

# Avaliação dos Níveis de Ansiedade em Pacientes Submetidos ao Tratamento Odontológico

## Evaluation of the Level of Anxiety in Patients Undergoing Dental Treatment

VICTOR ZACCARA PEREIRA<sup>1</sup>  
ROSIMAR DE CASTRO BARRETO<sup>2</sup>  
GIUSEPPE A. SCARANO PEREIRA<sup>2</sup>  
HELLEN ROSI BARRETO B. CAVALCANTI<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A ansiedade é um estado subjetivo de sentimento ou reação perante uma situação desconhecida, e quando o sentimento de ansiedade ocorre diante da perspectiva ou em relação ao tratamento odontológico, tem sido chamado de ansiedade odontológica. **Objetivo:** A proposição deste trabalho foi avaliar a prevalência de ansiedade ao tratamento odontológico de pacientes atendidos na Clínica Integrada do Curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba. **Metodologia:** A amostra foi composta por 60 pacientes escolhidos de forma aleatória, que procuraram o nosso atendimento. A coleta de dados foi realizada através de um formulário onde continham questões de identificação e dados inerentes ao paciente bem como questões específicas na identificação do grau de ansiedade ao tratamento odontológico, utilizando a escala DAS (Dental Anxiety Scale). Os dados foram analisados e as associações entre nível de ansiedade com gênero, idade, renda familiar, grau de instrução, frequência de consultas ao dentista, foram submetidos ao teste do qui-quadrado ( $X^2$ ). **Resultados:** Em nossos resultados observamos que a prevalência de ansiedade foi alta, 98,3% dos pacientes, tendo a maioria (70,0%) apresentado nível baixo, 26,7% ansiedade moderada e 1,7% exacerbada. **Conclusão:** Assim concluiu-se que a prevalência de ansiedade não se verificou de forma significativa em nenhuma das variáveis pesquisadas - gênero ( $p = 0,566$ ), idade ( $p = 0,652$ ), renda ( $p = 0,791$ ), nível de instrução ( $p = 0,747$ ), frequência de consultas ao dentista ( $p = 0,902$ ) e procedimentos que fosse maior causa de desconforto ( $p = 0,515$ ), sendo portanto um temor individualizado de cada paciente.

### DESCRIPTORIOS

Ansiedade ao tratamento odontológico. Ansiedade. Assistência Odontológica.

### ABSTRACT

**Introduction:** Anxiety is a subjective state of feeling or reacting to an unknown situation. In cases when the feeling of anxiety occurs prior to dental treatment, it is called dental anxiety. **Objective:** To evaluate the prevalence of anxiety during dental treatment of patients followed in the Integrated School of Dentistry, Federal University of Paraíba. **Material and Methods:** The sample consisted of 60 patients randomly selected who sought the aforementioned dental service. Data collection was conducted using a form with identification data and information inherent to the patient as well as specific issues regarding the degree of anxiety during dental treatment using the DAS (Dental Anxiety Scale) scale. Data were analyzed and the associations between level of anxiety and gender, age, household income, education level, frequency of visits to the dentist, were subjected to chi-square ( $X^2$ ) test. **Results:** The prevalence of anxiety was high (98.3%); the majority of patients (70.0%) presented low level of anxiety, followed by 26.7% moderate and 1.7% exacerbated. **Conclusion:** It was concluded that the prevalence of anxiety was not associated significantly with any of the studied variables - gender ( $p = 0.566$ ), age ( $p = 0.652$ ), income ( $p = 0.791$ ), education level ( $p = 0.747$ ), frequency of visits to the dentist ( $p = 0.902$ ) and procedures that would cause greater discomfort ( $p = 0.515$ ); thus, anxiety was found to be an individualized fear of each patient.

### DESCRIPTORS

Dental anxiety, Anxiety, Dental Care

1 Cirurgião-Dentista, João Pessoa/PB, Brasil

2 Professor Doutor Associado do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba (DCOS/UFPB), João Pessoa/PB, Brasil

3 Graduanda do Curso de Odontologia do Centro Universitário João Pessoa (UNIPE), João Pessoa/PB, Brasil  
Ler foneticamente

A importância da observação do componente emocional nos pacientes submetidos ao tratamento odontológico surge como um diferencial clínico da mais alta relevância. Conhecer minimamente o psiquismo dos pacientes, adquirir conhecimento aprofundado relativo ao quadro de ansiedade e do medo, saber o quanto este fato pode afetar, não só a relação profissional/paciente, mas também na realização dos procedimentos a serem desenvolvidos tornam-se primordiais para quem deseja realizar um bom atendimento.

BARRETO, PEREIRA (2008) define a ansiedade como uma sensação que indica presença de algum perigo. É para o paciente o acontecimento de um fato desagradável ou desconhecido prestes a acontecer. Já o medo é definido como sendo uma sensação persistente e irracional, que resulta na compulsão para evitar um objetivo ou uma situação específica. Até certo nível, a ansiedade é considerada normal, pois prepara o organismo para os eventos futuros, sendo uma reação natural a um estímulo. Assim, o paciente apresenta uma resposta apropriada aos estímulos, variando de acordo com a sua intensidade.

Quando a ansiedade ultrapassa as reações fisiológicas do organismo, ela é chamada patológica, podendo, aumentar exageradamente a frequência cardíaca e respiratória. Fisicamente ela se traduz de diversas formas que vão desde secura da boca, sudorese, tremor, tonturas e desmaios. O paciente apresenta-se extremamente desconfortável e acaba sofrendo antes da aplicação do estímulo.

Uma simples visita ao dentista, muitas vezes, gera estado de ansiedade nos pacientes, que baixa o limiar de percepção da dor tornando mais sensíveis a estímulos físicos, podendo se constituir em barreira importante na manutenção da saúde bucal, visto que estes tendem sempre a protelar ou evitar o tratamento, buscando esse tipo de serviço apenas quando apresentam sinais e/ou sintomas clínicos como dor, edema e fístulas. Do ponto de vista etiológico, deve-se considerar a existência de predisposição para ansiedade e medo em geral a uma resposta ou a um estímulo específico, por experiência odontológica anterior desagradável ou por insegurança ante o desconhecido, como também pela transmissão de experiências de outras pessoas.

Para melhorar o relacionamento entre paciente e profissional devemos ter o cuidado de observar a intensidade e origem da ansiedade para, assim, diminuir

o impacto emocional e conquistarmos a confiança do paciente. Quando o profissional enfrenta situação em que o paciente apresenta características de ansiedade relacionada ao tratamento odontológico, ele pode utilizar alguns métodos para identificá-la. Sendo os questionários estruturados a forma mais simples de identificação.

Todas as nossas emoções, sejam elas positivas ou negativas, refletem dilemas humanos básicos, conflitos, fonte de prazer e alegria. Elas são capazes de indicar e mesmo alimentar sofrimento e disfunções. O medo e a ansiedade normalmente compreendem respostas adaptativas ao perigo ou ao estresse e é considerado essencial para a sobrevivência do ponto de vista evolutivo. Ao longo da história, várias foram as referências com conceitos de ansiedade. Porém, é em alguns autores do século XIX que os modelos teóricos atuais se baseiam. Segundo TELLES-CORREIA, LANDRÉ-BEAUVAIS no ano de 1813, foi quem primeiro definiu a ansiedade: Como sendo um certo mal-estar com uma inquietude e uma agitação excessiva por parte dos seres humanos. Após 60 anos desta definição, Darwin enfatizou que a ansiedade estava presente em todas as espécies animais (não a distinguindo do medo), sendo um mecanismo adaptativo essencial para lidar com o perigo e lutar pela sobrevivência. Freud distinguiu dois tipos de ansiedade. A *objetiva*, relacionada com o meio ambiente e a ansiedade *neurótica*, que ele considerou como sendo de origem exclusivamente psíquica (relacionada com uma predisposição genética importante e/ou um conflito sexual reprimido e não resolvido).

Os modelos atuais da ansiedade têm como ponto de partida uma divisão: a Ansiedade orientada para o estímulo e a Ansiedade como resposta. Na primeira hipótese, a ansiedade é vista como uma resposta a um estímulo específico (situações, pensamentos, emoções) enquanto que na segunda a ansiedade é explorada como resposta emocional em si, independente do estímulo.

Temos essencialmente três modelos de ansiedade:

- A) Modelo da Ansiedade de Goldstein
- B) Modelo da Ansiedade Traço/Estado
- C) Modelo transacional do stress de Lazarus.

A) Kurt Goldstein, um investigador centrado na hipótese *Ansiedade orientada para o estímulo* que trabalhava com acidentados da 1ª guerra mundial, focou o seu modelo no que ele referiu como “reação

catastrófica”. Segundo o autor uma situação catastrófica corresponde a qualquer situação que represente uma ameaça à existência de um indivíduo ou aos valores essenciais à sua existência (considerando a existência física, mas também psicológica). A ansiedade correspondia à percepção subjetiva que o indivíduo tinha sobre a condição catastrófica.

B) O Modelo da Ansiedade Traço/Estado. Foi desenvolvido inicialmente por CATTELL E SCHEIR (1961) e depois SPIELBERGER (1972). Este modelo distingue dois aspectos fundamentais da ansiedade: ansiedade como um estado emocional transitório e como um estado mais permanente, correspondendo a um traço de personalidade.

Não há uma ligação consistente entre elevados níveis de ansiedade-traço e as manifestações de ansiedade-estado em situações que envolvam perigo. No entanto, em situações que ponham em causa a adequação pessoal e a auto-estima os indivíduos com elevada ansiedade-traço estão mais susceptíveis (uma vez que nestes indivíduos estão frequentemente presentes pensamentos relacionados com um medo de falhar). A ameaça sentida pelo indivíduo resulta de uma combinação entre experiências passadas, características da pessoa e o estímulo atual.

C) Modelo transaccional do stress de LAZARUS. Neste modelo que aceita a hipótese da *Ansiedade orientada para o estímulo*, a avaliação da ameaça é tida como mediador essencial para o desenvolvimento do stress. LAZARUS distingue dois estádios de avaliação, um primário em que se estabelece se o estímulo é irrelevante, positivo ou estressante, e um secundário (apenas utilizado no caso da avaliação primária ter dado o estímulo como estressante) que corresponde a um conjunto complexo de processos com vista a aperfeiçoar os mecanismos de defesa. A ansiedade (e outras emoções negativas) surgem quando após a avaliação se conclui que o estímulo é estressante e que os recursos do indivíduo estão aquém do que lhe é exigido. É com base no Modelo transaccional do stress de Lazarus que estão surgindo os novos conceitos de ansiedade.

A ansiedade é considerada uma emoção semelhante ao medo. Porém, enquanto na ansiedade a fonte de perigo é incerta ou desconhecida, no medo é a consequência de uma situação definida.

BARRETO, PEREIRA em 2008 definiram medo como uma sensação persistente e irracional, que resulta na compulsão para evitar um objetivo ou uma situação

específica. Quando o perigo é reconhecido, o indivíduo reage com um conjunto de respostas comportamentais e neurovegetativas acompanhadas de uma experiência desagradável. O medo é uma das emoções que nos alerta sobre o perigo. Ele se desenvolve durante a evolução dos animais como a mais importante proteção contra injúrias. Nada é tão certo quanto a dor para causar medo e uma experiência dolorosa tende a ser evitada. Quando o perigo é reconhecido, o medo faz com que o indivíduo concentre toda a sua atenção na situação, pronto para reagir. É uma reação imediata a uma ameaça presente, caracterizada por um impulso de fugir e resulta numa ativação simpática, está associado a uma resposta súbita de “luta ou fuga” a um perigo imediato, no qual o corpo se prepara para uma resolução da situação.

O medo é considerado um fenómeno de curta duração que desaparece quando o perigo externo ou a ameaça cessam, enquanto ansiedade está ligada a uma resposta emocional interna não facilmente reconhecível, com períodos de maior duração. O medo intenso é uma das mais debilitantes e agonizantes experiências emocionais humanas. É também, por outro lado, uma das emoções mais necessárias e adaptativas. O medo é a força motivacional que nos faz evitar perigos. Apesar da capacidade de experimentar o medo ser uma função biológica inata, as nossas respostas de medo a determinados objetos e sensações são largamente adquiridas através da aprendizagem diária.

A ansiedade implica na ocorrência de uma condição aversiva ou penosa, algum grau de incerteza ou dúvida e alguma forma de impotência do organismo em uma dada conjuntura. O medo é uma emoção primária e poderosa que alerta sobre o perigo iminente, em relação a um objeto ou situação. Vale lembrar que além das manifestações psicológicas, a ansiedade produz alterações fisiológicas no organismo. Entre elas está o aumento da frequência de batimentos e da força de contração do coração. A respiração também é afetada com a sensação de falta de ar ou sufocação. Pode haver também hipersecreção gástrica, aumento da mobilidade intestinal e urgência de micção e defecação.

Ainda salienta-se, que a tensão causada pela ansiedade provoca sintomas físicos bastantes perturbadores, tais como: espasmo e tremores, tensão muscular, fadiga, falta de ar, taquicardia, sudorese, secura da boca, tontura, náusea, diarreia, ondas de calor e arrepios de frio, micção frequente, dificuldade de concentração, nervosismo, insônia, irritabilidade e dificuldade para deglutir.

Os sintomas mais comuns em relação à ansiedade são: sensação de frio na barriga, taquicardia, sudorese, náuseas, tonturas, palpitações, tremores visíveis, tremores das mãos, pontadas no peito, sensação de fraqueza, diarréias, sensação de alfinetadas nos dedos dos pés e das mãos e ao redor da boca, podendo ocorrer também a síndrome da hiperventilação.

Dentre as possíveis consequências, as alterações do sistema cardiovascular, com aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, são as mais relevantes, principalmente nos pacientes com doenças sistêmicas. Com o aumento da ansiedade, a atividade do sistema nervoso autônomo (simpático) é acentuado promovendo aumento da liberação de adrenalina, que ativa os nociceptores aumentando a sensibilidade dolorosa. Nessas situações a liberação de catecolaminas, induz contração das artérias, aumentando a pressão arterial e elevação na frequência cardíaca.

Pessoas muito ansiosas e, principalmente, aquelas com pouca capacidade adaptativa, como por exemplo, portadores de alteração cardiovascular, podem sofrer perda súbita ou transitória da consciência (lipotimia), aumento significativo da pressão arterial ou ainda nos casos mais graves, ir a óbito por parada cardiorrespiratória.

## REVISÃO DA LITERATURA

Quando o sentimento de ansiedade ou medo ocorre diante da perspectiva da realização de tratamento odontológico, tem sido chamado de ansiedade odontológica, cuja intensidade varia de um paciente para outro ou até mesmo no próprio paciente em função do tipo de procedimento a que vai ser submetido.

A ansiedade ao tratamento odontológico é mais específica que a ansiedade geral, sendo uma resposta do paciente ao estresse típico da situação. Estes pacientes não formam um grupo homogêneo, apresentando diferenças em termos de origem e manifestações. KANEGANE (2007) dividiu os indivíduos ansiosos ao tratamento odontológico em 2 grupos: O endógeno, que compreende os indivíduos que têm vulnerabilidade a desenvolver algum distúrbio de ansiedade, e o exógeno que são aqueles que tiveram alguma experiência condicionante. Esta experiência pode ter sido adquirida tanto por vivência própria ou por modelos vindos de pais, parentes ou amigos.

Os procedimentos dentários podem de per si,

produzirem ansiedade, excitação e medo nos pacientes, constituindo uma barreira para a manutenção da saúde bucal. Esses sentimentos podem estar associados a experiências mal sucedidas em procedimentos odontológicos realizados na infância.

Segundo KUMAR (2009) a ansiedade dental apresenta um impacto significativo na qualidade da saúde bucal, e conseqüentemente na qualidade de vida. Pois, acaba fazendo com que, o paciente proteja a ida ao dentista, e passe a sofrer frequentemente com odontalgias e quando procura o consultório odontológico, muitas vezes o tratamento é mutilador, gerando uma baixa auto-estima no paciente.

Dentre as emoções, as mais preocupantes são o medo e a ansiedade, por desencadarem diferentes tipos de comportamento que irão interferir na relação profissional-paciente e ainda por causarem repercussões somáticas indesejáveis para a saúde integral do paciente.

Segundo ANDRADE, RANALI (2004), em um período de 10 anos ocorreram 30.608 casos emergenciais nas clínicas odontológicas dos Estados Unidos da América e boa parte deles sugerem estar associados à falta de controle das emoções dos pacientes, antes e durante o atendimento, induzindo a quadros de lipotimia, síncope vasodepressora, hiperventilação e alterações cardiovasculares.

Estudos têm demonstrado diferenças nas prevalências da ansiedade odontológica entre os gêneros, sendo que as mulheres normalmente são mais ansiosas que os homens, e que a ansiedade tende a declinar com o passar dos anos (BOTTAN *et al.*, 2007, CHAVES *et al.*, 2006, KANEGANE *et al.*, 2003).

Os procedimentos mais traumatizantes relacionados as experiências anteriores seria a exodontia, anestesia e tratamento endodôntico (KANEGANE *et al.*, 2003, OOSTERINK *et al.*, 2009). Outros relatos admitem não haver diferença estatisticamente significativa com relação à renda familiar e nível de instrução do paciente (MANIGLIA-FERREIRA *et al.*, 2004 e KANEGANE *et al.*, 2003).

O controle da ansiedade durante o tratamento odontológico deve ser realizado em diversas situações, quer seja durante, ou logo após a anestesia local. Desta forma, torna-se imprescindível, a utilização de métodos especiais que podem ser farmacológicos ou não, indo desde a descontração do paciente, utilizando musica ou à administração de medicação ansiolítica, quebrando o estresse, diminuindo o desgaste do profissional em

relação ao paciente, tornando o atendimento mais confortável.

A conduta básica para controle da ansiedade do paciente seria a verbalização, associadas a técnicas farmacológicas de relaxamento muscular ou de condicionamento psicológico. Estes protocolos preconizados para redução da ansiedade são muito eficazes pois possibilita a diminuição do volume de anestésico a ser utilizado durante as intervenções cirúrgicas, possibilitando a sedação consciente do paciente.

Também é bastante utilizada principalmente nos Estados Unidos e Europa a sedação inalatória, técnica que consiste na administração de proporções crescentes de óxido nitroso (N<sub>2</sub>O), associado ao oxigênio, até atingir o nível de sedação ideal para o paciente, proporcionando sensação de relaxamento e bem-estar, diminuindo a ansiedade frente aos procedimentos a serem executados.

No Brasil, os fármacos mais utilizados no controle da ansiedade em odontologia são os benzodiazepínicos, pois apresentam boa margem de segurança, eficácia e poucos efeitos colaterais. Além do alívio da ansiedade antes e durante o tratamento, podem facilitar o sono na noite anterior à consulta, reduzir o fluxo salivar e reflexo do vômito, manutenção da pressão arterial e da glicemia em níveis aceitáveis nos diabéticos e possibilidade de induzir amnésia anterógrada, desejada em muitos procedimentos cirúrgicos. BARRETO, PEREIRA (2008); ANDRADE, RANALI, (2004).

#### Avaliação dos níveis de Ansiedade

Uma das grandes questões que é colocada na abordagem da ansiedade é o problema da mensuração e quantificação. Dentre os vários instrumentos desenvolvidos para medir a ansiedade dentária - São três os instrumentos mais referidos na literatura : O *Dental AnxietyScale*(DAS) de Corah (CORAH, 1969), o *Dental FearSurvey*(DFS) de Kleinknecht (KLEINKNECHT *et al.*, 1973) e o *Dental AnxietyInventory*(DAI) de Stouthard (STOUTHARD *et al.*, 1990).

O *Dental AnxietyScale* é uma escala de cinco pontos com quatro itens. Cada item representa uma situação relacionada com a consulta odontológica e é solicitado ao paciente que assinale a resposta mais semelhante ao seu comportamento em cada situação. A escala é pontuada de 4 a 20, sendo que pontuações superiores a 15 são indicativas de níveis de ansiedade exacerbada. Esta Escala foi traduzida ao português por PEREIRA, RAMOS, CROSATO (1995).

O *Dental FearSurvey*, é uma escala de cinco pontos com 20 itens, que mede a ansiedade odontológica em 3 fatores: fuga de consultas odontológicas, sintomas somáticos da ansiedade e ansiedade provocada por estímulos odontológicos. É pontuada de 20 (ansiedade baixa) a 100 (ansiedade alta). Estes fatores são fiéis e estáveis em grupos distintos.

O *Dental Anxiety Inventory* é também uma escala constituída de cinco pontos, com 36 itens, pontuada de 36 (ansiedade baixa) a 180 (ansiedade alta). Esta escala mede a ansiedade odontológica através de três focos, são elas: tempo, situação e reação.

A respeito dessas escalas, ELI *et al.* (2004), comentaram serem elas igualmente capazes de diagnosticar o estado de ansiedade dos indivíduos mediante o tratamento odontológico. Porém, segundo NEWTON, BUCK (2000), a escala Corah, é a mais utilizada na literatura científica.

ANDRADE, RANALI (2004) recomendaram a utilização da escala de Corah na consulta inicial para conhecer o grau de ansiedade do paciente, pois se trata de um questionário simples e confiável.

A escala de ansiedade odontológica proposta por CORAH (1969) e traduzida por PEREIRA, RAMOS, CROSATO (1995), foi quantificada da seguinte maneira: **a = 1, b = 2, c = 3, d = 4, e = 5**. Conforme critérios adotado por CORAH (1969), somando-se os valores atribuídos a cada questão, o intervalo possível de pontuação poderá variar entre 4 e 20 pontos, sendo o nível de ansiedade classificado em nulo, baixo, moderado e exacerbado (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação do grau de ansiedade segundo a escala de CORAH (1969) e traduzida por PEREIRA, RAMOS, CROSATO (1995).	
Pontuação	Grau de Ansiedade
4	Nulo
5 a 10	Baixo
11 a 15	Moderado
16 a 20	Exacerbado

## RESULTADOS

Dos 60 pacientes entrevistados, verificou-se que 43 (71,7%) eram do gênero feminino e 17 (28,3%) do gênero masculino (Figura 1).



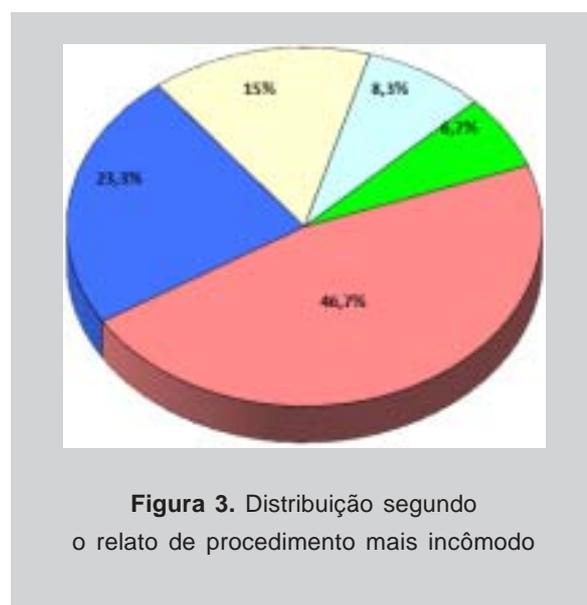
Os pacientes apresentaram idades variadas, entre 25 e 65 anos de idade. A renda familiar mensal foi de até 3 salários mínimos para 45 pacientes (75,0%), Para 12 (20,0%), a renda foi de 3 a 5 salários mínimos e para 3 (5,0%), foi maior que 5 salários mínimos (Figura 2).



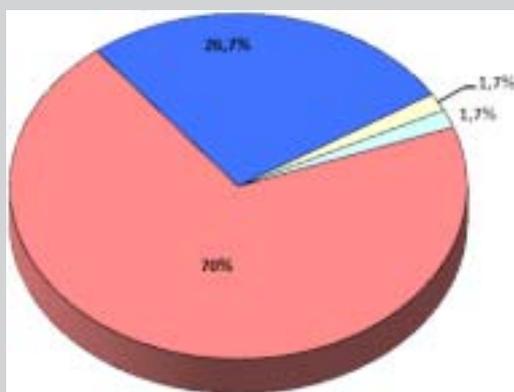
No tocante à escolaridade, 10 (16,7%) pacientes apresentaram 1º grau incompleto, 2 (3,3%) tinham 1º grau completo, 6 (10,0%) tinham 2º grau incompleto, 28 (46,7%) possuíam 2º grau completo, 7 (11,7%) tinham ensino superior incompleto.

Constatou-se nesta amostra, que 18 pacientes (30,0%) iam ao dentista a cada 6 meses, 4 (6,7%) não lembraram a última vez que foram ao dentista, 21 (35,0%) disseram procurar o dentista uma vez ao ano, 11 (18,3%) relataram procurar o dentista apenas quando sentiam dor e 6 (10,0%) falaram ir ao dentista a cada 2 anos.

O procedimento odontológico mais incômodo citado por 28 pacientes foi o motor de alta rotação representando (46,7%) dos entrevistados, a anestesia foi relatada por 14 (23,3%) pacientes, a intervenção cirúrgica por 5 (8,3%) pacientes, 4 (6,7%) relataram outros procedimentos e 9 (15,0%) relatam não haver nenhum procedimento que o incomodasse (Figura 3).



Observou-se que 42 (70,0%) dos pacientes apresentaram um nível baixo de ansiedade, 16 (26,7%) um nível moderado e apenas 1 (1,7%) paciente apresentou nível exacerbado de ansiedade e também 1 (1,7%) paciente apresentou nível nulo de ansiedade (Figura 4) Desta forma, 98,3% dos pacientes apresentaram algum grau de ansiedade.



**Figura 4.** Distribuição dos pacientes segundo o nível de ansiedade

Foi observado, que não houve associação significativa entre o gênero e o nível ansiedade ( $p = 0,566$ ).

Também foi constatado que não houve correlação significativa positiva entre idade e o nível de ansiedade ( $p = 0,652$ ).

Quando analisado a correlação existente entre a renda mensal familiar e o nível de ansiedade, também não foi verificada correlação significativa ( $p=0,791$ ).

Foi constatado que não houve associação significativa entre o grau de instrução dos pacientes e o nível ansiedade ( $p = 0,747$ ).

A frequência de visitas ao dentista não interferiu no nível de ansiedade dos pacientes, pois esta não foi significativa ( $p = 0,902$ ).

Quando analisado a correlação existente entre o procedimento odontológico que mais gerasse desconforto e o nível de ansiedade, não foi constatado nenhuma correlação significativa ( $p=0,515$ ).

## DISCUSSÃO

A ansiedade ao tratamento odontológico indubitavelmente se constitui num grande obstáculo, fazendo com que o paciente não busque assistência adequada no tempo correto, principalmente pela

possibilidade de sentir dor e sofrimento (BOTTAN *et al.* 2008).

Segundo FERREIRA (2008), MANIGLIA-FERREIRA, (2004), CHAVES (2006), BARRETO, PEREIRA (2008) os pacientes ansiosos evitam frequentemente o tratamento odontológico, independente do seu nível social ou escolaridade.

Na literatura pesquisada, a ansiedade provoca vários sintomas físicos bastante perturbadores, tais como: espasmo e tremores, tensão muscular, fadiga, falta de ar, sudorese, secura da boca, tontura, náusea, diarreia, ondas de calor e arrepios de frio, micção frequente, dificuldade de concentração, nervosismo, insônia, irritabilidade, dificuldade para deglutir aumento significativo da pressão arterial ou ainda nos casos mais graves, ir a óbito por parada cardiorrespiratória (MALAMED, 2007, BARRETO, PEREIRA, 2008).

Com relação aos métodos de avaliar a ansiedade, segundo NEWTON, BUCK (2000), a escala Corah, é a mais utilizada na literatura científica e foi traduzida ao português por PEREIRA, RAMOS, CROSATO em 1995.

Em nosso trabalho, os resultados em relação à ansiedade da população no geral, independente das variáveis, corroboram com os resultados encontrados por CHAVES (2006), BOTTAN *et al.* (2007) onde a prevalência de ansiedade foi significativamente alta. Já LOCKER, SHAPIRO, LIDDELL (1999), PETRY *et al.* (2006), KANEGANE (2007), SIVIERO *et al.* (2008), e HUMPHRIS *et al.* (2009), encontraram em suas pesquisas uma prevalência de ansiedade relativamente baixa.

Grande parte dos trabalhos revisados na literatura relatam uma maior prevalência de ansiedade em mulheres (TAANI, 2002, SIVIERO *et al.*, 2008, CHAVES, 2006, KUMAR *et al.*, 2009 e HITTNER, HEMMO, 2009). O resultado encontrado neste trabalho é semelhante ao de LOCKER, SHAPIRO, LIDDELL (1999), MANIGLIA-FERREIRA (2004), KANEGANE (2006), SANTOS *et al.* (2007), KANEGANE (2007) e HUMPHRIS *et al.* (2009), no qual não houve diferença entre os gêneros. Apesar das mulheres serem classificadas como ansiosas e numericamente maior que o dos homens, proporcionalmente não houve diferença entre os gêneros.

Assim como no trabalho realizado por

THOMSON *et al.*, (2009), em seu estudo contínuo ao longo do tempo, e KANEGANE *et al.* (2003), CHAVES *et al.*, (2006) KANEGANE (2007), não se observou a influência da idade no grau de ansiedade. Nos trabalhos que conseguem relacionar a faixa etária com a ansiedade, há divergências, pois, HITTNER, HEMMO, (2009), HUMPHRIS *et al.*, (2009), e BOTTAN *et al.*, (2007) em seus resultados, os jovens apresentaram-se mais ansiosos, pois segundo eles, pode estar relacionado com a menor probabilidade de contato com o tratamento odontológico e menor conhecimento sobre o que pode ocorrer durante o tratamento, gerando maior ansiedade por antecipação do evento, enquanto KUMAR *et al.* (2009) em seu trabalho com a população indiana, relata serem mais ansiosos as pessoas de maior idade, demonstrando que esse fator idade pode estar associado à cultura.

HITTNER, HEMMO (2009) afirmam que a menor renda esta associada a um grau maior de ansiedade, porém a análise dos dados deste trabalho relativos à renda familiar e ao grau de escolaridade produziu resultados similares aos encontrados por KANEGANE *et al.* (2003), MANIGLIA-FERREIRA *et al.*, (2004), CHAVES *et al.*, (2006) e HUMPHRIS *et al.*, (2009), relatam não haver diferença estatisticamente significantes entre as populações de maior e menor renda nem tão pouco entre as populações de grau de escolaridades diferentes.

Maior poder aquisitivo e acesso às informações não foram suficientes para evitar o desenvolvimento de um sentimento negativo relacionado ao tratamento odontológico nesta amostra. No entanto, a amostra estudada envolve pequeno número de indivíduos com renda familiar e grau de escolaridade alta. A ampliação do número destes indivíduos na amostra poderia contribuir para um melhor entendimento da influência destas características sobre a ansiedade ao tratamento odontológico.

Quanto à frequência de visita ao dentista, o nosso resultado é oposto ao encontrado por TAANI (2002), SOHN, ISMAIL (2005), CHAVES (2006), KANEGANE(2006) e BOTTAN *et al.*(2008) onde os pacientes mais ansiosos demoraram mais para ir ao

dentista, indo apenas quando sentiam dor. Diferente de nossos resultados, pois, de todos os pacientes, 65% relataram ir ao dentista no mínimo 1 ou 2 vezes ao ano o que sugere que a frequência de visitas ao dentista não está conseguindo fazer com que os mesmos diminuam essa ansiedade.

Ser anestesiado e motor de alta rotação foram os mais citados, como as situações que mais provocam ansiedade para os pacientes em atendimento de rotina. Há uma concordância com o trabalho de DOEBLING, ROWE (2000), KANEGANE *et al.* (2006) e SANTOS *et al.*(2007), que também encontraram o medo de injeções e motor de alta rotação como o mais citado como gerador de ansiedade. Isso mostra que mesmo com os avanços tecnológicos, a odontologia moderna ainda não conseguiu produzir instrumentos que causem menos desconforto ao paciente, visto que estes dois itens são indispensáveis para uma grande quantidade de procedimentos.

Seria interessante a presença de um método fisiológico de identificação da ansiedade associado a esses questionários para que realmente comprove a sua eficiência e confiabilidade.

## CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos, podemos concluir que:

A prevalência da ansiedade ao tratamento odontológico foi alta;

Na amostra estudada, a ansiedade não está relacionada a fatores socioculturais como o gênero, idade, renda familiar ou grau de instrução;

A frequência de consultas ao dentista não esta relacionada com o nível de ansiedade dos pacientes;

A ansiedade não está relacionada aos procedimentos odontológicos que mais causasse desconforto ao paciente;

Literalmente conclui-se que a ansiedade odontológica é uma característica peculiar e temor individualizado de cada paciente.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994. 583. p
- ANDRADE ED, RANALLI J. Emergências Médicas em Odontologia -. Artes Médicas, 2 ed. 2004. 188.p
- BARRETO RC, PEREIRA GAS. Farmacoterapia na clínica Odontológica. 1ª Ed. Editora Universitária (UFPA). João Pessoa, 2008. 472.p
- BOTTAN ER, OGLIO JD, ARAÚJO SM. Ansiedade ao Tratamento Odontológico em Estudantes do Ensino Fundamental. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 7(3):241-246, 2007.
- BOTTAN ER, PELEGRINI F, STEIN JC, FARIAS MMGA, ARAÚJO SM. Relação entre consulta odontológica e ansiedade ao tratamento odontológico: estudo com um grupo de adolescentes. *RSBO. Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, 5(3):27-32, 2008.
- CHAVESAM, LOFFREDO LCM, VALSECKI JRA, CHAVES OM, CAMPOS JADB. Estudo epidemiológico da ansiedade dos pacientes aotratamento odontológico. *Rev Odontol UNESP*, 35(4):263-68, 2006.
- CHAVES DI. Efeito da ocitocina sobre a ansiedade experimental induzida em voluntários saudáveis. [Dissertação de mestrado] – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007, 84p.
- CORAH NL. Development of a Dental Anxiety Scale. *J Dent Res*; 48(4):596, 1969.
- DOEBLING S, ROWE M. Negative perceptions of dental stimuli and their effects on dental fear. *Journal of dental Hygiene*, 74(2):110-116. 2000.
- FERREIRA MA, MANSO MC, GAVINHA S. Ansiedade e Fobia Dentária - Avaliação psicométrica num estudo transversal. *Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial*, 49(2):77-86, 2008.
- GAMBA CG. Avaliação da eficácia de dois protocolos farmacológicos de controle da ansiedade em um centro de especialidades odontológicas (CEO). [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 67.p, 2008.
- GATCHEL RJ, INGRERSOLL BD, BOWMAN L, ROBERTSON MV, WALTER C. The prevalence of dental fear and avoidance: a recente survey study. *J Am Dent Assoc*. 107(15):609-610, 1983.
- HITTNER JB, HEMMO R. Psychosocial Predictors of Dental Anxiety. *J Health Psychol*, 1(14):53-59, 2009.
- HUMPHRIS GM, DYER TA, ROBINSON PG. The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BMC Oral Health*, doi: 10.1186/1472-6831-9-20, 2009 Aug 26.
- KANEGAN K, PENHA SS, BORSATTI MA, ROCHA RG. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 37(6):786-792, Dezembro, 2003.
- KANEGANE K. Ansiedade ao tratamento odontológico de urgência e a sua relação com a dor e os níveis de cortisol salivar [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 86.p, 2007.
- KLEINKNECHT RA, KLEPAC RK, ALEXANDER LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc*; 86(4):842, 1973.
- KRITSIDIMA M, NEWTON T, ASIMAKOPOULOU K. The effects of lavender scent on dental patient anxiety levels: a cluster randomized-controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol*, 38(1):83-87, 2010.
- KUMAR S, BHARGAV P, PATEL A, BHATI M, BALASUBRAMANYAM G, DURAISWAMY P, KULKARNI S. Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in Udaipur district, India. *J Oral Sci*, 51(2):245-254, 2009.
- LAHMANN C, SCHOEN R, HENNINGSSEN P, RONEL J, MUEHLBACHER M, LOEW T, TRITT K, NICKEL M, DOERING S. "Brief relaxation versus music distraction in the treatment of dental anxiety: a randomized controlled clinical trial.", *J Am Dent Assoc*, 139, (3):317-324, 2008.
- LARINI L. Fármaco & Medicamentos. São Paulo: Artmed, 404 p. 2008.
- LAZARUS RS. Stress and Emotion: a new synthesis. London: Free Association Books; Cap. 9, p 216-255, 1999.
- LOCKER D, SHAPIRO D, LIDDELL A. Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol*; 24(5):346-350, 1996.
- LOPES PN, PONCIANO E, PEREIRA A, MEDEIROS JA, KLEINKNECHT RA. Psicometria da Ansiedade Dentária: Avaliação das Características Psicométricas de uma Versão Portuguesa do Dental Fear Survey. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac*; 45(3):133-146, 2004.
- MALAMED SF. Medical Emergencies in Dental Office. 6.ed., Mosby, ST Louis: Mosby; 2007.
- MANIGLIA FC, GURGEL FED, VALVERDE GB MOURA EH, DEUS G; COUTINHO TF. Ansiedade odontológica: nível, prevalência e comportamento. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 17(2):51-55, 2004.
- MEHRSTED T M, JOHN MT, TONNIES S, MICHEELIS W. Oral health-related quality of life in patients with dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol*; 35(5):357-363, 2007.
- NEWTON JT, BUCK DJ. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *J Am Dent Assoc*; 131(10):1449-1457, 2000.
- OLIVEIRA MMT, COLARES V, CAMPIONI, A. Ansiedade, dor e desconforto relacionado à saúde bucal em crianças menores de 5 anos. *Odontologia. Clín-Científ*, Recife, 8(1):47-52, jan/mar. 2009.
- OLIVEIRA PC, ZANNETA BD, SOUZA HJ, BATISTA JD, RANALI J, COSTA MDMA, AZEVEDO PC; "Avaliação do nível de ansiedade e dor de pacientes em urgências endodônticas e sua influencia sobre parâmetros cardiovasculares." *Ciencodontol Bras*, 10(4):70 -75, 2007.

31. OOSTERINK FMD, JONGH, DA, AARTMAN IHA. Negative events and their potential risk of precipitating pathological forms of dental anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(6):451- 457, 2009.
32. PEDROSA GWH, FERREIRA CM, GURGEL FED, FRONER IC, DEUS G, COUTINHO FT. Avaliação da ansiedade odontológica em pacientes submetidos ao tratamento de urgência odontológica, *Stoma*; 64(1):14-17, 2002.
33. PEREIRA LHMC, RAMOS DLP, CROSATO E. Ansiedade e dor em odontologia – enfoque psicofisiopatológico. *Rev Assoc Paul Cir Dent*; 49(4):285-90. 1995.
34. PETRY PC, TOASSI RF, SCOTAACP, FOCHESSATTO S. Ansiedade do paciente idoso frente ao tratamento odontológico. *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia*, 54(1):191-194, 2006.
35. SANTOS PA, CAMPOS JADB, MARTINS CS. Avaliação do sentimento de ansiedade frente ao atendimento odontológico. *Revista UNIARA*, 20(4):189-202, 2007.
36. SIVIERO M, NHANI VT, PRADO EFGB. Análise da ansiedade como fator preditor de dor aguda em pacientes submetidos a exodontias ambulatoriais. *Rev Odontol UNESP*, 37(4):329-336, 2008.
37. SOHN W, ISMAIL AI. Regular dental visits and dental anxiety in an adult dentate population. *J Am Dent Assoc*; 136(1):58-66, 2005.
38. STOUTHARD ME, HOOGSTRAATEN J. Prevalence of dental anxiety in The Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol*; 18(3):139-142, 1990.
39. TAANI DSQ. Dental anxiety and regularity of dental attendance in younger adults. *Journal of Oral Rehabilitation*, 29(6):604-608, 2002.
40. TELLES CD, BARBOSA A. Ansiedade e depressão em medicina: Modelos teóricos e avaliação. *Acta Med Port.*; 22(1):89-98, 2009.
41. THOMSON WM, BROADBENT JM, LOCKER D, POULTON R. Trajectories of dental anxiety in a birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol*; 37(3):209–219. 2009.

**Correspondência**

Rosimar de Castro Barreto  
Rua: Juiz João Navarro Filho - 333 - Bessa  
João Pessoa - Paraíba - Brasil  
CEP: 58.037-108  
E-mail: rebrasa@ccs.ufpb.br