **Resultados**

Devem ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Não repetir no texto todos os dados já apresentados em ilustrações e tabelas. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

## **Ilustrações**

São consideradas ilustrações todo e qualquer tipo de tabelas, figuras, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, mapas, organogramas, diagramas, plantas, quadros, retratos, etc., que servem para ilustrar os dados da pesquisa. É imprescindível a informação do local e ano do estudo para artigos empíricos. Não é permitido que figuras representem os mesmos dados de tabelas ou de dados já descritos no texto.

A quantidade total de ilustrações aceitas por artigo é de 6 (seis), incluindo todas as tipologias citadas acima.

As ilustrações devem ser inseridas após o item Referências e também enviadas separadamente em seu programa original, através da plataforma, no momento da submissão.

As ilustrações devem ser editáveis, sendo aceitos os seguintes programas de edição: Excel, GraphPrism, SPSS 22, Corel Draw Suite X7 e Word. Caso opte pelo uso de outro programa, deverá ser usada a fonte padrão Frutiger, fonte tamanho 7, adotada pela revista na edição.

As imagens devem possuir resolução igual ou superior a 600 dpi. Gráficos e desenhos deverão ser gerados em programas de desenho vetorial (Microsoft Excel, CorelDraw, Adobe Illustrator etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis.

Não são aceitos gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D).



O autor se responsabiliza pela qualidade das ilustrações, que deverão permitir redução de tamanho sem perda de definição, respeitando-se as seguintes medidas:

Formato retrato: uma coluna (7,5cm); duas colunas (15cm).

Formato paisagem: uma coluna (22 x 7,5cm); duas colunas (22 x 15cm).

A cada ilustração deverá ser atribuído um título breve e conciso, sendo numeradas consecutiva e independentemente, com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas.

Para Gráficos, deverá ser informado título de todos os eixos.

Todas as colunas de Tabelas e Quadros deverão ter cabeçalhos.

As palavras Figura, Tabela e Anexo, que aparecerem no texto, deverão ser escritas com a primeira letra maiúscula e acompanhadas do número a que se referirem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

Inclua sempre que necessário notas explicativas. Caso haja alguma sigla ou destaque específico (como o uso de negrito, asterisco, entre outros), este deve ter seu significado informado na nota de rodapé da ilustração.

Caso haja utilização de ilustrações publicadas em outras fontes bibliográficas, é obrigatório anexar documento que ateste a permissão para seu uso, e ser citada a devida fonte.

O uso de imagens coloridas é recomendável e não possui custos de publicação para o autor.

## **Discussão**

Deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

### **Conclusão**

Apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.

**Agradecimentos:** podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

**Anexos:** deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

**Abreviaturas e siglas:** deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

**Referências:** devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, conforme no estilo Vancouver. Nas referências com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguido da expressão latina et al.

Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem

negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências.

Citar no mínimo 80% das referências dos últimos 5 anos e oriundas de revistas indexadas, 20% dos últimos 2 anos.

Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, dissertações, teses e de textos não publicados (aulas, entre outros). Livros devem ser mantidos ao mínimo indispensável uma vez que refletem opinião dos respectivos autores e/ou editores. Somente serão aceitas referências de livros mais recentes. Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo no prelo), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Quando o documento citado possuir o número do DOI (Digital Object Identifier), este deverá ser informado, dispensando a data de acesso do conteúdo (vide exemplos de material eletrônico). Deverá ser utilizado o prefixo [https://doi.org/...](https://doi.org/)

**Citações bibliográficas no texto:** Citações bibliográficas no texto: deverão ser expostas em ordem numérica, em algarismos arábicos, dentro de colchetes (exemplo: [1], [2], [3]), após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos

forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

## **Exemplos**

### **Publicaciones Periódicas**

Ledonio CG, Burton DC, Crawford CH 3rd, Bess RS, Buchowski JM, Hu SS, et al. Current evidence regarding diagnostic imaging methods for pediatric lumbar spondylolysis: a report from the scoliosis Research Society Evidence-Based Medicine Committee. *Spine Deform.* 2017 Mar;5(2):97-101. doi: 10.1016/j.jspd.2016.10.006

Scott RA. Capital allowances for dentists. *Br Dent J.* 2012;212(5):254. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.218

## **Livro**

Sapp P, Eversole LR, Wysocki GP. *Patologia bucomaxilofacial contemporânea*. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2012.

### **Capítulos de livros**

Corrêa FNP, Alvarez JÁ, Bönecker MJS, Corrêa MSNP, Pinto ACG. Impacto psicossocial e funcional da reabilitação bucal. In: Bönecker MJS, Pinto ACG (Org.). *Estética em odontopediatria: considerações clínicas*. São Paulo: Editora Santos; 2011. p. 29-34.

## **Texto em formato eletrônico**

World Health Organization. Malaria elimination: a field manual for low and moderate endemic countries. Geneva, 2007. [cited 2007 Dec 21]. Available from: .

### **Documentos legais**

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2051/GM, de 08 novembro de 2001. Novos critérios da norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2001 nov 9; Seção 1:44.

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver)