

Tainara Carvalho Mesquita

Avaliação pré e transoperatória do nível de ansiedade e sinais vitais em pacientes submetidos a extração de terceiros molares inferiores inclusos.

Brasília
2017

Tainara Carvalho Mesquita

Avaliação pré e transoperatória do nível de ansiedade e sinais vitais em pacientes submetidos a extração de terceiros molares inferiores inclusos.

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: Prof. Dr. André Luís Vieira Cortez

Co-orientador: Esp. Hugo Cunha

Brasília
2017

À minha família.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus e a Nossa Senhora por ter colocado em mim o sonho de ter uma profissão que contribua com a felicidade do próximo e, que me iluminou para que eu permanecesse com esse sonho. Agradeço aos meus pais, Joaquim e Maria Neide, que sempre me apoiaram e fizeram de tudo para que meu sonho fosse realizado. Agradeço às minhas irmãs, Heloisa, Maria Eduarda e Manuella que de uma forma ou outra, me apoiaram, me ajudaram e influenciaram na pessoa que sou hoje. Agradeço a Heloísa e ao meu cunhado, Jean, que me ajudaram na resolução do meu TCC. Agradeço às minhas amigas, Jenyffer e Lunara, pelo apoio em todos esses 12 anos de amizade. Agradeço ao meu namorado, Matheus, que mesmo com a distância, me apoiava quando eu estava desabando, me dando a certeza que eu era capaz e que iria dar certo. Agradeço aos meus amigos de faculdade Gustavo, Isadora, Lucas, Larissa, André, Ygor, Rebeca por terem me ajudado durante a graduação. Agradeço à minha parceira de clínica, Jessica Bruna, que mesmo nas desavenças, teve muita paciência comigo e me mostrou como ser um ser humano melhor. Agradeço aos professores, que sempre tiveram paciência para ensinar e mostrar que a Odontologia é uma profissão apaixonante, mas que nem tudo é fácil. Agradeço ao meu Orientador, André Cortez, que serviu como um exemplo de profissional que quero ser, sendo ético, proativo, simpático e dedicado. Agradeço ao Professor Hugo, que me propôs esse tema, me convidou para participar da sua pesquisa e me ajudou em tudo que eu precisei. Enfim, agradeço a todos que, de uma forma ou outra, contribuíram para a realização desse sonho.

EPÍGRAFE

“O conhecimento torna a alma jovem e diminui a amargura da velhice. Colhe, pois, a sabedoria. Armazena suavidade para o amanhã.”
Leonardo da Vinci

RESUMO

MESQUITA, T.C. Avaliação pré e transoperatória do nível de ansiedade e sinais vitais em pacientes submetidos a extração de terceiros molares inferiores inclusos. 2017. Trabalho de Conclusão de curso (Curso de graduação de Odontologia), Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília.

Objetivos: Avaliar o estado de ansiedade odontológica previamente a extração de terceiros molares inferiores inclusos e monitorar os sinais vitais (pressão arterial, saturação de oxigênio, pulso) no transoperatório a fim de observar a relação entre o estado de ansiedade, estímulos externos e sinais vitais. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional, a fim de avaliar previamente o nível de ansiedade odontológica e o monitoramento transoperatório dos sinais vitais em 32 pacientes que obedeciam aos critérios de inclusão, porém 5 não tiveram dados avaliados por diferentes motivos. Para a avaliação do nível de ansiedade, a escala de Corah modificada foi utilizada em dois momentos, previamente às extrações tanto no primeiro procedimento, quanto no segundo, com pelo menos 3 semanas de intervalo entre elas. Os sinais vitais (pressão arterial, pulso, saturação de oxigênio) foram verificados durante o atendimento, em três momentos: pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. **Resultados:** Os valores analisados mostraram que as mulheres foram mais ansiosas que os homens. Do total da amostra, 25% foi constituída por mulheres que apresentaram ansiedade leve na primeira extração. Já na segunda extração, 40% da amostra total foi constituída por mulheres com ansiedade moderada. 18% dos pacientes apresentaram um leve grau de ansiedade e dor moderada. Na comparação da ansiedade entre a primeira e a segunda extração, notou-se um aumento no número de pacientes levemente ansiosos e diminuição de pacientes extremamente ansiosos. Foi observado que, no presente estudo, a relação da ansiedade odontológica interferiu apenas na alteração da pressão arterial. **Conclusão:** A ansiedade interfere nos procedimentos odontológicos. A relação paciente-profissional atua diretamente no comportamento psicológico do paciente, diminuindo ou aumentando a segurança, a ansiedade e/ou o medo odontológico.

ABSTRACT

MESQUITA, T.C. Pre and intraoperative evaluation of anxiety level and vital signs in patients who underwent included third molar extraction. 2017. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

Objectives: To evaluate the state of dental anxiety prior to extraction of included lower third molars and to monitor the vital signs (blood pressure, oxygen saturation, pulse) in the intraoperative period in order to observe the relationship between the state of anxiety, external stimuli and vital signs. **Methods:** An observational study was conducted in order to previously assess the level of dental anxiety and the monitoring of vital signs in 32 patients who fulfilled the inclusion criteria, but 5 of them did not have data evaluated for different reasons. For the assessment of anxiety level, the modified Corah scale was used in two moments, prior to extractions in both the first and second procedures, with at least 3 weeks between them. The vital signs (blood pressure, pulse, oxygen saturation) were verified during the care, in three moments: preoperative, transoperative and postoperative. **Results:** The analyzed values showed that the women were more anxious than the men. Of the total sample, 25% consisted of women who presented mild anxiety at the first extraction. In the second extraction, 40% of the total sample consisted of women with moderate anxiety. 18% of the patients presented a mild degree of anxiety and moderate pain. In the comparison of anxiety between the first and second extraction, there was an increase in the number of slightly anxious patients and a decrease in extremely anxious patients. In the present study, we did observe that dental anxiety alterate only blood pressure measurement. **Conclusion:** Anxiety interferes with dental procedures. The patient-professional

relationship acts directly on the patient's psychological behavior, decreasing or increasing safety, anxiety and/or fear of dentistry.

SUMÁRIO

Artigo Científico	17
Folha de Título	19
Resumo	21
Abstract	23
Introdução.....	25
Metodologia	29
Resultados	32
Discussão	39
Conclusão.....	43
Referências	45
Anexos.....	49
1. Aprovação pelo Comitê de Ética.....	49
2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	50
3. Escala de Corah Modificada	52
4. Escala Qualitativa de Dor	53
5. Ficha Clínica	54
6. Normas da Revista	55

ARTIGO CIENTÍFICO

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

MESQUITA, T. C; CORTEZ, A. L. V.; CUNHA, H. S.

Avaliação pré e transoperatória do nível de ansiedade e sinais vitais em pacientes submetidos a extração de terceiros molares inferiores inclusos.

Apresentado sob as normas de publicação - The Journal of Evidence-based Dental Practice.

FOLHA DE TÍTULO

Avaliação pré e transoperatória do nível de ansiedade e sinais vitais em pacientes submetidos a extração de terceiros molares inferiores inclusos.

Pre and intraoperative evaluation of anxiety level and vital signs in patients who underwent included third molar extraction.

Tainara Carvalho Mesquita¹

André Luís Vieira Cortez²

Hugo Santos Cunha³

¹ Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

² Professor Adjunto do Departamento de Odontologia – Área de Cirurgia - Universidade de Brasília (UnB).

³ Especialista em Implantodontia e Mestrando em Ciências da Saúde - Universidade de Brasília (UnB).

Correspondência: Prof. Dr. André Luís Vieira Cortez.

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

E-mail: andrecortez@hotmail.com / Telefone: (61) 3273-8897.

RESUMO

Objetivos

Avaliar o estado de ansiedade odontológica previamente a extração dos terceiros molares inferiores inclusos e monitorar os sinais vitais (pressão arterial, saturação de oxigênio, pulso) no transoperatório a fim de observar a relação entre o estado de ansiedade, estímulos externos e sinais vitais.

Métodos

Foi realizado um estudo observacional, a fim de avaliar previamente o nível de ansiedade odontológica e o monitoramento transoperatório dos sinais vitais em 32 pacientes que obedeciam aos critérios de inclusão, porém 5 não tiveram dados avaliados por diferentes motivos. Para a avaliação do nível de ansiedade, a escala de Corah modificada foi utilizada em dois momentos, previamente às extrações tanto no primeiro procedimento, quanto no segundo, com pelo menos 3 semanas de intervalo entre elas. Os sinais vitais (pressão arterial, pulso, saturação de oxigênio) foram verificados durante o atendimento, em três momentos: pré-operatório, transoperatório e pós-operatório.

Resultados

Os valores analisados mostraram que as mulheres foram mais ansiosas que os homens. Do total da amostra, 25% foi constituída por mulheres que apresentaram ansiedade leve na primeira extração. Já na segunda extração, 40% da amostra total foi constituída por mulheres com ansiedade moderada. 18% dos pacientes apresentaram um leve grau de ansiedade e dor moderada. Na comparação da ansiedade entre a primeira e a segunda extração, notou-se um aumento no número de pacientes levemente ansiosos e diminuição de pacientes extremamente ansiosos. Foi observado que, no presente estudo, a relação da ansiedade odontológica interferiu apenas na alteração da pressão arterial.

Conclusão

A ansiedade interfere nos procedimentos odontológicos. A relação paciente-profissional atua diretamente no comportamento psicológico do paciente, diminuindo ou aumentando a segurança, a ansiedade e/ou o medo odontológico.

Palavras-chave: dentes inclusos, ansiedade odontológica, escala de ansiedade, cirurgia oral, ansiedade e sinais vitais.

ABSTRACT

Pre and intraoperative evaluation of anxiety level and vital signs in patients who underwent included third molar extraction.

Abstract

Objectives:

To evaluate the state of dental anxiety prior to extraction of included lower third molars and to monitor the vital signs (blood pressure, oxygen saturation, pulse) in the intraoperative period in order to observe the relationship between the state of anxiety, external stimuli and vital signs.

Methods:

An observational study was conducted in order to previously assess the level of dental anxiety and the monitoring of vital signs in 32 patients who fulfilled the inclusion criteria, but 5 of them did not have data evaluated for different reasons. For the assessment of anxiety level, the modified Corah scale was used in two moments, prior to extractions in both the first and second procedures, with at least 3 weeks between them. The vital signs (blood pressure, pulse, oxygen saturation) were verified during the care, in three moments: preoperative, transoperative and postoperative.

Results:

The analyzed values showed that the women were more anxious than the men. Of the total sample, 25% consisted of women who presented mild anxiety at the first extraction. In the second extraction, 40% of the total sample consisted of women with moderate anxiety. 18% of the patients presented a mild degree of anxiety and moderate pain. In the comparison of anxiety between the first and second extraction, there was an increase in the number of slightly anxious patients and a decrease in extremely anxious patients. In the present study, we did observe that dental anxiety alterate only blood pressure measurement.

Conclusion:

Anxiety interferes with dental procedures. The patient-professional relationship acts directly on the patient's psychological behavior, decreasing or increasing safety, anxiety and/or fear of dentistry.

Keywords:

Included teeth, dental anxiety, anxiety scale, oral surgery, anxiety, vital signs.

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios, o medo e a ansiedade são impasses nos atendimentos odontológicos. Mesmo com a evolução tecnológica dos equipamentos utilizados na Odontologia, a ansiedade e o medo continuam presentes no cotidiano do paciente e do profissional.¹

Segundo Medeiros (2013) o medo é o temor diante de algo concreto, que seja um perigo real, externo e que ameace a integridade física e/ou psicológica do indivíduo sendo um estado emocional de alerta.² O medo também pode ser definido como uma sensação persistente e irracional, sendo resultado da compulsão para evitar uma situação específica.³ Já a ansiedade, é caracterizada por uma situação incerta e desconhecida em que o indivíduo percebe que algo desagradável está prestes a acontecer e apresenta uma reação a esse sentimento. A ansiedade pode ser dividida em dois tipos: a fisiológica, cujo paciente apresenta uma reação natural ao estímulo com respostas apropriadas; e a patológica, em que ocorre mudanças na homeostasia do corpo alterando os sinais vitais (frequência cardíaca, temperatura, frequência respiratória, pressão arterial).³ Alguns sinais e manifestações podem ser perceptíveis em pacientes com elevado nível de ansiedade, como: queixa verbal, inquietação, agitação, midríase, palidez da pele, transpiração excessiva, sensação de formigamento das extremidades, hiperventilação, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, choro e distúrbios gastrintestinais.⁴

Quando o sentimento de ansiedade ou medo ocorre diante da perspectiva do tratamento odontológico, este transtorno psicológico tem sido denominado de ansiedade odontológica, cujo grau de intensidade pode variar de um paciente para outro ou até no mesmo paciente, em função da complexidade do procedimento.² Esses sentimentos aversivos diante o cirurgião dentista, são tidos como um dos mais frequentes e mais intensamente vivenciados.^{5,6} Dentre os procedimentos mais predisponentes à ansiedade, as cirurgias odontológicas e, principalmente, exodontias de terceiros molares se destacam.⁷

A etiologia da ansiedade odontológica apresenta vários fatores que vão desde fatores genéticos à fatores ambientais,

incluindo fatores congênitos, traumas e experiências odontológicas passadas negativas.⁸ As experiências passadas odontológicas têm grande influência no nível de ansiedade, podendo ser diretas ou indiretas. A direta, o próprio paciente teve a experiência negativa e, a indireta, pessoas próximas ao paciente (pais, irmãos, amigos) relataram uma experiência negativa.⁵ Fatores ambientais como os sons e vibrações dos instrumentos rotatórios, movimentos bruscos do profissional e a anestesia local, que é relatada como procedimento mais estressante no consultório odontológico, também influenciam diretamente no nível de ansiedade do paciente.

Além desses fatores, o nível de ansiedade pode ser afetado por outras variáveis como sexo, idade e nível de escolaridade.⁹ Estudos anteriores relatam que as mulheres apresentam níveis de ansiedade maiores que os homens.^{12,13,14} Analisando a faixa etária, esta é afetada de forma variável sendo que alguns estudos mostram que a ansiedade está mais presente na faixa etária de jovens a idosos, sendo mais frequente em grupos etários mais velhos.¹⁴ Com relação ao nível de escolaridade, alguns estudos apresentam relação em que pessoas com baixo nível de escolaridade possuem um elevado nível de ansiedade¹⁴ e outros, porém não encontraram essa relação.^{9,15}

O tratamento em pacientes com medo e ansiedade de origem odontológica é difícil para os profissionais dessa área. Os cirurgiões dentistas podem se tornar ansiosos e ao lidar com esses pacientes, podem se deparar com problemas e ter como consequências: dificuldade do condicionamento e cooperação do paciente durante o tratamento; prejuízo na relação profissional/paciente; exigências de maiores cuidados do profissional durante o planejamento e execução dos procedimentos clínicos, buscando conscientizar o paciente da importância de sua saúde a cada sessão; e em determinados momentos fazer uso de ansiolíticos como auxílio em procedimentos mais invasivos. Todos os procedimentos devem ser previamente esclarecidos e autorizados pelo paciente, para que a relação de confiança permaneça.²⁵ Por isso, o atendimento de pacientes ansiosos, muitas vezes demandam mais tempo pois, é necessário condicionar o paciente para que esse se torne cooperativo.¹⁰ Logo, o controle da ansiedade otimiza o tratamento odontológico, uma vez que o paciente tranquilo se torna mais

cooperativo e confiante ao tratamento proposto.¹⁹ O controle da ansiedade à partir da utilização da sedação oral ou da sedação consciente, pode beneficiar pacientes com elevado grau de ansiedade (moderadamente e extremamente ansiosos) gerando maior conforto durante o atendimento.²⁴

Muitas pessoas associam o tratamento odontológico à dor, gerando ansiedade e medo. A literatura mostra que o estresse gerado pela ansiedade frente ao tratamento, diminui a tolerância a dor¹¹, aumentando ainda mais a ansiedade do paciente fazendo com que ocorra a fuga ao tratamento. As evasões a consultas odontológicas apenas adiam e transformam procedimentos que antes eram menos invasivos em procedimentos mais invasivos.⁸ Com isso, a tendência dessas pessoas é procurar atendimento odontológico quando apresentarem sintomatologia dolorosa o que dificulta o atendimento e o manejo do paciente, além de poder transformar o problema, pelo tempo perdido, em um grau mais complexo para sua resolução. No estudo de Maniglia-Ferreira (2004), constatou-se que grande parte da população evita consultas odontológicas de rotina, buscando atendimento odontológico apenas quando há necessidade real de tratamento, isto é, quando apresentam sinais e sintomas clínicos como dor, edema e fístula.²⁵

Berggren & Meynert (1984)¹⁶ e outros autores^{1,17}, propuseram um círculo vicioso da ansiedade odontológica que se inicia com o paciente evitando a causa da ansiedade, relacionada com os cuidados dentários, seguido por uma subsequente deterioração na saúde oral e outras consequências psicossociais como baixa auto-estima, depressão, sentimento de vergonha e inferioridade. (Fig.1)



Figura 1 - O círculo vicioso de Berggren & Meynert (1984) da ansiedade odontológica.¹⁶

Em cirurgias orais, o uso de anestesia local e/ou instrumentos rotatórios aumentam significativamente o grau de ansiedade do paciente, sendo considerado(s) o(s) procedimento(s) que mais gera(m) ansiedade entre todos.^{21,22,27} Por essas razões, a literatura mostra que a extração de terceiros molares inferiores inclusos eleva o nível de ansiedade^{11,23} e, as informações dadas ao paciente como necessidade de odontosecção e ostectomia influenciam na ansiedade pré-operatória.²³

Vale ressaltar que pacientes com elevado grau de ansiedade tendem a requerer maior tempo de cirurgia e apresentam a recuperação pós-operatória mais lenta.²⁶

Estudos mostram que cerca de 75% das emergências médicas em consultório odontológico estão relacionadas à ansiedade. Desse modo, é de fundamental importância a identificação e o controle da ansiedade dos pacientes.²⁴

O objetivo do presente estudo foi de avaliar a ansiedade odontológica previamente ao procedimento cirúrgico e monitorar os sinais vitais no pré, trans e pós-operatório a fim de verificar possíveis relações entre o grau de ansiedade, estímulos externos e sinais vitais.

METODOLOGIA

Para a realização da presente pesquisa, a mesma foi submetida à avaliação do comitê de ética da Faculdade de Ciências da Saúde, sendo aprovado sob o número 1.530.696 (Anexo 1).

No estudo, 32 pacientes compareceram à Clínica Odontológica do Hospital Universitário de Brasília (HUB), no setor da Cirurgia Bucomaxilofacial e, de acordo com os critérios de inclusão, foram selecionados para participarem da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: ter indicação para a exodontia bilateral de terceiro molar inferior e estes estarem numa mesma posição na mandíbula tal que configure os mesmos critérios de classificação propostos por Pell & Gregory (1942)¹⁸, devendo todos serem pacientes ASA I (saudáveis), não fumantes, sem uso de medicações e/ou alterações sistêmicas que pudessem interferir no andamento do procedimento cirúrgico sob anestesia local ou no processo de reparo/cicatrização pós-operatório. Após a consulta inicial e a avaliação radiográfica, os pacientes eram informados sobre a pesquisa e assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Anexo 2. Como no presente estudo haviam pacientes menores de idade, os responsáveis legais assinaram o termo de consentimento. A avaliação radiográfica foi realizada por meio da radiografia panorâmica e em alguns casos, quando necessário, com o uso da tomografia computadorizada de feixe cônico (avaliação dente e a sua relação com o feixe neurovascular alveolar inferior).

Com os critérios de inclusão estabelecidos e a assinatura do TCLE, a escala de Corah modificada – *Dental Anxiety Scale* (DAS – Anexo 3) foi aplicada ao paciente que mensurou o nível de ansiedade frente ao tratamento odontológico por meio de um questionário que classificava o paciente de acordo com suas respostas. **(Figura 2)**

Escala de Ansiedade

Esta escala é uma maneira de mensurar o grau de ansiedade no momento pré-operatório.
Por favor, marque com um "X" a resposta que mais se identifica com a sua condição.

1 - Você fará uma cirurgia bucal. Como se sente?

() Tudo bem, não me importo
() Estou ligeiramente preocupado
() Sentindo um maior desconforto
() Estou com medo do que pode acontecer
() Estou muito apreensivo, nem dormir direito

2 - Quando você se encontra na sala de espera, esperando ser chamado pelo dentista, como se sente?

() Tranquilo, relaxado
() Um pouco desconfortável
() Tenso
() Ansioso ou com medo
() Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal

3 - Quando você já se encontra na cadeira do dentista, aguardando que ele comece a fazer a anestesia local, como se sente?

() Tranquilo, relaxado
() Um pouco desconfortável
() Tenso
() Ansioso ou com medo
() Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal

4 - Você já se encontra anestesiado. Enquanto aguarda o dentista pegar os instrumentos para começar a cirurgia, como se sente?

() Tranquilo, relaxado
() Um pouco desconfortável
() Tenso
() Ansioso ou com medo
() Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal

Figura 2. Escala de ansiedade modificada – Escala de Corah.

A escala de ansiedade é composta por quatro questões com cinco possíveis respostas, sendo cada resposta um valor a ela atribuído no qual, ao final, a soma dos valores fornecidos pelas perguntas multi-itens, determinava o nível de ansiedade do paciente. O somatório podia variar entre 4 a 20 pontos e

classificava o paciente em: pouco ansioso (até 4 pontos), levemente ansioso (de 5 à 10 pontos), moderadamente ansioso (de 11 à 15 pontos) e extremamente ansioso (de 16 à 20 pontos). Segundo Lisboa *et al.* (2012)⁷, a DAS é instrumento de boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste, sendo um instrumento confiável para avaliar as características dos pacientes ansiosos. Considerando a avaliação do nível de ansiedade do paciente em cada sessão e a fim de comparar a resposta nos dois momentos, o questionário foi aplicado duas vezes sendo um para cada lado extraído em sessões diferentes com intervalo de, pelo menos, 3 semanas e aplicados previamente procedimento, quando o paciente estava na sala de espera da clínica.

Após o preenchimento do questionário de ansiedade, os sinais vitais como: pressão arterial (sistólica e diastólica), pulso (frequência cardíaca) e saturação de oxigênio, foram monitorados por meio do medidor de pressão digital e do oxímetro de dedo. O monitoramento ocorreu nos seguintes momentos: previamente ao procedimento cirúrgico (pré-operatório), 10 minutos após a anestesia (transoperatório) e ao final do procedimento (pós-operatório).³²

Para a realização do procedimento, o paciente foi orientado a tomar a medicação seguindo o protocolo pré-operatório utilizado na Clínica Odontológica do Hospital Universitário de Brasília (HUB), no setor da Cirurgia Bucomaxilofacial. O protocolo é utilizado para extrações de dentes inclusos e faz uso de profilaxia antibiótica (Amoxicilina 1g; em caso de paciente alérgicos, Clindamicina 600mg) e o uso de Dexametasona 8mg. O procedimento cirúrgico foi feito por um único operador e com a mesma técnica cirúrgica.

Após o procedimento, foi entregue ao paciente a escala qualitativa de dor que foi utilizada para avaliação da dor apresentada. O paciente foi instruído a preencher a escala após passado o efeito da anestesia e sem o uso de medicações analgésica e/ou anti-inflamatória pós-operatórias.

Os dados coletados foram tabulados no programa de planilha e base de dados – Microsoft Office Excel – e transformados em gráficos e tabelas.

RESULTADOS

Foram incluídos 32 pacientes no estudo, contudo, a amostra foi reduzida para 27, em função de desistência do participante ou ausência de informações essenciais à pesquisa. Dos 27 pacientes restantes, o estudo contou com 9 homens (33%) e 18 mulheres (67%). **(Gráfico 1)**

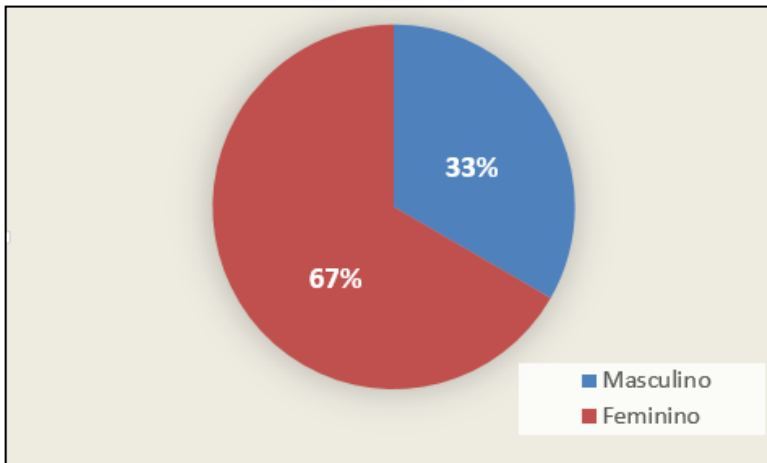


Gráfico 1. Análise da amostra de pacientes em relação ao sexo.

A faixa etária do estudo compreendeu pacientes de 13 à 32 anos. Por haver variação na resposta do paciente na segunda extração, o nível de ansiedade em alguns pacientes foi alterado e optou-se por realizar a média de idade nos dois momentos da extração e de acordo com o nível de ansiedade apresentada pela escala de Corah modificada para cada paciente. Seguindo a ordem decrescente da média de idade para cada nível de ansiedade, obteve-se os seguintes resultados: em pacientes pouco ansiosos, 20 anos; levemente ansiosos, 19,26 anos;

moderadamente ansiosos, 17,66 anos; extremamente ansiosos, 15,90 anos. **(Tabela 1)**

Nível de ansiedade	T1	T2	Média Total (em anos)
Pouco ansioso	21,0	19,0	20,0
Levemente ansioso	19,1	19,4	19,3
Moderadamente ansioso	18,0	17,3	17,7
Extremamente ansioso	15,8	16,0	15,9

Tabela 1. Distribuição da idade média de acordo com a classificação do nível de ansiedade nos tempos T1 e T2.

Ao analisar a ansiedade no primeiro atendimento (primeira extração), as mulheres apresentaram níveis maiores de ansiedade (2 pouco ansiosas; 4 levemente ansiosas; 8 moderadamente ansiosas; 4 extremamente ansiosas), enquanto o sexo masculino apresentou níveis mais baixos (2 pouco ansiosos; 5 levemente ansiosos; 1 moderadamente ansioso; 1 extremamente ansioso).

(Gráfico 2)

Logo, na primeira extração, 14,8% da amostra total apresentaram-se pouco ansiosos, 33,3% apresentaram-se levemente ansiosos, 33,3% moderadamente ansiosos e 18,5%, extremamente ansiosos.

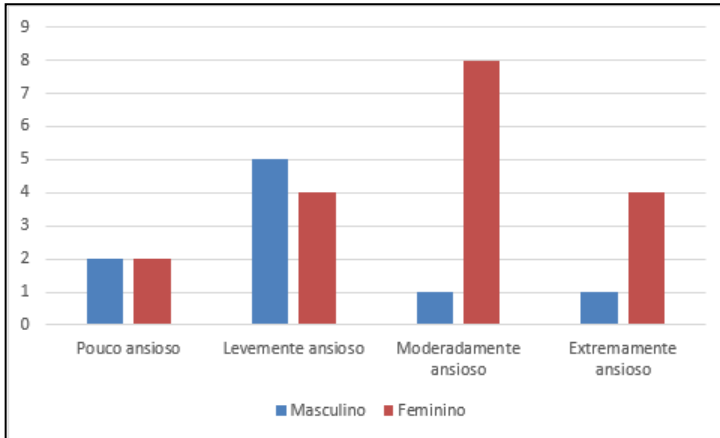


Gráfico 2. Comparação do nível de ansiedade em ambos os sexos na primeira extração.

No segundo atendimento (segunda extração), realizado no mínimo após 3 semanas do primeiro, os pacientes foram submetidos novamente a escala de ansiedade. Ambos os sexos apresentaram respostas diferentes.

O sexo feminino continuou a apresentar níveis elevados de ansiedade mudando apenas a quantidade de pacientes para cada nível de ansiedade. **(Gráfico 3)**

A porcentagem para cada nível de ansiedade foi 14,8% de pacientes que apresentaram pouca ansiedade, 44,4% levemente ansiosos, 33,3% moderadamente ansiosos e 7,4% extremamente ansiosos.

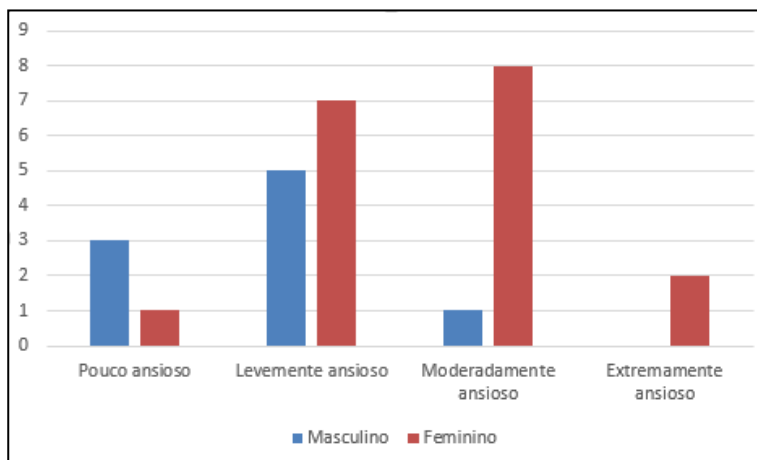


Gráfico 3. Comparação do nível de ansiedade em ambos os sexos na segunda extração.

Ao compararmos as escalas de ansiedade da primeira extração com a segunda extração, observa-se a diminuição no número de pacientes extremamente ansiosos e o aumento no número dos levemente ansiosos.

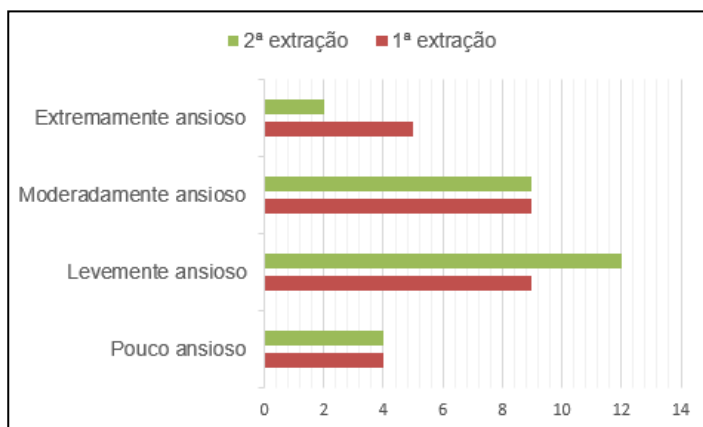


Gráfico 4. Comparação do nível de ansiedade nos dois atendimentos (primeira extração e segunda extração).

Ao analisarmos os sinais vitais em três momentos (1 – pré-operatório; 2 – transoperatório: 10 minutos após a anestesia; 3 – pós-operatório) e relacioná-los com os níveis de ansiedade odontológica, constatou-se que a pressão arterial mais elevada foi em pacientes moderadamente ansiosos (150/92 mmHg) no pré-operatório. No transoperatório, a pressão arterial não teve diferença significativa. Já no pós-operatório, observa-se que houve queda na pressão arterial nos pacientes extremamente ansiosos (106/70 mmHg). **(Tabela 2)**

MÉDIA	PA1 (mmHg)	PA2 (mmHg)	PA3 (mmHg)
Pouco ansioso	136,5/92,5	125/80,5	128,5/86,5
Levemente ansioso	135,5/86,5	124/81,5	117,5/76,5
Moderadamente ansioso	150,5/92,5	120/79,5	116/76,5
Extremamente ansioso	128,5/84	123,5/79,5	106/70,5

Tabela 2. Avaliação da relação entre nível de ansiedade e pressão arterial. PA1 – Pressão arterial pré-operatória; PA2 – Pressão arterial transoperatória; PA3 – Pressão arterial pós-operatória.

O pulso (frequência cardíaca) foi avaliado em três momentos e foi monitorado nos mesmos instantes que a pressão arterial. No pulso pré-operatório, trans e pós-operatório, os pacientes moderadamente ansiosos apresentaram a frequência cardíaca maior quando comparado aos outros níveis de ansiedade. **(Gráfico 5)**

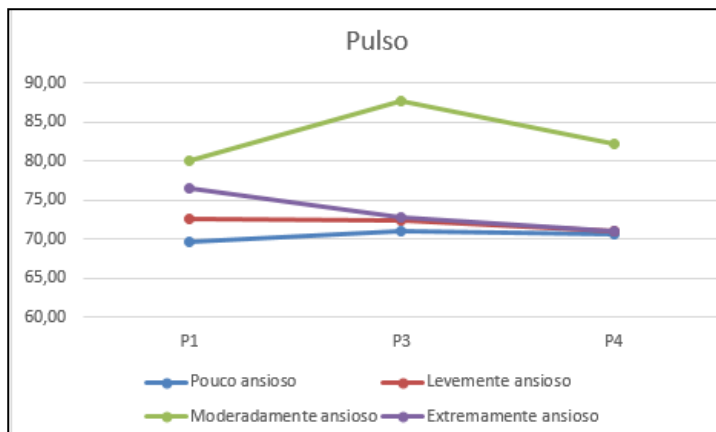


Gráfico 5. Relação do nível de ansiedade com a frequência cardíaca. P1: Pulso pré-operatório; P2: Pulso transoperatório; P3: Pulso pós-operatório.

Porém ao analisar individualmente cada nível de ansiedade, observa-se que nos pacientes extremamente ansiosos houve uma queda na frequência cardíaca no transoperatório e no pós-operatório, enquanto que em pacientes pouco ansiosos houve o aumento da frequência cardíaca. Os pacientes levemente ansiosos não apresentaram diferenças significativas. **(Tabela 3)**

Nível de ansiedade	P1	P2	P3
Pouco ansioso	69,7	71,1	70,6
Levemente ansioso	72,7	72,4	71,1
Moderadamente ansioso	80,1	87,7	82,1
Extremamente ansioso	76,4	72,7	71,0

Tabela 3. Comparação da frequência cardíaca nos três momentos (P1: Pulso pré-operatório; P2: Pulso transoperatório; P3: Pulso pós-operatório) de acordo com o nível de ansiedade.

Não houve nenhuma alteração dos valores padrões, como taquicardia ou bradicardia. Todos os pacientes estavam dentro do intervalo de valores normais de frequência cardíaca (60 – 100 bpm).

A avaliação da saturação de oxigênio, realizada em três tempos distintos, mostrou-se dentro da normalidade em todos os níveis. Porém ao analisarmos o **Gráfico 6**, há uma variação da saturação em diferentes níveis de ansiedade e observa-se que pacientes pouco ansiosos apresentaram elevados índices de saturação, enquanto os levemente ansiosos apresentaram diminuição em S2 (Saturação transoperatória).

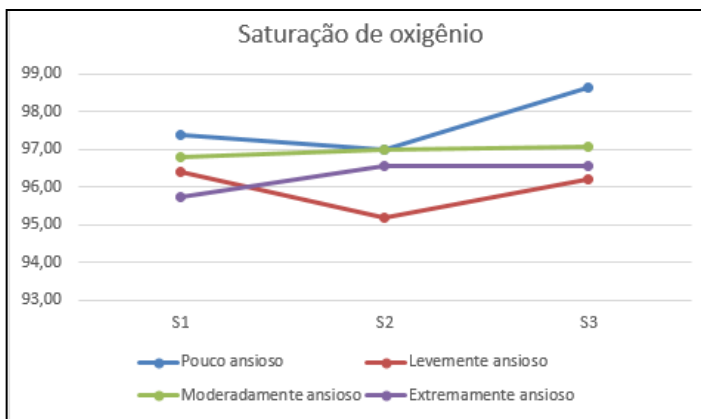


Gráfico 6. Avaliação da relação da saturação de oxigênio com diferentes níveis de ansiedade. (S1 – Saturação pré-operatória; S2 – Saturação de oxigênio transoperatória; S3 – Saturação de oxigênio pós-operatória).

A avaliação da dor nos pacientes ocorreu após o procedimento cirúrgico e com a ausência da analgesia. Em 17,5% dos pacientes, com grau leve de ansiedade, relataram dor moderada, sendo esta a porcentagem mais alta entre os níveis com relação à dor e ansiedade. Pacientes extremamente ansiosos apresentaram índices maiores em dor moderada e dor intensa enquanto, os poucos ansiosos mostraram ter tido dor leve,

moderada e intensa. Os pacientes moderadamente ansiosos, apresentaram com maior proporção dor leve seguida, em ordem decrescente, de dor moderada, intensa e sem dor. A amostra que não demonstrou dor alguma foi composta por pacientes leve e moderadamente ansiosos. Nenhum grupo apresentou dor máxima. **(Gráfico 7)**

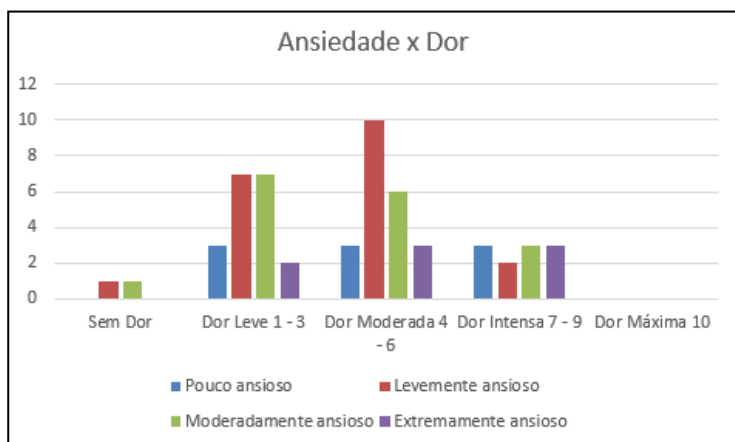


Gráfico 7. Relação de ansiedade odontológica e dor. Mensuração da dor em cada nível de ansiedade.

DISCUSSÃO

Mesmo com os avanços tecnológicos na Odontologia, os pacientes ainda apresentam ansiedade e medo diante dos tratamentos odontológicos.¹ Saber como lidar com pacientes ansiosos é de extrema importância para o cirurgião dentista a fim de se evitar possíveis impasses durante o procedimento.

A aplicação da escala de ansiedade de Corah modificada, previamente aos procedimentos desencadeadores de ansiedade, possibilita o diagnóstico e a conduta adequada do profissional em relação ao paciente, resultando assim em uma maior segurança ao realizar o atendimento, seja tranquilizando o paciente através

de simples conversas ou usufruindo de produtos farmacológicos (sedação oral ou sedação consciente).

Os resultados obtidos nesse estudo mostraram que as mulheres apresentam um nível maior de ansiedade, concordando com outros estudos^{12,13,14} que afirmam que o sexo feminino apresenta um grau de ansiedade maior do que o masculino frente a tratamentos odontológicos. No presente estudo, a demanda de pacientes do sexo feminino (67%) foi maior que o sexo masculino (33%) corroborando com o fato que essas apresentam uma maior preocupação com a sua saúde e com a sua estética e, com isso, buscam, conseqüentemente, com maior frequência o atendimento odontológico.¹⁴

Segundo Medeiros (2013)², entre as cirurgias orais, a extração de terceiros molares apresentou a menor idade comparado aos outros procedimentos cirúrgicos, sendo mais frequente em jovens e adultos jovens. Isso ocorre devido esses pacientes apresentarem indicação de extração por questões ortodônticas ou por incômodos gerados pela esfoliação destas unidades dentárias que ocorrem nessa faixa etária (jovens – adultos jovens). Com isso, o presente estudo foi composto por pacientes jovens e adultos-jovens, com a faixa etária entre 13 a 32 anos. Ao analisarmos a relação da ansiedade com a idade, observou-se que a média de idade em pacientes extremamente ansiosos foi a menor quando comparada com os outros níveis de ansiedade, sendo de aproximadamente 15 anos. Nos trabalhos presentes na literatura que relacionam a faixa etária com a ansiedade, há divergências, pois, Hittner & Hemmo, (2009)²⁹, Huphris *et al.*, (2009)³⁰ e Bottan *et al.*, (2007)³⁵ mostraram em seus resultados que os jovens são mais ansiosos e possivelmente, 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. Já outros autores, revelam que faixas etárias mais velhas são duas vezes mais ansiosas. A justificativa para tal resultado, segundo Wathson (2012)¹⁴, é que nessa faixa etária estamos lidando com adultos que, na infância, frequentaram consultórios onde não existia tecnologia que propiciasse um atendimento sem estresse. Esses fatores fazem com que a realidade atual reflita em transtornos psicológico com a fobia, a ansiedade e o medo passados.

Ao analisarmos o nível de ansiedade na primeira extração, entre 18 mulheres que participaram da pesquisa, 8 apresentavam-se moderadamente ansiosas, ou seja, 44,4% das mulheres tinham um grau moderado de ansiedade. Ao analisar o sexo masculino, 5 homens estavam levemente ansiosos entre os 9 da amostra total, ou seja, 55% dos homens apresentavam leve grau de ansiedade. No total, somando e analisando ambos sexos, foram obtidas as seguintes porcentagens: 14,8% pouco ansiosos, 33,3% levemente ansiosos, 33,3% moderadamente ansiosos e 18,5%, extremamente ansiosos.

Já na segunda extração, observa-se que a porcentagem de pacientes levemente ansiosos aumentou e a de extremamente ansiosos diminuiu, quando comparada com a resposta da primeira extração, sendo que a porcentagem para cada nível de ansiedade foi: 14,8% pouco ansiosos, 44,4% levemente ansiosos, 33,3% moderadamente ansiosos e 7,4% extremamente ansiosos. Conclui-se, então, que ao compararmos a primeira extração com a segunda, as mulheres continuaram sendo mais ansiosas que os homens e os resultados obtidos nesse trabalho foram semelhantes com a literatura.^{12,13,14,31} Quando fazemos a análise da alteração do nível de ansiedade em alguns pacientes, observa-se que a diminuição no grau de ansiedade pode ter ocorrido pelo paciente ter conhecimento das etapas do procedimento cirúrgico, ter tido uma experiência passada positiva, por conhecer a equipe cirúrgica e confiar no profissional que estava atuando (relação positiva entre paciente-profissional).²⁸

O conhecimento sobre os sinais vitais do paciente é de extrema importância para avaliar a situação sistêmica do mesmo, de tal modo que o monitoramento da pressão arterial, frequência cardíaca (pulso) e saturação de oxigênio possibilita uma maior segurança no procedimento evitando possíveis emergências médicas.³² Os sinais vitais foram monitorados em três momentos distintos a fim de avaliá-los de forma comparativa momentos de estresse diferentes. O primeiro momento foi o pré-operatório em que o paciente se encontrava na sala de espera da clínica, minutos antes do procedimento cirúrgico. O segundo momento (transoperatório), o paciente já estava na cadeira odontológica e tendo se passado 10 minutos após a punção da anestesia. No terceiro momento (pós-operatório), o procedimento já havia sido encerrado e o paciente já se encontrava em outro consultório,

aguardando as devidas orientações e prescrições pós-operatórias.³²

Ao avaliarmos a relação da ansiedade com a pressão arterial, o presente estudo mostrou um aumento da pressão arterial no pré-operatório em pacientes moderadamente ansiosos, concordando com o estudo de Costa (2012)³². Neste estudo, eles afirmaram que a presença da ansiedade propiciou alteração nos sinais vitais dos pacientes e essa alteração foi evidenciada no momento pré-operatório, na PAS (pressão arterial sistólica) do grupo de pacientes com ansiedade moderada.

Alguns autores^{2, 14, 33} mostraram a influência fisiológica da ansiedade na alteração da pressão arterial e afirmaram que o medo e ansiedade podem desenvolver manifestações físicas nos pacientes, influenciando na aferição da pressão ou, até gerando taquicardia. A alteração da pressão arterial ocorre diante ao estresse produzido pelo ambiente ambulatorial e isso faz com que sejam liberadas pela medula adrenal grandes quantidades de adrenalina e noradrenalina, que passam diretamente à circulação sanguínea e são então levadas a todos os tecidos do corpo. As catecolaminas (neurotransmissores) são liberadas endogenamente e produzem efeitos cardiovasculares e metabólicos característicos. Em nível de sistema nervoso central, a liberação endógena de adrenalina produz um efeito excitatório. Em resposta a essas ações, ocorre o aumento da pressão arterial, além de eventual alteração de potencialização da anestesia local.

Tentando correlacionar as médias dos sinais vitais (pulso e saturação de oxigênio) aos diferentes níveis de ansiedade, observa-se nas Tabelas 3 e 4 e nos Gráficos 5 e 6, que não houve variação significativa dos sinais vitais para os diferentes níveis de ansiedade permanecendo dentro dos valores fisiológicos normais. Porém, observou-se em pacientes extremamente ansiosos no trans e pós-operatório que a frequência cardíaca diminuiu sugerindo que, ao passar o pré-operatório, o paciente teve conhecimento sobre o procedimento e assim, diminui a sua pulsação. Dessa maneira, acredita-se que a amostra do estudo teve um número pouco expressivo e que, com uma maior amostragem, seja possível constatar variações que não se mostraram relevantes neste estudo. Estudos anteriores demonstraram não haver diferença estatisticamente significativa entre grau de ansiedade e sinais vitais, com exceção da pressão arterial.³²

Para avaliar a dor, a escala visual analógica foi entregue ao paciente e ao passar os efeitos da anestesia, o mesmo a preenchia. Dessa forma, quantificava-se a dor do paciente. Os pacientes levemente ansiosos relataram dor moderada. Pacientes extremamente ansiosos apresentaram níveis maiores de dor moderada e intensa, e ainda, em níveis menores de ansiedade (pouco e levemente ansiosos), alguns pacientes apresentaram dor leve. A literatura apresenta inúmeros estudos que comprovam que com o aumento da ansiedade, o limiar de dor diminui e a sensação dolorosa aumenta fazendo com o que o paciente ansioso sinta mais dor. Com isso, os resultados desse estudo de pacientes extremamente ansiosos com níveis maiores de dor, corroboram com os estudos que afirmam a relação direta entre a ansiedade e a dor de forma que, com o aumento de uma, resulte também na alteração da outra, justificando assim o uso de ansiolíticos em pacientes ansiosos.^{34,35,36}

A ansiedade atua diretamente na saúde sistêmica do paciente, podendo alterar sinais vitais. Desse modo, faz-se necessário uma maior atenção à pacientes que apresentam níveis de ansiedade elevados, sendo de responsabilidade dos profissionais da saúde diagnosticar o paciente através de conversas ou, até mesmo na aplicação da escala de ansiedade, e saber como proceder para a diminuição da ansiedade odontológica do mesmo durante o atendimento, a fim de evitar possíveis emergências médicas. O presente estudo ainda ressalta que o controle da ansiedade otimiza o tratamento odontológico, uma vez que o paciente tranquilo se torna mais cooperativo e confiante ao tratamento proposto.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos e com a revisão na literatura sobre o tema abordado, pode se concluir que:

- A ansiedade interfere diretamente nos sinais vitais do paciente e, conseqüentemente, ao longo do atendimento odontológico;
- A relação paciente-profissional, sendo considerada um estímulo externo, deve ser tratada pelo cirurgião-dentista

como um dos pontos mais importantes na conquista da confiança do paciente frente ao tratamento odontológico proposto, minimizando a chance de alterações do nível de ansiedade;

- Ao analisar os sinais vitais, apenas a pressão arterial apresentou alterações sob o ponto de vista do nível de ansiedade apresentada pelo paciente.

REFERÊNCIAS

- 1 - Armfield J.M., Stewart J.F., Spencer A.J.. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health*. 2007; 7:1.
- 2 - Medeiros L. A. Avaliação do grau de ansiedade dos pacientes antes de cirurgias orais menores. *Rev Odontol UNESP*. 2013; 42(5):357-363.
- 3 – Pereira V.Z. *et al*. Avaliação dos níveis de ansiedade em pacientes submetidos ao tratamento odontológico. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 17.1, 2013; 55-64.
- 4 - Andrade E.D., Mattos-Filho T.R.. Terapêutica medicamentosa em odontologia. São Paulo: *Artes Médicas*; 2002.
- 5 - Talo Y., Tuba *et al*. Is There a Relation between Dental Anxiety, Fear and General Psychological Status? Ed. Timothy Moss. *PeerJ* 5, 2017; e2978. *PMC*. Web. 12 Apr.
- 6 - Possobon R.F., Carrascoza K.C., Moraes A.B.A., Jr A.L.C. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. *Psicol Estud*. 2007; 12(3):609-616.
- 7 - Lisboa, Alessandro H., Camila K., Gibson L.P. Nível de ansiedade em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos odontológicos. *Full Dent Sci* 3.12, 2012; 400-7.
- 8 - Eitner, S., *et al*. Dental anxiety—an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *Journal of Oral Rehabilitation* 33.8, 2006; 588-593.
- 9 - Lopez-Jornet P., Camacho-Alonso F., Sanchez S. M. Assesment of general pre and postoperative axiety in patients undergoing tooth extraction: a prospective study. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2014; 52:18-23.

- 10 - Ilguy D., Ilguy M., Dincer S., Bayirli G.. Reliability and validity of the modified dental anxiety scale in turkish patients. *Journal of International Medical Research*. 2005; 33:252-259.
- 11 - Morais E.R.B.. O medo do paciente ao tratamento odontológico. *Rev Fac Odontol Univ Fed Rio Grande do Sul*. 2003; 4:39-42.
- 12 - Klingberg G., Broberg A.G.. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent*. 2007; 17(6):391-406.
- 13 - Hermes D., Matthes M., Saka B.. Treatment anxiety in oral and maxillofacial surgery. Results of a German multi-centre trial. *J Craniomaxillofac Surg* 2007; 35(6-7):316-321.
- 14 - Wathson R, De Carvalho F.. Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores preditores em brasileiros. *Cien Saude Colet*. 2012; 17:1915–1922.
- 15 - Acharya S. Factors affecting dental anxiety and beliefs in an Indian population. *J Oral Rehabil* 2008; 35(4):259-267.
- 16 - Berggren U., Meynert G.. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *J Am Dent Assoc*. 1984; 109:247–51.
- 17 - Wide B.U., Lundgren J., Berggren U., Carlsson S.G.. Psychosocial and dental factors in the maintenance of severe dental fear. *Swed Dent J*. 2010; 34:121–7.
- 18 - Pell G.J. & Gregory G.T.. Report on a ten-year study of a tooth division technique for the removal of impacted teeth. *Am J Orthod*, 1942; 28:660.
- 19 - Bohneberger G., *et al*. Alterações fisiológicas da ansiedade e do medo e implicações na odontologia. *Ação Odonto* 2, 2017.

- 20 - Corah N.L., Zielezny M.A., O'Shea R.M., Thines J.T., Mendola P.. Development of an interval scale of anxiety response. *Anesth Prog* 1986; 33:220-4.
- 21 - Oosterink-Wubbe, F., De Jongh, A., & Aartman, I. H. A.. What are people afraid of during dental treatment? Anxiety provoking capacities of 67 stimuli comprising the dental setting. *European Journal of Oral Sciences*, 2008; 116, 44-51.
- 22 - Oosterink-Wubbe, F., De Jongh, A., Hoogstraten, J., & Aartman, I. H. A.. The level of exposure-dental experiences questionnaire (LOE-DEQ): a measure of severity of exposure to distressing dental events. *European Journal of Oral Sciences*, 2008; 116, 353-361.
- 23 - Aznar-Arasa, L., *et al.* Patient anxiety and surgical difficulty in impacted lower third molar extractions: a prospective cohort study. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 43.9 2014; 1131-1136.
- 24 - Santos D.P.. Controle da Ansiedade Odontológica: Estudo comparativo entre a sedação oral com midazolam e a sedação consciente com a mistura de óxido nitroso e oxigênio em pacientes submetidos à extração de terceiros molares inferiores. 2012.
- 25 - Ferreira C.M. *et al.* Ansiedade odontológica: nível, prevalência e comportamento. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 17.2, 2012; 51-55.
- 26 - Lago-Méndez, Lucía *et al.* Postoperative recovery after removal of a lower third molar: role of trait and dental anxiety. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* 108.6, 2009; 855-860.
- 27 - Ceccheti M.M. Eficácia analgésica pós-operatória e ação anestésica adjuvante do cloridrato de tramadol utilizado localmente após exodontias de terceiros molares inferiores impactados. Tese (Doutorado). Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP; 2010; 116p.

28 - de Jongh, A.D., Arjen J. van Wijk, and Jerome A. Lindeboom. Psychological impact of third molar surgery: a 1-month prospective study. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, (69)1, 2011; 59-65.

29 - Hittner J.B., Hemmo R.. Psychosocial Predictors of Dental Anxiety. *J Health Psychol*, 2009; 1(14):53-59.

30 - Humphris G.M., Dyer T.A., Robinson P.G.. The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BMC Oral Health* 2009; Aug 26.

31 - Mohammed R.B., Lalithamma T., Varma D.M., Sudhakar K.N., Srinivas B., Krishnamraju P.V. *et al.* Prevalence of dental anxiety and its relation to age and gender in coastal Andhra (Visakhapatnam) population, India. *J Nat Sci Biol Med* 2014; 5:409–14.

32 - Costa, R.R., *et al.* Avaliação da influência da expectativa e da ansiedade do paciente odontológico submetido a procedimento cirúrgico a partir de seus sinais vitais. *Rev Odontol UNESP* 41.1, 2012; 43-7.

33 - Loggia M.L., Schweinhardt P., Villemure C., Bushnell M.C.. Effects of psychological state on pain perception in the dental environment. *J Can Dent Assoc.* 2008; 74(7):651-6.

34 - Maggiriias J., Locker D.. Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002; 30(2):151-9.

35 - Bottan E.R., Glio J.D., Araújo S.M.. Ansiedade ao tratamento odontológico em estudantes do ensino fundamental. *Pesq Bras Odontoped Clín Integr.* 2007; 7(3):241-6.

36 - Okawa K., Ichinoche T., Yuzuru A.. Ansiedade pode aumentar a dor durante o tratamento odontológico. *Bull Coll Dent Tóquio.* 2005; 46(3):51-8.

ANEXOS

Anexo 1. Aprovação pelo Comitê de ética

Você está em: Público > Confirmar Aprovação pelo CAAE ou Parecer

CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER

Informe o número do CAAE ou do Parecer:

Número do CAAE:

55000116.3.0000.0030

Número do Parecer:

1530696

[Pesquisar](#)

Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.

DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:

Avaliação clínica da eficácia do anestésico local ropivacaina utilizado em cirurgias

Número do CAAE:

55000116.3.0000.0030

Número do Parecer:

1530696

Quem Assinou o Parecer:

Keila Elizabeth Fontana

Pesquisador Responsável:

Hugo Santos Cunha

Data Início do Cronograma:

04/07/2016

Data Fim do Cronograma:

28/02/2017

Contato Público:

André Luis Vieira Cortez

[Voltar](#)

Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “Avaliação clínica da eficácia do anestésico local ropivacaína utilizado em cirurgias de terceiros molares inferiores inclusos”, sob a responsabilidade do pesquisador Hugo Santos Cunha. O projeto visa entender a eficácia do anestésico local ropivacaína a 0,75%, utilizando-o rotineiramente em cirurgias de terceiros molares inclusos como um adjuvante no controle da dor trans e pós-operatória.

O objetivo desta pesquisa é proporcionar o uso rotineiro do anestésico local ropivacaína a 0,75% em procedimentos cirúrgicos odontológicos ambulatoriais, haja vista a eficácia obtida pelo mesmo na área médica.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará através do procedimento cirúrgico para extração dos terceiros molares inferiores utilizando-se da mesma técnica operatória definida pela literatura. A única distinção dar-se-á pela alternância dos anestésicos, lidocaína a 2% ou ropivacaína a 0,75%, ou seja, um lado poderá ser anestesiado por qualquer um dos dois anestésicos, em consequente, o outro lado deverá ser anestesiado com o outro anestésico. O único detentor de qual anestésico foi utilizado para cada lado será o orientador, responsável pela distribuição dos mesmos. Após os procedimentos você receberá uma escala numerada de 0 (zero) a 10 (dez), em que 0 (zero) significa ausência total de dor e 10 (dez) limite superior de dor suportada, na qual você fará um traço representativo do desconforto que você está sentindo; um traço para lado direito e outro para lado esquerdo. Inerente ao procedimento cirúrgico você poderá apresentar trismo (dificuldade na abertura de boca), edema (inchaço), hemorragia (sangramento), hematoma (inchaço provocado por sangue), equimose (mancha roxa na face), infecções com ou sem formação de abscesso (pus) e até parestesia (ausência temporária de sensibilidade), dependendo da relação existente entre o siso e o nervo alveolar inferior. Todos os atendimentos, consulta inicial, cirurgia e controle pós operatório serão realizados no Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial da Universidade de Brasília nas datas combinadas com um tempo estimado de 20 (vinte) minutos para consulta inicial e igual período para controle pós - operatório, além de aproximadamente 60 (sessenta) minutos para extração dos sisos.

Como todo procedimento será realizado dentro da rotina já estabelecida pelo Serviço, a pesquisa apresenta os mesmos riscos inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, já descrito acima, e não fará em nenhuma hipótese ou situação mudança de técnica nem tampouco procedimento que possa interferir no tempo cirúrgico durante a extração dos seus dentes. Os benefícios serão analisados objetivando validar a medicação utilizada para o seu uso rotineiro na prática ambulatorial em Odontologia, haja vista que a mesma já é utilizada em ambiente hospitalar pela área médica.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas excepcionais ao tratamento que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa, que sejam extras às necessárias ao tratamento) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Hugo Santos Cunha, na Universidade de Brasília no telefone (61) 3448 5018 e (61) 9223 0509, podendo a chamada ser à cobrar, ou envie e-mail para: hugo.uniface@gmail.com.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Hugo Santos Cunha

Brasília, __ de _____ de _____.

Anexo 3. Escala de Corah Modificada.**UnB**

Nome:

Idade:

P.A:

Pulso:

Saturação de O₂:**Escala de Ansiedade**

Esta escala é uma maneira de mensurar o grau de ansiedade no momento pré-operatório.

Por favor, marque com um "X" a resposta que mais se identifica com a sua condição.

1 – Você fará uma cirurgia bucal. Como se sente?

- () Tudo bem, não me importo
- () Estou ligeiramente preocupado
- () Sentindo um maior desconforto
- () Estou com medo do que pode acontecer
- () Estou muito apreensivo, nem dormir direito

2 - Quando você se encontra na sala de espera, esperando ser chamado pelo dentista, como se sente?

- () Tranquilo, relaxado
- () Um pouco desconfortável
- () Tenso
- () Ansioso ou com medo
- () Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me

sentir mal

3 - Quando você já se encontra na cadeira do dentista, aguardando que ele comece a fazer a anestesia local, como se sente?

- () Tranquilo, relaxado
- () Um pouco desconfortável
- () Tenso
- () Ansioso ou com medo
- () Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me

sentir mal

4 - Você já se encontra anestesiado. Enquanto aguarda o dentista pegar os instrumentos para começar a cirurgia, como se sente?

- () Tranquilo, relaxado
- () Um pouco desconfortável
- () Tenso

- () Ansioso ou com medo
() Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal

Anexo 4. Escala Qualitativa de Dor.

FICHA COLETA DADOS

Nome do paciente:

Idade:

Data da cirurgia:

Lado procedimento:

Escala Qualitativa de Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem	←————→			←————→			←————→			Máx
dor	dor leve			dor moderada			dor intensa			dor

Anexo 5. Ficha Clínica do paciente



UnB | HUB

EBSERH
SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS
Ministério da
Educação

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA / UNIDADE DE SAÚDE BUCAL

FICHA CLÍNICA

Identificação do Paciente (Número do Prontuário):		
Nome:		Data de Nascimento:
RG:	Expedição:	Gênero: () M () F
Pai:	Mãe:	
Endereço:		
Bairro:	Cidade-UF:	CEP:
Responsável Legal:		
Telefones de contato:		
Ocupação:	Nacionalidade:	Naturalidade:

Exame clínico: anamnese e exame físico

1. Queixa Principal:							
2. História da Doença Atual:							
3. Antecedentes Familiares:							
4. Questionário de Saúde:	Datas das Atualizações						
	//_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
Está sob tratamento médico?							
Está tomando algum medicamento?							
Já apresentou alguma reação à penicilina?							
Tem história de alergia?							
Tem ou teve problemas respiratórios?							
Tem ou teve doença articular? Artrite, febre reumática?							
Tem ou teve distúrbio sanguíneo? Anemia, hemorragia, leucemia?							
Tem diabetes?							
Tem dores de cabeça frequentemente?							
Tem ou teve doença cardiovascular? Hipertensão? Infarto?							
Tem ou teve hepatite A, B ou C?							
Tomou vacina contra hepatite B?							
Está grávida? Em qual período?							
Algum problema renal (nos rins)?							
Algum problema hepático (no fígado)?							
Já recebeu transfusão de sangue?							
Pressão arterial:	/	/	/	/	/	/	/
	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
Álcool:							
Fumo:							
Outros Hábitos:							
Observações:							

NORMAS DA REVISTA

Use of word processing software

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the [Guide to Publishing with Elsevier](#)). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

Article structure

Subdivision - unnumbered sections

Divide your article into clearly defined sections. Each subsection is given a brief heading. Each heading should appear on its own separate line. Subsections should be used as much as possible when cross-referencing text: refer to the subsection by heading as opposed to simply 'the text'.

Introduction

State the objectives of the work and provide an adequate background, avoiding a detailed literature survey or a summary of the results.

Material and methods

Provide sufficient detail to allow the work to be reproduced. Methods already published should be indicated by a reference: only relevant modifications

should be described.

Results

Results should be clear and concise.

Discussion

This should explore the significance of the results of the work, not repeat them. A combined Results and Discussion section is often appropriate. Avoid extensive citations and discussion of published literature.

Conclusions

The main conclusions of the study may be presented in a short Conclusions section, which may stand alone or form a subsection of a Discussion or Results and Discussion section.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author and check that all names are accurately spelled. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. **Ensure that the e-mail address is given and that contact details are kept up to date by the corresponding author.**
- **Present/permanent address.** If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

Structured abstract

A structured abstract, by means of appropriate headings, should provide the context or background for the research and should state its purpose, basic procedures (selection of study subjects or laboratory animals, observational and analytical methods), main findings (giving specific effect sizes and their statistical significance, if possible), and principal conclusions. It should emphasize new and important aspects of the study or observations.

Graphical abstract

Although a graphical abstract is optional, its use is encouraged as it draws more attention to the online article. The graphical abstract should summarize the contents of the article in a concise, pictorial form designed to capture the attention of a wide readership. Graphical abstracts should be submitted as a separate file in the online submission system. Image size: Please provide an image with a minimum of 531 × 1328 pixels (h × w) or proportionally more. The image should be readable at a size of 5 × 13 cm using a regular screen resolution of 96 dpi. Preferred file types: TIFF, EPS, PDF or MS Office files. You can view [Example Graphical Abstracts](#) on our information site. Authors can make use of Elsevier's Illustration and Enhancement service to ensure the best presentation of their images and in accordance with all technical requirements: [Illustration Service](#).

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, using American spelling and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, 'and', 'of'). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

Abbreviations

Define abbreviations that are not standard in this field in a footnote to be placed on the first page of the article. Such abbreviations that are unavoidable in the abstract must be defined at their first mention there, as well as in the footnote. Ensure consistency of abbreviations throughout the article.

Acknowledgements

Collate acknowledgements in a separate section at the end of the article before the references and do not, therefore, include them on the title page, as a footnote to the title or otherwise. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.).

Formatting of funding sources

List funding sources in this standard way to facilitate compliance to funder's requirements:

Funding: This work was supported by the National Institutes of Health [grant numbers xxxx, yyyy]; the Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA [grant number zzzz]; and the United States Institutes of Peace [grant number aaaa].

It is not necessary to include detailed descriptions on the program or type of grants and awards. When funding is from a block grant or other resources available to a university, college, or other research institution, submit the name of the institute or organization that provided the funding.

If no funding has been provided for the research, please include the following sentence:

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Embedded math equations

If you are submitting an article prepared with Microsoft Word containing embedded math equations then please read this ([related support information](#)).

Artwork

Electronic artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the published version.
- Submit each illustration as a separate file.

A detailed [guide on electronic artwork](#) is available.

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

Formats

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format. Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

Please do not:

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or

JPEG), EPS (or PDF), or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color online (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. **For color reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article.** Please indicate your preference for color: in print or online only. [Further information on the preparation of electronic artwork.](#)

Illustration services

Elsevier's WebShop offers Illustration Services to authors preparing to submit a manuscript but concerned about the quality of the images accompanying their article. Elsevier's expert illustrators can produce scientific, technical and medical-style images, as well as a full range of charts, tables and graphs. Image 'polishing' is also available, where our illustrators take your image(s) and improve them to a professional standard. Please visit the website to find out more.

Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (**not** on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

Tables

Please submit tables as editable text and not as images. Tables can be placed either next to the relevant text in the article, or on separate page(s) at the end. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text and place any table notes below the table body. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in them do not duplicate results described elsewhere in the article. Please avoid using vertical rules and shading in table cells.

References

Citation in text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication'. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

Reference links

Increased discoverability of research and high quality peer review are ensured by online links to the sources cited. In order to allow us to create links to abstracting and indexing services, such as Scopus, CrossRef and PubMed, please ensure that data provided in the references are correct. Please note that incorrect surnames, journal/book titles, publication year and pagination may prevent link creation. When copying references, please be careful as they may already contain errors. Use of the DOI is encouraged.

A DOI can be used to cite and link to electronic articles where an article is in-press and full citation details are not yet known, but the article is available online. A DOI is guaranteed never to change, so you can use it as a permanent link to any electronic article. An example of a citation using DOI for an article not yet in an issue is: VanDecar J.C., Russo R.M., James D.E., Ambeh W.B., Franke M. (2003). Aseismic continuation of the Lesser Antilles slab beneath northeastern Venezuela. *Journal of Geophysical Research*, <https://doi.org/10.1029/2001JB000884>. Please note the format of such citations should be in the same style as all other references in the paper.

Web references

As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

Data references

This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your Reference List. Data references should include the following elements: author name(s), dataset title, data repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add [dataset] immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [dataset] identifier will not appear in your published article.

Reference management software

Most Elsevier journals have their reference template available in many of the most popular reference management software products. These include all products that support Citation Style Language styles, such as Mendeley and Zotero, as well as EndNote. Using the word processor plug-ins from these products, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article, after which citations and bibliographies will be automatically formatted in the journal's style. If no template is yet available for this journal, please follow the format of the sample references and citations as shown in this Guide.

Users of Mendeley Desktop can easily install the reference style for this journal by clicking the following link:

<http://open.mendeley.com/use-citation-style/the-journal-of-evidence-based-dental-practice>

When preparing your manuscript, you will then be able to select this style using the Mendeley plug-ins for Microsoft Word or LibreOffice.

Reference style

Text: Indicate references by (consecutive) superscript arabic numerals in the order in which they appear in the text. The numerals are to be used *outside* periods and commas, *inside* colons and semicolons. For further detail and examples you are referred to the AMA Manual of Style, A Guide for Authors and Editors, Tenth Edition, ISBN 0-978-0-19-517633-9.

List: Number the references in the list in the order in which they appear in the text.

Examples:

Reference to a journal publication:

1. Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *J Sci Commun*. 2010;163:51–59.

Reference to a book:

2. Strunk W Jr, White EB. *The Elements of Style*. 4th ed. New York, NY: Longman; 2000.

Reference to a chapter in an edited book:

3. Mettam GR, Adams LB. How to prepare an electronic version of your article. In: Jones BS, Smith RZ, eds. *Introduction to the Electronic Age*. New York, NY: E-Publishing Inc; 2009:281–304.

Reference to a website:

4. Cancer Research UK. Cancer statistics reports for the UK. <http://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/statistics/cancerstatsreport/>; 2003 Accessed 13.03.03.

Reference to a dataset:

[dataset] 5. Oguro, M, Imahiro, S, Saito, S, Nakashizuka, T. Mortality data for Japanese oak wilt disease and surrounding forest compositions, Mendeley Data, v1; 2015. <https://doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>.

Journal abbreviations source

Journal names should be abbreviated according to the List of Title Word Abbreviations.

Video

Elsevier accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include links to these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the files in one of our recommended file formats with a preferred maximum size of 150 MB. Video and animation files supplied will be published online in the electronic version of your article in Elsevier Web products, including ScienceDirect. Please supply 'stills' with your files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate

image. These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data. For more detailed instructions please visit our [video instruction pages](#). Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

Supplementary material

Supplementary material such as applications, images and sound clips, can be published with your article to enhance it. Submitted supplementary items are published exactly as they are received (Excel or PowerPoint files will appear as such online). Please submit your material together with the article and supply a concise, descriptive caption for each supplementary file. If you wish to make changes to supplementary material during any stage of the process, please make sure to provide an updated file. Do not annotate any corrections on a previous version. Please switch off the 'Track Changes' option in Microsoft Office files as these will appear in the published version.

AudioSlides

The journal encourages authors to create an AudioSlides presentation with their published article. AudioSlides are brief, webinar-style presentations that are shown next to the online article on ScienceDirect. This gives authors the opportunity to summarize their research in their own words and to help readers understand what the paper is about. [More information and examples are available](#). Authors of this journal will automatically receive an invitation e-mail to create an AudioSlides presentation after acceptance of their paper.