



# **INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

### **ESTUDO COMPARATIVO DA AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE EM PACIENTES A SUBMETER A CIRURGIA ORAL VERSUS PACIENTES EM CONSULTA DE AVALIAÇÃO INICIAL**

Trabalho submetido por  
**Adriana da Silva Ramirez Camões**  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

**outubro de 2019**





**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**ESTUDO COMPARATIVO DA AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE EM  
PACIENTES A SUBMETER A CIRURGIA ORAL VERSUS  
PACIENTES EM CONSULTA DE AVALIAÇÃO INICIAL**

Trabalho submetido por  
**Adriana da Silva Ramirez Camões**  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por  
**Prof. Doutor Francisco João Salvado e Silva**

**outubro de 2019**



## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Doutor Francisco João Salgado e Silva pela sua orientação, disponibilidade, paciência e todo o profissionalismo demonstrado ao longo deste projeto.

Ao Prof. Doutor Luís Proença por toda a ajuda disponibilizada, perseverança e sobretudo prontidão em ajudar e solucionar problemas e dúvidas durante o estudo.

À Mariana que se tornou num apoio incansável, que sempre teve uma palavra de motivação e me fez ver sempre o lado positivo, pela sua ajuda e conselhos.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram em todas as minhas decisões, que nunca me deixaram cair e que confiaram em mim. Que desde que me lembro de mim, são e serão sempre o meu porto de abrigo, o meu sinónimo de casa, que me ensinam todos os dias que a vida nem sempre é um mar de rosas, mas que o rumo que ela toma estará sempre nas nossas mãos e que o amor e união falará sempre mais alto. Que lutam todos os dias para me ver sorrir.

À minha avó, por quem nutro tanto carinho e amor e que sempre me devolveu esses sentimentos a dobrar ao longo da minha vida.

Ao Jorinho e ao João Maria, por serem duas das minhas grandes alegrias, por serem a minha motivação e felicidade em todos os momentos.

À Inês e ao João, por serem a família que eu escolhi, os meus irmãos mais velhos, os meus pilares ao longo destes 5 anos, os melhores amigos que alguma vez poderia ter.

Ao Eduardo, por ser a minha maior e melhor companhia e me fazer crescer como pessoa diariamente e pela amizade e amor durante estes 5 anos.

Ao Revis, pela amizade incondicional, bondade e força que sempre me demonstrou.

À Carolina, pela amizade simples e verdadeira, por ser o melhor acaso da minha vida.

Às minhas amigas, Bárbara, Débora, Catarina, Inês, Marta, Núria, Patrícia e Rita por todos os momentos vividos e experienciados, por criarem as melhores memórias e histórias que levo comigo, mas também por saber que estarão sempre lá.

Ao Instituto Universitário Egas Moniz, por me ter feito viver os melhores anos da minha vida, por ser a minha segunda casa, por todas as lições e aprendizagens, por me ter proporcionado um percurso académico tão marcante, por todos os momentos únicos que ficarão para sempre gravados na minha memória e sobretudo no coração.



## RESUMO

**Introdução:** A ansiedade dentária é uma problemática experienciada pela maioria dos indivíduos. A identificação e gestão destes pacientes é fundamental para que exista uma harmonia no consultório médico-dentário.

**Objetivo:** Comparar os níveis de ansiedade dentária dos pacientes submetidos à Consulta de Cirurgia Oral comparativamente aos pacientes da Consulta de Avaliação Inicial, identificando assim os pacientes ansiosos e se o tipo de tratamento a que são submetidos influencia o seu nível de ansiedade.

**Materiais e Métodos:** Neste estudo observacional transversal, foram considerados 85 pacientes, dos quais 46 pacientes na Consulta de Avaliação Inicial e 39 na Consulta de Cirurgia Oral da Clínica Dentária Egas Moniz, no período de junho a julho de 2019. Foram aplicados questionários da Escala de Ansiedade Dentária Modificada validados para a população portuguesa, a ambos os grupos, após Consentimento Informado. Foram recolhidos dados sociodemográficos dos pacientes como o sexo e a idade. A análise estatística foi realizada no SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*®, V. 24.0).

**Resultados:** O nível médio de ansiedade dentária registado na Consulta de Cirurgia Oral foi de  $9.90 \pm 5,684$  e na Consulta de Avaliação Inicial de  $8.76 \pm 3,233$ . Na consulta de Cirurgia Oral, 33,33% dos indivíduos foram considerados “moderadamente ansioso” e 7.69% “extremamente ansioso”, face aos 36.96% considerados “moderadamente ansioso” e 2.17% considerados “extremamente ansioso” na Consulta de Avaliação Inicial. Não foi encontrada associação entre o nível de ansiedade dentária e as variáveis sociodemográficas ( $p > 0,05$ ).

**Conclusão:** O maior nível de ansiedade dentária registada na consulta de Cirurgia Oral em relação a registada na consulta de avaliação inicial não é estatisticamente significativa.

**Palavras-chave:** Ansiedade Dentária; Cirurgia Oral; Medicina Dentária; Escala de Ansiedade Dentária Modificada;



## ABSTRACT

**Introduction:** Dental anxiety is a problem experienced by the most individuals. The identification and management of these patients is essential for a balanced and harmonious practice.

**Objectives:** To compare the levels of dental anxiety in patients undergoing the Oral Surgery Consultation compared to the patients in the Initial Assessment Consultation, thus identifying anxious patients and whether the type of treatment they undergo influences their anxiety level.

**Materials and methods:** A cross-sectional observational study of a sample of 46 patients at the Inicial Assesment Consultation and 39 at the Oral Surgery Consultation, in the Egas Moniz Dental Clinic, selected from June to July 2019. Modified Dental Anxiety Scale questionnaire validated for the Portuguese population was applied for both groups, after informed consent. Sociodemographic data were collected from patients such as gender and age. Statistical analysis was performed using the SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*®, V. 24.0).

**Results:** The average level of dental anxiety recorded at the Oral Surgery Consultation was  $9.90 \pm 5,684$  and the Initial Assessment Consultation at  $8.76 \pm 3,233$ . At the Oral Surgery Consultation 33,33% of the individuals were considered “moderately anxious” and 7,69% “extremely anxious”, compared to 36,96% considered “moderately anxious” and 2,17% considered “extremely anxious” at the Initial Assessment Consultation. No association was found between dental anxiety level and sociodemographic variables ( $p > 0,05$ ).

**Conclusion:** The higher level of dental anxiety recorded at the Oral Surgery consultation compared to the Initial Assessment consultation is not statistically significant.

**Keywords:** Dental Anxiety; Oral Surgery; Dentistry; Modified Dental Anxiety Scale;



## ÍNDICE GERAL

<b>I. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1. ANSIEDADE NO TRATAMENTO DENTÁRIO .....	15
1.1. DISTINÇÃO ENTRE MEDO, ANSIEDADE E FOBIA DENTÁRIA.....	17
1.2. MODELOS TEÓRICOS DA ANSIEDADE NO TRATAMENTO DENTÁRIO .....	18
1.2.1. ANSIEDADE EXÓGENA.....	19
1.2.1.1. EXPERIÊNCIAS DIRETAS .....	19
1.2.1.2. EXPERIÊNCIAS INDIRETAS .....	19
1.2.2. ANSIEDADE ENDÓGENA.....	20
1.3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO AFETADA PELA ANSIEDADE DENTÁRIA .....	20
1.3.1. PREVALÊNCIA.....	20
1.3.2. SEXO .....	21
1.3.3. IDADE .....	23
1.3.4. ESTADO DE SAÚDE ORAL .....	23
1.4. CARACTERIZAÇÃO E SINAIS DE PACIENTES ANSIOSOS.....	24
1.5. CAUSAS E FATORES DESENCADEANTES DA ANSIEDADE DENTÁRIA .....	25
2. GESTÃO DA ANSIEDADE DENTÁRIA NO CONSULTÓRIO.....	27
2.1. INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS.....	28

2.1.1. IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO MÉDICO DENTISTA/PACIENTE.....	29
2.2. INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS .....	30
2.2.1. SEDAÇÃO.....	31
2.2.1.1. SEDAÇÃO VIA ORAL .....	32
2.2.1.2. SEDAÇÃO VIA INALATÓRIA .....	33
3. RELAÇÃO ENTRE A EXODONTIA E A ANSIEDADE DENTÁRIA.....	33
4. QUANTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DENTÁRIA.....	35
4.1. ESCALA DE ANSIEDADE DENTÁRIA MODIFICADA (MDAS).....	36
<b>II. OBJETIVOS DO ESTUDO .....</b>	<b>39</b>
<b>III. HIPÓTESES DO ESTUDO.....</b>	<b>41</b>
<b>IV. MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>43</b>
1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	43
2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	43
3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	43
4. LOCAL DO ESTUDO.....	43
5. SELEÇÃO DA AMOSTRA .....	43
6. RECOLHA DE DADOS.....	44
7. ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	45
8. QUESTIONÁRIO .....	45
<b>V. RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>

<b>VI. DISCUSSÃO.....</b>	<b>63</b>
<b>VII. CONCLUSÃO .....</b>	<b>69</b>
<b>VIII. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>71</b>
<b>IX. ANEXOS</b>	



## ÍNDICE FIGURAS

Figura 1- Esquema representativo da cadeia de acontecimentos desencadeados pela ansiedade dentária (Adaptado de Armfield, 2007). .....	16
Figura 2- Causas e fatores associados à ansiedade dentária. (Adaptado de Hmud,2009). .....	27
Figura 3- Intervenções psicoterapêuticas utilizadas em consultório (Adaptado de Appukuttan, 2016).....	28



## ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra relativamente ao sexo .....	47
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra relativamente à idade.....	48
Tabela 3 - Distribuição da amostra relativamente à sua faixa etária.....	48
Tabela 4 - Distribuição da amostra relativamente aos questionários aplicados pelas unidades curriculares.....	49
Tabela 5 - Distribuição sociodemográfica da amostra da Consulta de Avaliação Inicial relativamente ao sexo .....	50
Tabela 6 - Distribuição da amostra da consulta de avaliação inicial relativamente á sua faixa etária.....	51
Tabela 7 - Distribuição da frequência de respostas dos pacientes da Consulta de Avaliação Inicial.....	53
Tabela 8 - Distribuição sociodemográfica da amostra da Consulta de Cirurgia Oral relativamente ao sexo .....	54
Tabela 9 - Distribuição da amostra da Consulta de Cirurgia Oral relativamente á sua faixa etária.....	55
Tabela 10 - Distribuição da frequência das respostas dos pacientes da Consulta de Cirurgia Oral .....	57
Tabela 11 - Comparação do <i>score</i> médio por pergunta na Consulta de Avaliação e na Consulta de Cirurgia Oral .....	59
Tabela 12 - Classificação do nível de ansiedade dos participantes de acordo com o <i>score</i> total do questionário Escala de Ansiedade Dentária Modificada.....	60
Tabela 13 - Comparação do nível de ansiedade da Consulta de Avaliação Inicial e a Consulta de Cirurgia Oral .....	61



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra relativamente ao sexo.....	47
Gráfico 2 - Distribuição da amostra relativamente à sua faixa etária .....	49
Gráfico 3 - Distribuição da amostra relativamente aos questionários aplicados pelas unidades curriculares.....	50
Gráfico 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra da Consulta de Avaliação Inicial relativamente ao sexo.....	51
Gráfico 5 - Distribuição da amostra da Consulta de Avaliação Inicial relativamente à sua faixa etária.....	52
Gráfico 6 - Caracterização sociodemográfica da amostra da Consulta de Cirurgia Oral relativamente ao sexo.....	55
Gráfico 7 - Distribuição da amostra da Consulta de Cirurgia Oral relativamente à sua faixa etária.....	56
Gráfico 8 - Classificação do nível de ansiedade dentária mediante as respostas dos questionários Escala de Ansiedade Dentária Modificada .....	61
Gráfico 9 - Comparação do nível de ansiedade da Consulta de Avaliação Inicial e Consulta de Cirurgia Oral .....	62



## **I. INTRODUÇÃO**

### **1. ANSIEDADE NO TRATAMENTO DENTÁRIO**

A ansiedade dentária pode ser descrita como um estado emocional caracterizado por aversão, apreensão ou preocupação, designado por uma reação antecipada, em resposta a um estímulo outrora previsto, relacionado diretamente com o tratamento dentário. É possível afirmar, que a ansiedade dentária desempenha um papel fundamental e é possivelmente uma das causas associadas à presença pouco assídua de pacientes na consulta de Medicina Dentária, prejudicando o papel preventivo do Médico Dentista em relação à Saúde Oral da população em geral (Caltabiano et al., 2018).

O paciente ansioso começa por manifestar uma diminuição do limiar de resistência à dor, tornando-se mais sensível a estímulos físicos. Estes acontecimentos não só podem prejudicar a qualidade da consulta, bem como, revelar-se um obstáculo à manutenção da Saúde Oral. A probabilidade de se gerar uma má experiência tem tendência a aumentar, passando o doente a evitar a consulta médico-dentária (Armfield, Slade & Spencer, 2009).

O estudo de Eli, Uziel, Blumensohn, & Baht, em 2004, afirma que 6% da população mundial evita realizar consultas assíduas ao Médico Dentista, recorrendo apenas a tratamento quando apresentam sintomas agravados e dor severa.

Alguns autores associaram os doentes com ansiedade dentária como os principais responsáveis na criação daquele que se pode designar como um ciclo vicioso que origina uma sucessão de acontecimentos que leva à sua falta de assiduidade à consulta de Medicina Dentária, evitando os cuidados básicos de Saúde Oral, agravando esta última (Crego, Carrillo-Díaz, Armfield, & Romero, 2014; Caltabiano et al., 2018; Zinke, Hanning, & Berth, 2018).

A ansiedade dentária e o medo dentário estão intimamente correlacionados e são atualmente vivenciados na população, havendo necessidade de aprofundar e esclarecer os antecedentes que estão na base da ansiedade dentária, de forma a existir a possibilidade da realização e aplicação de estratégias e programas eficazes. Alcançando-se deste modo a prevenção da ansiedade e fobia dentária e as suas consequências tanto a nível da

cavidade oral como no foro sistémico (Crego et al., 2014; Guivarc'h, Saliba-Serre, Jacquot, Le Coz, & Bukiet, 2017).

O fenómeno da ansiedade dentária inicia o seu aparecimento usualmente na infância, e é associado às primeiras idas ao Médico Dentista. O foco principal de prevenção incide então na população infantil, para que futuramente se evite a sua manutenção e/ou progressão na idade adulta (Crego et al., 2014).

Os procedimentos mencionados regularmente como os causadores de experiências anteriores dolorosas e traumatizantes são as exodontias, tratamentos que envolvem anestésicos locais injetáveis e tratamento endodôntico (Jeddy, Nithya, Radhika, & Jeddy, 2018; Prathima, Anjum, Reddy, Mounica, & Jayakumar, 2014; Oosterink, de Jongh, & Hoogstraten, 2009).



*Figura 1- Esquema representativo da cadeia de acontecimentos desencadeados pela Ansiedade Dentária (Adaptado de Armfield, 2007).*

### 1.1. DISTINÇÃO ENTRE MEDO, ANSIEDADE E FOBIA DENTÁRIA

O Medo, Ansiedade e Fobia Dentária na grande maioria das vezes são definidos como sendo apenas um só, ou caracterizados de maneira igual. Apesar de na literatura muitas vezes se considerarem como sinónimos, devem ser diferenciados (Klinberg & Broberg, 2007).

Segundo Márquez Rodríguez, Navarro Lizaranzu, Cruz Rodríguez & Gil Flores, em 2004, o medo de origem dentária define-se como sendo um distúrbio angustioso do ânimo perante uma situação perigosa real ou imaginária. Compreende uma reação emocional normal a um estímulo que é encarado de forma ameaçadora. Quando ocorre exposição do fator considerado indesejável, surge de imediato a sensação de medo, não sendo esta uma sensação antecipada. É importante salientar que a reação de medo é uma reação particular, isto é, em relação ao medo dentário, o fator desencadeador não abrange todo o tratamento dentário em si, ou mesmo o *setting* completo da consulta, mas é específico para algumas situações, materiais e/ou técnicas utilizadas (Rantavuori, Lahti, Hausen, Seppä & Kärkkäinen, 2004).

Em situações em que o medo está presente, é de prever que exista uma tentativa de contornar o fator causal. No medo dentário, estas tentativas podem traduzir-se numa falta de assiduidade à consulta de Medicina Dentária, comportamento e atitudes inadequadas ou mesmo resistência física e comportamental durante o procedimento (Márquez Rodríguez et al., 2004).

O medo dentário surge associado a experiências que envolveram dor ou trauma, ou de um medo generalizado a médicos e/ou hospitais (Oosterink et al., 2009).

Márquez Rodríguez et al., em 2004, mencionam a ansiedade como um padrão de comportamento complexo, que está associado a uma ativação fisiológica que promove uma resposta a estímulos internos (cognitivos e/ou somáticos) e externos (ambientais), que podem surgir antes e durante o tratamento dentário.

É possível distinguir a ansiedade dentária e o medo dentário, uma vez que a ansiedade segue um padrão de comportamento antecipatório, isto é, o estímulo que provoca a reação antecedente o tratamento dentário. A segunda diferença referenciada, baseia-se na vulgarização da resposta. No caso da ansiedade, o estímulo acaba por ser abstrato e geral,

provocando uma reação em que a fonte de ameaça não está bem definida ou pode não estar objetivamente presente, enquanto que, no medo, é possível afirmar que é algo mais concreto, que um estímulo específico possivelmente irá despoletar uma sensação de medo, até que o indivíduo ultrapasse esta barreira (Singh, Moraes, & Bovi Ambrosano, 2000).

Por fim, a ansiedade pode estar associada a casos em que o tratamento dentário é evitado, contrastando com a tentativa de escape deste procedimento, no caso do medo (Márquez Rodríguez et al., 2004).

A ansiedade e o medo, são experiências que, a um nível moderado, são consideradas de origem natural. Poderão vir a tornar-se preocupantes quando é necessário tratamento para as contornar. Isto acontece a partir do momento em que o medo e ansiedade se sentem de maneira desproporcional mediante a ameaça real, comprometendo as atividades quotidianas e o bem-estar do indivíduo (Klinberg & Broberg, 2007).

De forma mais explícita, o medo dentário é uma reação normal perante um ou mais estímulos próprios que estão associados ao tratamento dentário, enquanto que a ansiedade dentária é um estado de apreensão antecipado que envolve o pensamento de que o tratamento implicará algo negativo em si (Klinberg & Broberg, 2007).

A ansiedade dentária, levada a um nível severo, poderá ser considerada aquilo que se designa como fobia dentária. Esta pode ser definida por sentimentos exagerados e duradouros, relacionados com situações/objetos evidentemente identificados, como instrumentos rotatórios, ruído proveniente da turbina, agulhas e objetos cortantes, ou mesmo a todo o tratamento na sua globalidade (Klinberg & Broberg, 2007).

## **1.2. MODELOS TEÓRICOS DA ANSIEDADE NO TRATAMENTO DENTÁRIO**

O medo e a ansiedade dentária estão na origem de estímulos e sensações vividas, podendo estes, ser classificados como exógenos e endógenos. Assim, a origem da ansiedade quando considerada exógena depende de experiências passadas, classificando-se estas como experiências diretas ou indiretas. Quando considerada endógena, a ansiedade dentária é associada a uma predisposição que se reflete em distúrbios ansiosos, ansiedade generalizada e/ou até crises de pânico (Zinke et al., 2018).

### **1.2.1. ANSIEDADE EXÓGENA**

Existem sintomas que nos indicam quando um indivíduo está sob pressão, ou mesmo ameaçado, como sudorese palmar acentuada, tremores nos membros superiores, sensação flutuante no estômago e taquicardia. Estes são apenas exemplos de sintomas de ansiedade antecipatória, podendo um indivíduo apresentar outros que não se encontram contemplados, nem são tão facilmente identificáveis pelo paciente ou pelo Médico Dentista. Estas reações tornam-se normais e ocorrem no exterior dos limites do corpo humano, ocorrem em particular quando o indivíduo se sente stressado ou prejudicado por algum estímulo, ficando condicionado ao medo e ansiedade (Weiner, 1990).

Este tipo de ansiedade poderá ser despoletado em consequência de experiências diretas ou indiretas (Lopes, 2005).

#### **1.2.1.1. EXPERIÊNCIAS DIRETAS**

Consideram-se experiências diretas as que geralmente têm carácter negativo e ocorrem na consulta de Medicina Dentária, caracterizadas por episódios que envolvem dor ou susto, ou mesmo ocorrências negativas na relação Médico/paciente. Em ambas as situações, a consequência gerada será uma refutação emocional negativa por parte do paciente (Lopes, 2005).

#### **1.2.1.2. EXPERIÊNCIAS INDIRETAS**

Consideram-se experiências indiretas as que surgem em consequência de influências e relatos de experiências provenientes de indivíduos chegados, como pais, familiares, amigos ou até conhecidos, criando estereótipos associados a tratamentos dentários, surgindo até associados à Comunicação Social e meios de comunicação que hoje em dia se encontram ao dispor de qualquer indivíduo, resultando em comportamentos de imitação (Lopes, 2005).

Neste tipo de experiências, não é necessário que o indivíduo em questão tenha experienciado algum episódio traumatizante no consultório. A reação adversa e a ansiedade dentária estarão presentes, mesmo que essa pessoa nunca tenha sido prejudicada pelo Médico Dentista, criando assim uma variação nas reações ao medo. Sensações de impotência e perda de controlo poderão estar associadas e, aqui, deverá

entrar o controlo comportamental e cognitivo, de forma a atenuar estas reações (Lopes, 2005).

### **1.2.2. ANSIEDADE ENDÓGENA**

Os sintomas que caracterizam a ansiedade endógena acabam por se tornar mais críticos do que os referidos anteriormente, nomeadamente sintomas mais comuns como sensação de vertigens, tonturas, dificuldades respiratórias, sensações dolorosas no peito, hiperventilação, parestesias e sensação de nó na garganta. No entanto, estes sintomas podem variar consoante o nível de ansiedade. Podemos estar perante um paciente que desencadeia ataques de ansiedade, de forma inesperada e sem qualquer tipo de estímulo provocador. (Weiner, 1990).

## **1.3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO AFETADA PELA ANSIEDADE DENTÁRIA**

### **1.3.1 PREVALÊNCIA**

De acordo com Baxter, Scott, Vos & Whiteford, em 2013, a prevalência global, a nível mundial, de transtornos de ansiedade é de 7.3%, sugerindo que, em cada catorze pessoas, de todo o mundo, pelo menos uma sofre de distúrbios relacionados com a ansiedade. De acordo com o mesmo artigo, uma em cada nove pessoas tem tendência para vir a experienciar sensações ansiosas numa determinada altura da sua vida.

Em 2012, foi avaliada a ansiedade dentária em pacientes que visitaram uma clínica dentária localizada na Índia. Foi aplicado o questionário da *Modified Dental Anxiety Scale* e, a partir deste, foi possível verificar que a prevalência da ansiedade é elevada, com resultados na ordem dos 50.2%, sendo que a ansiedade classificada como um nível severo compreendeu apenas 4.38% da amostra (Marya, Grover, Jnaneshwar, & Pruthi, 2012).

No Brasil, foi realizado um estudo onde os indivíduos responderam a um questionário que relacionava as características sociodemográficas com o nível de ansiedade, a frequência nas consultas de Medicina Dentária e os procedimentos dentários realizados, onde 26% dos inquiridos referiu que tem medo de ir ao Médico Dentista e ainda que a principal causa seriam experiências passadas dolorosas e desagradáveis (dos Santos, Campos & Martins, 2007).

Na Austrália, foi também avaliada a ansiedade e medo dentário a partir de três escalas diferentes e, mesmo a prevalência estando dependente da escala utilizada, de forma global, a prevalência foi de 18.8%. A partir do questionário da *Dental Anxiety Scale* a ansiedade dentária teve uma prevalência de 18.1%, concluindo também que a ansiedade demonstrada tem por base o medo do custo do tratamento, medo de agulhas e objetos cortantes e receio de procedimentos complexos que possam causar dor (Armfield, 2010).

Ainda na Austrália, um outro estudo realizado numa clínica universitária, avaliou o nível de ansiedade dentária pela aplicação de questionários da Escala de Ansiedade Dentária Modificada, sendo que o valor mínimo e máximo dos *scores* obtidos neste questionário são de 5-25 respetivamente, o valor médio foi de 10.76, mostrando que em média os pacientes se classificam como “moderadamente ansioso” (Caltabiano et al., 2018).

Como se pode verificar pelos estudos realizados ao longo dos anos em diversos países com culturas diferentes e um nível de desenvolvimento desigual, a ansiedade dentária, ainda que ao longo dos anos tenha vindo a diminuir, continua a estar presente na consulta de Medicina Dentária, afetando a população mundial. A ansiedade dentária tende ainda a prevalecer associada a procedimentos dentários que possam desencadear dor, proporcionar más experiências e ainda associados a tratamentos com agulhas e instrumentos rotatórios (Ferreira, Manso, & Gavinha, 2008).

### **1.3.2. SEXO**

O sexo do indivíduo poderá influenciar o nível de ansiedade dentária. No geral, o sexo feminino apresenta uma maior prevalência de medo e ansiedade dentária e com reações mais exacerbadas, do que o sexo masculino (Armfield, Spencer, & Stewart, 2006).

A literatura sugere que tanto mulheres como indivíduos jovens revelam níveis de ansiedade mais elevados, quando comparados com homens e indivíduos de idade mais avançada. Conclui-se assim que as mulheres apresentam uma desvantagem em relação aos homens, isto porque, apesar de estarem cientes que sentem ansiedade dentária, acabam por ser incapazes de lidar com a situação, pois o seu desejo de controlo e relaxamento acaba por criar uma tensão psicológica e gerar estados mais ansiosos, quando comparadas com o sexo masculino (Liddell & Locker, 1997).

De acordo com o estudo de Caltabiano et al., em 2018, que consistiu na aplicação de questionários que quantificam o nível de ansiedade dentária pela Escala de Ansiedade Dentária Modificada, os indivíduos do sexo feminino exibiram um *score* médio mais elevado do que os indivíduos do sexo masculino. Este resultado pode ser explicado pelos indivíduos do sexo feminino relatarem um menor limiar de dor e ainda menor tolerância à mesma.

Na perspectiva de outros autores, não existe uma diferença significativa na prevalência de ansiedade dentária associada ao sexo dos indivíduos estudados, mas sim que, as diferenças presentes nos resultados de alguns estudos, podem ser explicados pelo elevado número de indivíduos do sexo feminino que responde aos questionários, não existindo uma randomização de distribuição eficaz da amostra (Lima Alvarez & Casanova Rivero, 2006). Assume-se que, regra geral, os indivíduos do sexo feminino obtêm *scores* mais elevados nos questionários, mostrando assim um nível de ansiedade mais distinto na consulta de Medicina Dentária, que pode refletir uma diferença real do nível de ansiedade dentária em meio médico-dentário (Stouthard & Hoogstraten, 1990). Por outro lado, isto pode ser justificado plausivelmente, com a tendência para o sexo feminino ser capaz de admitir a ansiedade e medo. É de prever que estes indivíduos estejam mais preparados para admitir medo e conseqüentemente demonstrar a ansiedade sentida e associada a tratamentos dentários do que os do sexo oposto (Lopes, 2005).

Os resultados elevados relativamente à ansiedade dentária nos indivíduos do sexo feminino, pode ainda ser justificada devido ao fenómeno da aceitação social, isto é, estes indivíduos sentem-se mais livres de expressar os seus medos, e julga-se que possivelmente os indivíduos do sexo masculino consigam controlar melhor a ansiedade, ou agir de forma menos perceptível. Isto pode muitas vezes ser resultado da Saúde Oral precária dos indivíduos do sexo masculino, o que leva a que indivíduos do sexo oposto admitam mais facilmente o sentimento de ansiedade dentária, uma vez que mais rapidamente estão capazes de iniciar tratamento e ser previamente controladas na consulta de Medicina Dentária, não chegando a atingir estados de Saúde Oral tão extremos e complexos (Lima Alvarez & Casanova Rivero, 2006).

### **1.3.3. IDADE**

A questão da idade e desde quando é que surge a ansiedade dentária, tem sido menosprezada, no entanto poderá tornar-se importante, dando a entender as origens deste tipo de sensações face ao Médico Dentista (Locker, Liddell, Dempster, & Shapiro, 1999).

Durante o tratamento dentário, as crianças e adolescentes são quem demonstra mais medo perante o Médico Dentista, sendo o medo e ansiedade dentária um dos maiores problemas nas consultas direcionadas a estas faixas etárias. Profissionais de Saúde Oral referem que adultos entre a 4ª e 5ª década de vida, são mais ansiosos perante os tratamentos dentários, e que, com o avançar da idade, a ansiedade tende a aumentar devido ao maior número de tratamentos e consequentemente maior possibilidade de más experiências (Lima Alvarez & Casanova Rivero, 2006). No entanto, segundo Humphris, Dyer & Robinson, em 2009, no estudo que determinou qual a relação da ansiedade dentária com a faixa etária, não foram estabelecidos resultados significativos que afirmassem que as faixas etárias mais baixas apresentassem elevados níveis de ansiedade, mas foi possível afirmar que a possibilidade de estes indivíduos serem considerados ansiosos era 4 vezes mais elevada quando comparados com faixas etárias a rondar os 60 anos de idade. A ansiedade dentária pode ser considerada como uma sensação estável, independentemente de surgirem alterações no tratamento esta pode manter-se no indivíduo, no entanto, com o avançar da idade, e a forma como é explicado e entendido o procedimento pode ser um ponto de sucesso na redução de sensações ansiosas relacionadas com a consulta de Medicina Dentária, como relatado por estudos mais recentes que confirmam que quanto maior a faixa etária dos pacientes, para além da diferença de maturidade e perceção de procedimentos dentários, é possível afirmar que a maioria dos pacientes adultos, ou de meia-idade, não só já experienciaram vários tratamentos dentários, como, quando foram inquiridos, não foi potencialmente a primeira exodontia realizada, uma vez que a conjugação de problemas dentários associada com doenças sistémicas é um fator que aumenta a perda dentária, consoante a idade (Suvan, Finer, & D’Aiuto, 2018).

### **1.3.4. ESTADO DE SAÚDE ORAL**

Numa perspetiva geral, a ansiedade dentária pode fazer-se acompanhar por comportamentos aversivos por parte do paciente, resultando numa falta de assiduidade à consulta de Medicina Dentária, isto é, as visitas, que deveriam ser regulares, tornam-se

raras ou mesmo quando é estritamente necessário, por exemplo quando a sintomatologia dolorosa já não é tolerável pelo paciente, assim prevê-se que indivíduos com altos níveis de ansiedade dentária apresentem um estado de saúde oral debilitado e o que pode mesmo prejudicar a qualidade de vida destes indivíduos (Dou et al., 2018).

Segundo, Cohen, em 1985, existe uma possível associação entre as pontuações da Escala de Ansiedade Dentária e o estado das superfícies dentárias cariadas, peças dentárias ausentes ou obturadas. McGrath & Bedi, em 2004, confirmam o estudo supracitado, afirmando que os níveis de ansiedade dentária estão associados a défices de Saúde Oral, sendo que indivíduos com ansiedade dentária elevada têm mais peças dentárias cariadas, maior índice de peças dentárias perdidas e ainda número total de peças dentárias inferior, quando comparados com indivíduos não ansiosos.

Quando estudada a relação entre o medo dentário, experiências na consulta de Medicina Dentária e o estado de Saúde Oral dos pacientes, torna-se possível afirmar que os indivíduos que revelam ansiedade dentária e medo de realizar tratamentos dentários são capazes de perceber que o seu estado de Saúde Oral poderá estar comprometido. Apresentam ainda uma elevada preocupação com a aparência do seu sorriso, no entanto, só se mostram disponíveis para presenciar uma consulta quando está presente dor ou mesmo hemorragia das mucosas (Milgrom, Fiset, Melnick, & Weinstein, 1988).

A ansiedade dentária, parece ser uma razão para o cancelamento ou ausência dos pacientes em consultório. Mais se pode afirmar que pode desencadear atrasos na procura de tratamento ou, em casos particulares, evitação total ao tratamento dentário. O atraso na procura do tratamento está associado a um nível de Saúde Oral precário e a prognósticos desfavoráveis para realização de procedimentos restauradores, sendo muitas vezes a única opção de tratamento a exodontia (Wang, Vinall-Collier, Csikar, & Douglas, 2017).

#### **1.4. CARACTERIZAÇÃO E SINAIS DE PACIENTES ANSIOSOS**

A ansiedade dentária, no geral, é mais predominante no sexo feminino e, de acordo com a literatura revista, o paciente ansioso pode caracterizar-se pertencendo a estratos

socioeconómicos mais baixos, níveis de escolaridade reduzidos, apresentando défices na higiene e Saúde Oral (Syed, Bilal, Dawani, & Rizvi, 2013).

Os pacientes que sofrem de ansiedade dentária apresentam diversas características que auxiliam na sua identificação. Estes tipos de pacientes, por norma, mostram-se envergonhados, inibidos, apresentam falta de autoconfiança e, sobretudo, falta de confiança nos profissionais de Saúde Oral. Estes pacientes tendem a ser hipersensíveis à dor e muitas vezes sofrem de angústia quando neste contexto (Lima Alvarez & Casanova Rivero, 2006).

Relativamente aos sinais corporais, pacientes ansiosos podem manifestar vermelhidão corporal, dores peitorais, sudorese acentuada, dispneia, xerostomia e, por vezes, distúrbios gastrointestinais (Lima Alvarez & Casanova Rivero, 2006).

### **1.5. CAUSAS E FATORES DESENCADEANTES DA ANSIEDADE DENTÁRIA**

A ansiedade dentária é uma sensação complexa e multifatorial, de modo que, não pode ser explicada com base apenas num único fator ou variável causal. No entanto, existe um conjunto de fatores (Fig.2) que podem estar intimamente associados ao aparecimento da ansiedade dentária. As causas que podem despertar sensações de ansiedade dentária em consultório, podem depender do indivíduo em si, como pessoa, do Médico Dentista, do consultório ou clínica dentária e ainda do tratamento dentário realizado/ a realizar (Hmud & Walsh, 2009).

De entre estes fatores, e daqueles que estão relacionados com o paciente, podemos incluir características pessoais do indivíduo, isto é, se o paciente já apresenta traços neuróticos, ou mesmo se sente ansiedade de um modo geral e não só associada a tratamentos dentários, medo de sentir dor, experiências dentárias traumáticas anteriores, influências familiares e de amigos que provocam medo e, por fim, o risco de ocorrência de lesões sanguíneas (Hmud & Walsh, 2009).

No que diz respeito ao Médico Dentista, as suas habilidades comunicativas, ambiente de trabalho e relação Médico/paciente podem ser fatores essenciais que, quando não se

encontram em equilíbrio, podem aumentar o nível de ansiedade sentido por este último (Hmud & Walsh, 2009).

A atmosfera do consultório, os ruídos, cheiro e até o ambiente da sala de espera podem desempenhar um papel crucial face à ansiedade que os pacientes demonstram (Hmud & Walsh, 2009).

Ainda visto como um dos principais fatores associado a situações ansiosas surgem os tipos de tratamentos dentários como exodontias ou tratamentos que envolvam agulhas e seringas, tratamento endodôntico, tartarectomia e alisamento radicular, tratamentos que envolvam a sensação de perfuração com instrumentos rotatórios, cimentação e preparo de coroas e, por último, procedimentos que possam causar refluxo/sensação de vômito ao paciente (Hmud & Walsh, 2009).

Existem vários estudos que provaram que os tratamentos dentários que envolvem os pontos gatilho mais propícios a desenvolver ansiedade dentária são os procedimentos restauradores, isto porque combinam o som dos instrumentos rotatórios, com coadjuvante da sensação de perfuração causada pelos mesmos, que são utilizados neste tipo de procedimentos, acrescentando ainda que, na maioria das situações, existe a sensação de injeção de anestésico local na cavidade oral, podendo ainda as agulhas estarem presentes no campo de visão do paciente. Nesta situação, e em caso de tratamento de pacientes ansiosos, o procedimento poderá ser executado de maneira diferente, aplicando a política internacionalmente reconhecida como uma forma simples de reduzir a ansiedade causada por estes tratamentos, designada como a regra dos 4 S's - *Sights, Sounds, Sensations, Smells*, que visa reduzir todos os estímulos associados a estes quatro fatores, obstruindo a visão do paciente para agulhas, seringas e objetos cortantes, diminuir o ruído dos instrumentos rotatórios, diminuir sensações de injeção de anestesia local, sensações de perfuração com instrumentos de alta rotação e atenuar os cheiros característicos do consultório, ou até mesmo do eugenol e sistemas adesivos utilizados (Cohen, Fiske, & Newton, 2000).

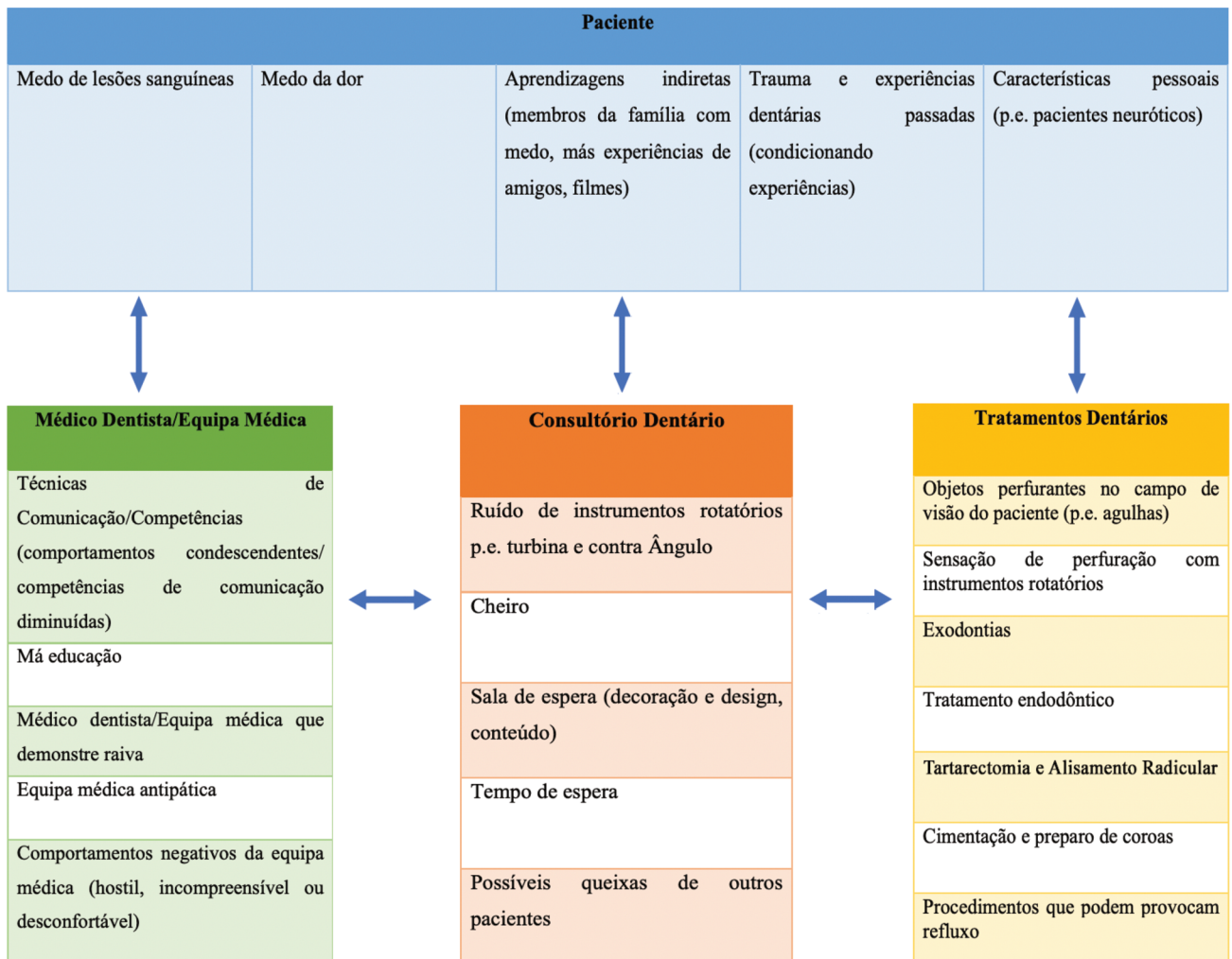


Figura 2- Causas e fatores associados à ansiedade dentária. (Adaptado de Hmud, 2009).

## 2. GESTÃO DA ANSIEDADE DENTÁRIA NO CONSULTÓRIO

A ansiedade dentária é uma patologia multifatorial. Deste modo, não se encontra referenciada uma única terapia para o seu tratamento, ou mesmo diminuição, mas sim um conjunto de possibilidades de tratamento e estratégias que o Médico Dentista pode adotar de forma a contribuir para o equilíbrio e harmonização da consulta. O objetivo inicial passa pela avaliação minuciosa do paciente, identificando as razões pela qual este se possa sentir ansioso, bem como quantificar o seu nível de ansiedade, de forma a planear e ajustar o tratamento dentário (Appukuttan, 2016).

A ansiedade dentária pode ser contornada a partir de intervenções psicoterapêuticas, ou seja, terapêutica comportamental e cognitiva, ou em casos em que o nível de ansiedade é bastante elevado, ou incontrolável, pelas estratégias ditadas anteriormente, torna-se

necessário recorrer a intervenções farmacológicas, ou à conjugação de ambas as estratégias (Appukuttan, 2016).

## **2.1. INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS**

As intervenções não farmacológicas, também conhecidas como intervenções psicoterapêuticas (Fig.3) são baseadas na terapia comportamental e cognitiva. Atualmente existe uma conjugação entre as duas, denominada Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que tem vindo a demonstrar-se um sucesso na gestão dos níveis de ansiedade dos indivíduos que frequentam a consulta médico-dentária (Appukuttan, 2016).

Todas estas técnicas podem ser complementadas com aplicação de questionários que quantificam o nível de ansiedade, demonstrando ser um intermediário entre a identificação de pacientes ansiosos e as técnicas utilizadas, o que permite gerenciar as possíveis reações inesperadas em consulta, bem como auxiliar na melhoria da cooperação do paciente durante o tratamento (Carter, Carter, Boschen, AlShwaimi & George 2014).

Intervenções Psicoterapêuticas
Habilidades comunicativas, relação interpessoal agradável, construção de confiança:
Técnica iatrosedativa
Técnicas controlo comportamental
Técnicas respiratórias e de relaxamento
Imaginação guiada
Biofeedback
Hipnoterapia
Acupuntura
Técnicas de distração
Técnica de aprimoramento do controlo – “Dizer, mostrar, fazer”
Dessensibilização sistemática ou terapia de exposição – Reforço positivo
Terapia comportamental
Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

*Figura 3- Intervenções psicoterapêuticas utilizadas em consultório (Adaptado de Appukuttan, 2016)*

### **2.1.1. IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO MÉDICO DENTISTA/PACIENTE**

Os pacientes ansiosos requerem um conhecimento ainda mais aprofundado no que diz respeito às habilidades interpessoais de um Médico. Deste modo, as técnicas de comunicação e comportamento em consulta devem ser inculcadas desde a formação do Médico Dentista, de forma a promover uma boa relação com o paciente. A confiança, conhecimento dos procedimentos, controlo, capacidade de prever as mais diversas situações e, por fim, boas capacidades de transmissão da mensagem pretendida acabam por ser a chave do sucesso ao lidar com pacientes ansiosos (Korpela & Vaununmaa, 2019).

A comunicação, em si, envolve três vertentes basais: a comunicação verbal, comunicação não verbal e comunicação paraverbal. A comunicação verbal compreende o conteúdo da linguagem e mensagem que pretende ser transmitida, bem como o poder de seleção das palavras utilizadas. A comunicação não verbal engloba todos os atos e atitudes que são desencadeados pela linguagem corporal do indivíduo, que posteriormente desenvolve a postura do Médico, baseando-se em gestos, expressões faciais e até mesmo distâncias espaciais. A comunicação paraverbal é tudo o que envolve componentes como o tom de voz do indivíduo, o seu volume, afinação e ritmo. É de salientar que, ao comunicarmos, a tendência é colocar toda a importância na comunicação verbal, sendo que esta apenas demonstra uma relevância de 10% no total da mensagem que é entregue ao paciente, ao invés da comunicação não verbal e paraverbal que constituem a restante percentagem (Ranjan, Kumari & Chakrawarty 2015).

Usualmente os Médicos não se focam em dar a atenção necessária ao paciente, bem como manter o paciente informado de forma adequada, quer seja do plano de tratamento ou mesmo da patologia que o mesmo apresenta. O idioma praticado numa clínica também poderá causar algumas dificuldades de comunicação entre Médico e paciente. Por fim, as falhas humanas, nomeadamente o stress, fadiga, ou até privação de tempo, podem gerar um ambiente desagradável (Ranjan et al., 2015).

A compreensão da componente verbal da comunicação é muito mais do que o simples facto de escutar o paciente, mas sim, absorver e interpretar atitudes, necessidades e motivos que vão além do seu discurso. Podem enumerar-se algumas estratégias e

intervenções capazes de auxiliar o Médico a aprimorar as suas habilidades comunicativas, fazendo parte destas colocar o paciente confortável e evitar atritos e desavenças em ambiente de consulta, ou mesmo entre os corredores do consultório, demonstrar interesse no discurso do paciente, linguagem corporal do mesmo, usufruindo da própria linguagem corporal, tomando atitudes como inclinar-se para o paciente, transparecer ao paciente que se compreendeu os seus problemas e motivos, acenando a cabeça, exibindo cuidado e atenção, tentar não interromper o paciente e, por fim, propor ao paciente se tem algo mais a acrescentar (Ranjan et al., 2015).

A primeira impressão pode ser um desenrolar para uma relação Médico/paciente de excelência. Não se trata do discurso que o médico pode adotar, mas sim a forma como este o faz, assim é fundamental que o Médico respeite a confidencialidade e privacidade do paciente, mostrando que o consegue fazer. O Médico deverá ser o primeiro a saudar o paciente, caso tal não aconteça, o impasse criado poderá aparentar insegurança da parte do profissional. É essencial uma apresentação e um cumprimento que seja socialmente aceitável. A preparação do Médico deve incluir que este tenha conhecimento do nome próprio do paciente, uma vez que dirigir-se a um paciente pelo nome poderá criar um sentimento de conforto. Instituir um contacto visual, mantê-lo em intervalos razoáveis e realizar uma primeira consulta geral sem procedimentos terapêuticos são fatores que fortalecem um ambiente confortável e que podem ser uma mais valia no tratamento de pacientes ansiosos (Barrier, Li, & Jensen, 2003).

## **2.2. INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS**

Nos pacientes que apresentam níveis elevados de ansiedade, não tratáveis de outro modo, devemos recorrer a agentes farmacológicos (Newton, Asimakopoulou, Daly, Scambler, & Scott, 2012).

A sedação ou a anestesia geral são duas estratégias utilizadas no controlo farmacológico da dor e no domínio dos níveis de ansiedade, no entanto, devem apenas ser a solução terapêutica em situações em que o paciente não tem capacidade de resposta, não apresenta uma boa cooperação, quando as técnicas psicoterapêuticas fracassaram e ainda quando se considera um paciente com fobia dentária (Appukuttan, 2016).

O tratamento farmacológico em pacientes ansiosos não deve ser uma terapia utilizada de forma precipitada, existindo diversos fatores a considerar como a avaliação dos riscos envolvidos na terapia farmacológica, quando comparada com a terapia comportamental, tendo por base uma seleção de fármacos que vão de acordo com a evidência científica, cálculo e análise do nível de ansiedade dentária do paciente, compreensão das necessidades cognitivas, emocionais e pessoais do paciente, utilização e monitorização do equipamento apropriados, consideração do custo do procedimento e, não menos importante, a experiência do Médico Dentista (Appukuttan, 2016).

### **2.2.1. SEDAÇÃO**

O processo de sedação pode ser definido como a utilização de um fármaco para a redução da percepção do paciente relativamente ao meio ambiente envolvente. A sedação pode ser caracterizada como sedação consciente, sedação profunda ou, em casos extremos, sedação geral. Este processo não é responsável pelo controlo da dor, não excluindo a necessidade de utilização de anestésicos locais (Appukuttan, 2016).

Na sedação consciente a utilização do fármaco cria uma resposta inibitória do sistema nervoso central, permitindo assim a realização do procedimento dentário. O paciente permanece em estado de consciência e o contacto verbal continua presente durante toda a consulta. O objetivo dos fármacos, neste tipo de terapia, passa por manter o paciente consciente e que se torne improvável a ocorrência de uma perda de consciência durante a consulta (Appukuttan, 2016).

Este procedimento deve englobar uma história clínica minuciosa, podendo as vias de administração ser inalatórias, intravenosas, orais, sublinguais, intranasais, intramusculares ou retais. Todos os registos médicos, sociais e dentários do paciente devem ser do conhecimento do Médico Dentista. Em momento algum a sedação deve ser indicada como tratamento quando existem contra-indicações ou caso não exista uma indicação específica para realizar este procedimento (O'Halloran, 2013).

Atingir um resultado bem-sucedido na terapia realizada com sedação implica alargar o ponto de vista do tratamento, para além das técnicas que este procedimento envolve, isto é, o Médico Dentista deve conseguir absorver o discurso e postura do paciente e encontrar um ponto de equilíbrio com os efeitos químicos da sedação, mantendo a boa disposição

do paciente para alcançar um tratamento bem-sucedido (Woolley, Chadwick, & Pugsley, 2017).

As intervenções farmacológicas podem ser aplicadas em pacientes com nível de ansiedade dentária moderado, recorrendo a sedação considerada de mínima a moderada por via oral (Sebastiani, Dym, & Wolf, 2016).

Em níveis de ansiedade dentária elevados, as intervenções farmacológicas passam pela sedação por inalação ou, em casos extremos, sedação geral (Appukuttan, 2016).

### **2.2.1.1. SEDAÇÃO VIA ORAL**

A sedação via oral tem vindo a ser das estratégias farmacológicas mais utilizadas pelos Médicos Dentistas. A administração de fármacos por via oral é vista como a via de administração mais segura, mais aceite e a que mais profissionais de saúde recorrem (Sebastiani, Dym, & Wolf, 2016).

Os fármacos do grupo farmacológico das benzodiazepinas são os medicamentos de eleição no tratamento do medo e ansiedade dentária. As benzodiazepinas são ansiolíticos e apresentam propriedades sedativas, produzindo amnésia anterógrada.

Este grupo de fármacos estabelece uma ligação com os recetores destinados aos seus componentes e facilitam a ação do ácido gama-amino butírico (GABA), que representa o neurotransmissor inibitório do SNC. Após ativado o recetor do ácido gama-amino butírico, desencadeia-se a abertura dos canais de cloreto (Cl<sup>-</sup>) da membrana dos neurónios, este mecanismo aumenta o transporte de cloreto para o interior das células, o que acaba por causar uma diminuição da transmissão de impulsos excitatórios (Loeffler, 1992).

As benzodiazepinas apresentam certas vantagens relativamente a outros fármacos hipnóticos, porque apresentam um alto índice terapêutico, isto é, existe uma diferença bastante elevada na razão entre a dose tóxica e a dose terapêutica, o que lhes confere uma margem de segurança fidedigna. São medicamentos eficazes como agentes únicos, ou seja, pode dispensar-se a coadjuvação de outros fármacos. Apresentam variações entre si, no que diz respeito ao tempo de início de ação, duração da mesma, metabolismo do fármaco e ainda do grau de sedação que desencadeiam (Sebastiani et al., 2016).

As benzodiazepinas mais eficazes e frequentemente administrados no controlo da ansiedade dentária são o Diazepam e Lorazepam (Baeder, Bacci, Silva, & Silva, 2016).

### **2.1.1.2. SEDAÇÃO VIA INALATÓRIA**

A técnica de sedação inalatória é umas das intervenções farmacológicas mais utilizadas no controlo de níveis de ansiedade elevados em Medicina Dentária (Appukuttan, 2016).

Esta terapia é baseada na inalação de agentes medicamentosos, como o Óxido Nitroso. O Óxido Nitroso é um analgésico e sedativo, que, quando inalado, entra no sistema respiratório. Esta terapia destina-se a pacientes em que o nível de cooperação é insuficiente para um possível diagnóstico, prevenção e tratamento dentário. Apresenta um nível de segurança aceitável e de fácil manipulação, tornando-se numa das estratégias mais indicadas para o tratamento de crianças não cooperantes, pacientes portadores de necessidades especiais e ainda pacientes altamente ansiosos (Vilanova-Saingery, Bailleul-Forestier, Vaysse, Vergnes, & Marty, 2017).

O uso, como terapia única, da combinação entre o Óxido Nitroso e oxigénio demonstra benefícios e resultados benéficos na gestão da ansiedade em consultório, no entanto, pode ser utilizada uma agregação entre o Óxido Nitroso e o Midazolam. Esta combinação acaba por se tornar vantajosa, uma vez que pode acarretar benefícios ao nível da aceitação do uso da máscara de Óxido Nitroso, bem como uma diminuição na dose de Midazolam prescrita. Os pacientes ansiosos, e mais complicados, são maioritariamente as crianças e jovens, assim, a sedação por Óxido Nitroso, reduzindo o stress, a ansiedade e permitindo que os pacientes realizem os tratamentos dentários, tem de ser inevitavelmente aceite pelos pais ou encarregados de educação (Sivaramakrishnan & Sridharan, 2017).

## **3. RELAÇÃO ENTRE A EXODONTIA E A ANSIEDADE DENTÁRIA**

Atualmente os procedimentos que incluem a realização de uma Cirurgia Oral, mais especificamente a exodontia, revelam-se como um dos cinco tratamentos que provocam maiores níveis de ansiedade e medo em Medicina Dentária. A exodontia está associada a sensações dolorosas e desconfortáveis, mas esse não é o único motivo pelo qual os pacientes consideram este ato clínico desagradável, uma vez que os indivíduos relatam que o conhecimento adquirido de que vão perder uma peça dentária pode ser um dos

estímulos que desencadeia ansiedade dentária (Astramskaitė, Poškevičius, & Juodžbalys, 2016).

Apesar da administração de anestesia local ser considerada obrigatória neste tipo de procedimentos, a maioria dos indivíduos sujeitos ao tratamento continua a afirmar sensações de dor intraoperatória, fazendo com que a exodontia continue a estar associada a sensações de dor e ansiedade. A duração de uma Cirurgia Oral nem sempre consegue ser previamente calculada, existindo uma associação entre a duração da cirurgia e nível de ansiedade dos pacientes, assim, é de prever que, quanto mais alongada for a duração do procedimento, maior poderá ser a probabilidade do paciente experienciar sensações dolorosas e conseqüentemente elevados níveis de ansiedade dentária (Fagade & Oginni, 2005).

A ansiedade dentária pode provocar alterações físicas e psicossomáticas no paciente, podendo estas vir a demonstrar-se antes do início da Cirurgia ou mesmo durante. É de salientar a importância da atenção do Médico Dentista perante estas situações, pois alguns sinais, como o aumento da pressão arterial, podem agravar a incidência de complicações e o próprio ato cirúrgico em si (Tarazona, Tarazona-Alvarez, Penarrocha-Oltra, Rojo-Moreno, & Penarrocha-Diago, 2015).

Relacionando a ansiedade dentária com os pacientes submetidos a Cirurgia Oral, em específico à realização de exodontias, podemos correlacionar múltiplos fatores envolvidos. Na globalidade, os indivíduos do sexo feminino apresentam um nível de ansiedade dentária mais elevado quando submetidos a exodontias do que os indivíduos do sexo masculino. Acrescenta-se ainda que, pacientes que apresentem uma suscetibilidade para sofrer de ansiedade no seu dia-a-dia, mostram-se mais ansiosos relativamente a técnicas de Cirurgia Oral. A ansiedade dentária é usualmente mais elevada antes do procedimento do que após o procedimento e, experiências do passado associadas a dor, demonstram provocar maiores níveis de ansiedade em procedimentos de Cirurgia Oral. A agitação e percalços associados à Cirurgia também aumentam o nível de ansiedade. Por fim, a exodontia de um dente mandibular poderá vir a causar mais ansiedade do que a extração de um dente maxilar (Astramskaitė et al., 2016).

#### 4. QUANTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DENTÁRIA

Existem variadas técnicas utilizadas na avaliação e quantificação da ansiedade dentária, no entanto, a grande questão que se coloca, e que tem vindo a originar controvérsia, é qual a melhor estratégia que permite aos profissionais de saúde realizar um diagnóstico correto e preciso. Na realidade, os métodos de avaliação e quantificação da ansiedade podem vir a justificar a razão dos indivíduos apresentarem um problema médico psicológico como a ansiedade, mas o principal obstáculo torna-se a complexidade do estudo em si e a vastidão de conceitos utilizados associados à ansiedade (Lopes, 2005).

Humphris, em 2000, com a intenção de classificar os instrumentos e variáveis a utilizar na avaliação e quantificação da ansiedade dentária, criou três categorias que podem determinar a ansiedade, sendo estas medidas de avaliação fisiológica, medidas de avaliação comportamental e medidas de autoavaliação.

As medidas de avaliação fisiológica determinam resultados objetivos que são obtidos através da avaliação contínua de critérios fisiológicos como o ritmo cardíaco e a sua variação, ritmo respiratório, resistência eletrogalvânica da pele, potencial cutâneo, temperatura, fluxo sanguíneo cutâneo e atividade eletromiográfica (Johnsen et al., 2003).

Apesar dos resultados objetivos, estas medidas acarretam problemas relacionados com os instrumentos de medida apresentarem custos elevados e complexidade na manipulação (Lopes, 2005).

As medidas de avaliação comportamental demonstraram-se eficientes e adequadas na avaliação e quantificação da ansiedade em pacientes pediátricos, isto porque, o comportamento das crianças em consulta pode ser um fator que determine e transpareça a sua ansiedade, tendo em conta que uma atitude não cooperante pode revelar uma sensação emocional negativa (Lopes, 2005).

A aplicação de questionários ou entrevistas englobam as medidas de autoavaliação, este tipo de quantificação da ansiedade dentária é uma das mais utilizadas e escolhida pelos profissionais de saúde, uma vez que a sua aplicação e respetivos resultados são obtidos de forma fácil e considerada rápida. Assim, os questionários psicométricos, quer pela sua facilidade de aplicação, quer pela simplicidade de obtenção de resultados e medidas de

comparação, têm vindo a ser altamente estudados e desenvolvidos na avaliação da ansiedade dentária (Lopes, 2005).

#### **4.1. ESCALA DE ANSIEDADE DENTÁRIA MODIFICADA (MDAS)**

A Escala de Ansiedade Dentária Modificada, é uma escala de avaliação do nível de ansiedade dentária, utilizada com o objetivo de quantificar e identificar pacientes ansiosos a partir da aplicação de um questionário (Lopes, 2005).

O questionário supracitado consiste num conjunto de cinco perguntas baseadas em procedimentos que podem gerar ansiedade dentária em ambiente de consultório. A ansiedade é avaliada com questões relacionadas com o acontecimento do tratamento dentário, a permanência do paciente na sala de espera, a realização de procedimentos de Dentisteria Operatória, como perfuração da peça dentária, tartarectomia e polimento e ainda a injeção de anestésico local na cavidade oral (Caltabiano et al., 2018).

O conjunto de cinco questões apresenta um formato de resposta codificado com: “Nada ansioso”, contabilizando 1 valor, “Um pouco ansioso”, contabilizando 2 valores, “Moderadamente ansioso”, contabilizando 3 valores, “Muito ansioso”, contabilizando 4 valores e “Extremamente ansioso”, contabilizando 5 valores, perfazendo uma pontuação total que pode variar entre 5 (paciente “Nada ou ligeiramente ansioso”) e 25 valores (paciente “Extremamente ansioso”). Forma assim uma escala válida e confiável, promovendo uma aplicação simples e eficaz. A aplicação deste questionário permite medir ansiedade dentária de um ponto de vista ordinal e unidimensional (Humphris, Freeman, Campbell, Tuutti, & D’Souza, 2000).

A aplicação do questionário requer cerca de 1 minuto do paciente, de modo a estar concluído. As cinco questões efetuadas permitem ainda que os dados obtidos sejam analisados individualmente, de forma a compreender o medo desencadeado por cada estímulo mencionado do enunciado da pergunta (Lopes, 2005).

Embora o nível de quantificação seja ordinal, os resultados na grande maioria das vezes são lançados sob a forma de níveis intervalares, assim, considera-se que, *scores* iguais ou superiores a 19, são indicativos de níveis de ansiedade muito elevados ou associados a fobia dentária (Humphris, Morrison & Lindsay 1995).

Esta escala surge na intenção de uma melhoria de uma escala já existente, a Escala de Ansiedade Dentária, em relação à formulação de perguntas e alternativas de resposta, a Escala de Ansiedade Dentária Modificada demonstrou conseguir resolver este problema, uniformizando cada pergunta e amplificando a definição operacional do questionário, adicionando a quinta pergunta relativa à injeção de anestésicos locais na cavidade oral. No entanto, o questionário continua a apresentar algumas limitações, pois alguns fatores como a componente fisiológica, ou mesmo a relação Médico Dentista/paciente, continuam por abordar. (Lopes, 2005).



## **II. OBJETIVOS DO ESTUDO**

O objetivo deste estudo é comparar os níveis de ansiedade dentária dos pacientes que são submetidos à Consulta de Cirurgia Oral, para procedimentos cirúrgicos, relativamente a pacientes que se encontram na Consulta de Avaliação Inicial. Deste modo, pretende-se identificar os pacientes ansiosos e ainda se o tipo de tratamento a que são sujeitos influencia o fator em estudo. Complementarmente, pretende-se relacionar o nível de ansiedade dentária dos indivíduos com o seu sexo e idade.



### **III. HIPÓTESES DO ESTUDO**

Foram consideradas as seguintes hipóteses para o estudo:

H1) Estado de ansiedade é mais elevado em doentes a submeter à Consulta de Cirurgia Oral;

H2) Estado de ansiedade é menos elevado em doentes a submeter à Consulta de Avaliação Inicial.

Relativamente às hipóteses nulas:

H01) Estado de ansiedade é menos elevado em doentes a submeter à Consulta de Cirurgia Oral;

H02) Estado de ansiedade é mais elevado em doentes a submeter à Consulta de Avaliação Inicial.



## **IV. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo observacional transversal.

### **2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

A recolha amostral incidiu numa população alvo com faixa etária superior a 18 anos de idade. Os dados em estudo foram recolhidos entre os meses de junho e julho de 2019, através da aplicação do questionário referente à Escala de Ansiedade Dentária Modificada e de informações relativas à faixa etária e sexo de cada paciente. A amostra final consistiu em 85 pacientes, dos quais 46 se encontravam numa Consulta de Avaliação Inicial (Triagem) e 39 pacientes na Consulta de Cirurgia Oral.

### **3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Este estudo foi previamente submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Egas Moniz, CRL, Almada, Portugal (Processo Interno nº 740) e encontra-se de acordo com a Declaração de Helsínquia de 1975, revista em 2013.

O Consentimento Informado foi antecipadamente assinado de forma voluntária por cada participante, antes da aplicação do questionário da Escala de Ansiedade Dentária Modificada.

Para cada um dos participantes foi atribuído um código e criada uma base de dados com as informações recolhidas, sendo estas utilizadas meramente para análise estatística e sempre mantendo o anonimato quanto à identificação dos pacientes em estudo.

### **4. LOCAL DO ESTUDO**

O presente estudo foi realizado na Clínica Dentária Egas Moniz, nas instalações da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz, entre os meses de junho e julho de 2019.

### **5. SELEÇÃO DA AMOSTRA**

A população selecionada para este estudo compreende os pacientes com idade superior a 18 anos, que compareceram na Consulta de Avaliação Inicial (Triagem) da Clínica Dentária Egas Moniz e os pacientes que foram submetidos a tratamentos na Consulta de

Cirurgia Oral, nomeadamente sujeitos a procedimentos de exodontia de uma ou mais peças dentárias na Clínica Dentária Egas Moniz.

A amostra de 85 pacientes (N=85), quer do sexo feminino como do sexo masculino, que cumpriram com os critérios de inclusão e exclusão estipulados.

Critérios de Inclusão:

- Pertencer a uma faixa etária superior a 18 anos de idade.
- Consentimento Informado de participação no estudo obrigatoriamente assinado, de forma voluntária, estando este previamente aprovado pela Comissão de Ética da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz e de acordo com a Declaração de Helsínquia revista em 2013 e com a Convenção de Oviedo.
- Pacientes que tenham comparecido à Consulta de Avaliação Inicial (Triagem) da Clínica Dentária Egas Moniz e os pacientes que tenham sido submetidos a tratamentos na Consulta de Cirurgia Oral, nomeadamente sujeitos a procedimentos de exodontia, de uma ou mais peças dentárias, na Clínica Dentária Egas Moniz.

Critérios de Exclusão:

- Pacientes com idade inferior a 18 anos de idade;
- Todos os que apresentem dados incompletos nos questionários;
- Pacientes cujo Consentimento Informado não tenha sido assinado de forma voluntária;
- Pacientes que não saibam assinar.

## **6. RECOLHA DE DADOS**

A recolha de dados foi feita através do preenchimento do questionário da Escala de Ansiedade Dentária Modificada, realizado no início da Consulta de Avaliação Inicial ou no início da Consulta de Cirurgia Oral, sendo o questionário preenchido pelo próprio paciente.

## 7. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos e respostas registadas após preenchimento dos questionários foram armazenados e inseridos numa base de dados do software Microsoft Office Excel® 2019 (Microsoft, Seattle, USA). A análise estatística foi realizada no programa IBM SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 24.0 para Windows.

## 8. QUESTIONÁRIO

Foi avaliado o nível de ansiedade dos participantes, quer da Consulta de Avaliação Inicial, quer da Consulta de Cirurgia Oral, a partir do questionário Escala de Ansiedade Dentária Modificada.

Nesta escala estão incluídas 5 perguntas de escolha múltipla, sobre a ansiedade do paciente em diversas situações nomeadamente: *Quando antecipada uma visita ao consultório, aguardar pela consulta na sala de espera, tratamento relativo a cavitação de dentes e uso de instrumentos rotatórios, tartarectomia e alisamento radicular e por fim injeção de anestésicos locais na gengiva*. Cada questão está pontuada de 1 (“Nada ansioso”) a 5 (“Extremamente ansioso”). A soma do valor total de cada questionário pode variar de 5 a 25, sendo este valor o nível de ansiedade dentária sentida pelo paciente. Os *scores* que variam de 5 a 9 são considerados para pacientes classificados em “Nada ou ligeiramente ansioso”, de 10 a 18 o nível de ansiedade dentária é classificado em “Moderadamente ansioso”, enquanto que *scores* iguais ou superiores a 19 são considerados os pacientes classificados como “Extremamente ansioso” (Suhani, Suhani, & Badea, 2016).

Não foi colocado tempo de preenchimento do questionário, e foram esclarecidas dúvidas quando necessário.



## V. RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, participaram no estudo 46 pacientes do sexo masculino (54,1%), 39 pacientes do sexo feminino (45,9%), como está representado no gráfico 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra relativamente ao sexo

Sexo – n (%)	
<b>Masculino</b>	46 (54.1)
<b>Feminino</b>	39 (45.9)

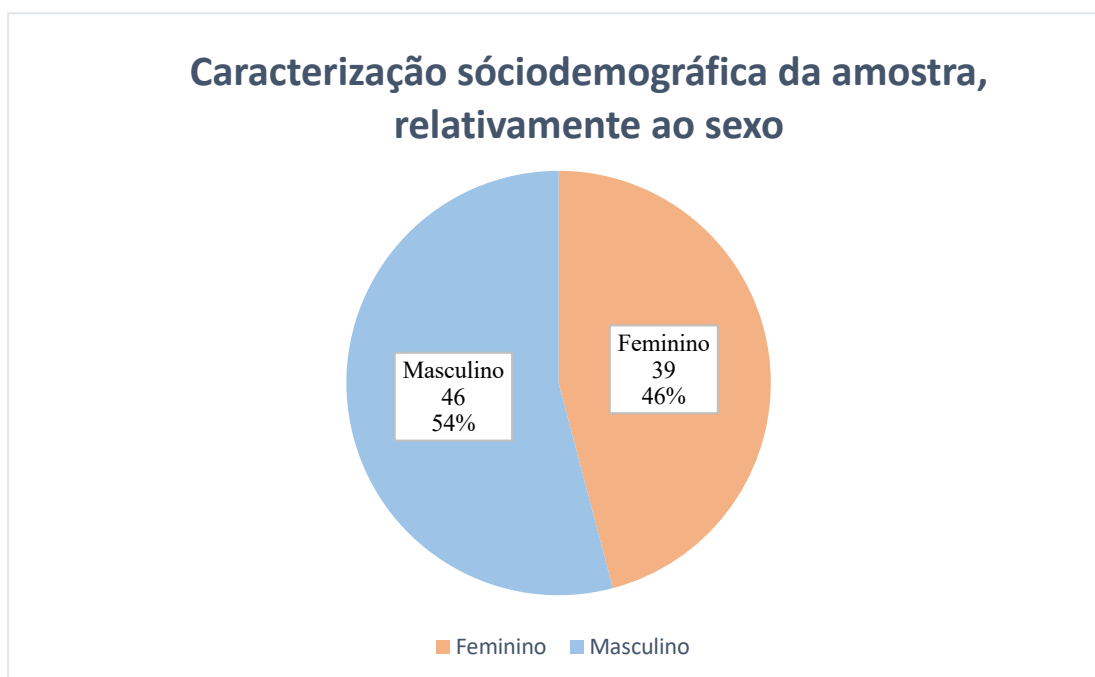


Gráfico 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra relativamente ao sexo

Como representado na Tabela 2, os participantes neste estudo apresentaram uma idade mínima de 18 anos e máxima de 83 anos, sendo que a idade média foi de 47.93 anos (com um desvio padrão de 17.93 anos).

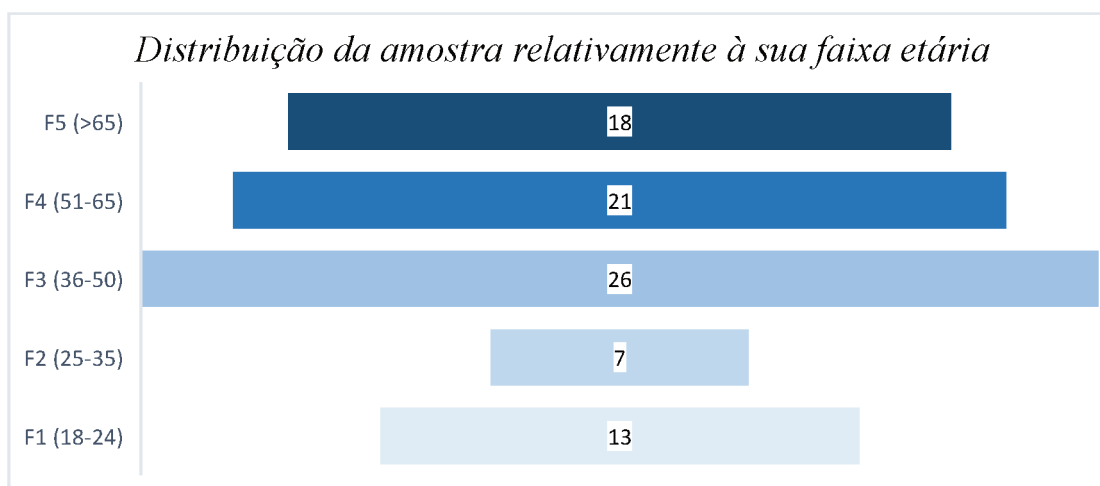
*Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra relativamente à idade*

<b>Idade (anos)</b>		
<b>Idade Mínima</b>	<b>Idade Máxima</b>	<b>Média (<math>\pm</math> Desvio Padrão)</b>
18	83	47.93 ( $\pm$ 17.93)

De acordo, com a *World Health Organization* (WHO) foi realizada a divisão da amostra por faixas etárias como apresentado na tabela 3 e representado no gráfico 2. (Ahmad et al., 2001).

*Tabela 3 - Distribuição da amostra relativamente à sua faixa etária*

<b>Faixa Etária</b>	<b>n=85</b>
<b>18-24</b>	18
<b>25-35</b>	21
<b>36-50</b>	26
<b>51-65</b>	7
<b>&gt;65</b>	13

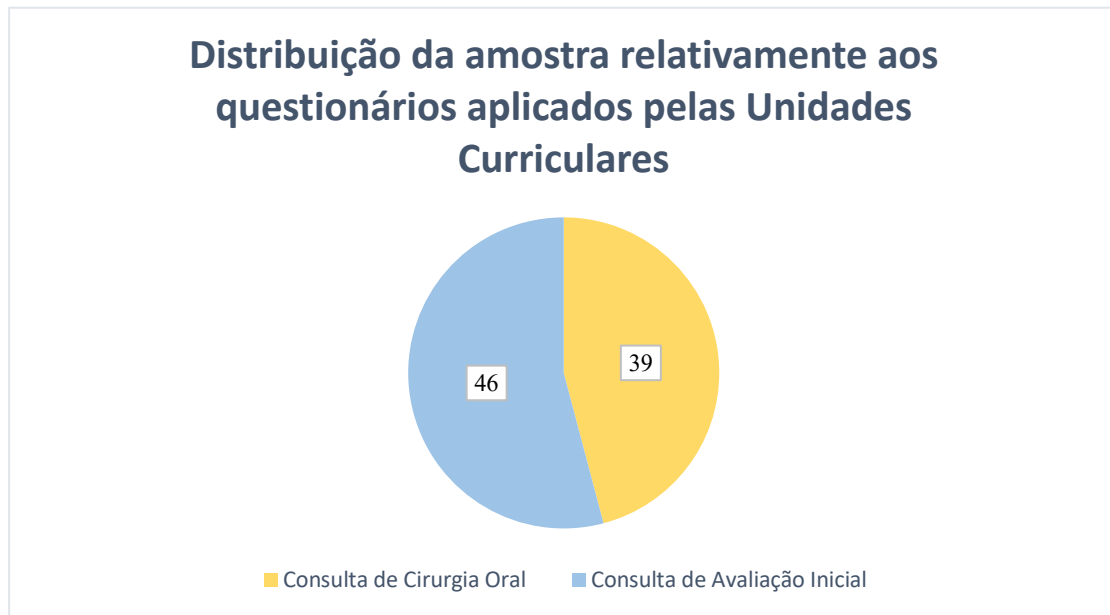


*Gráfico 2 - Distribuição da amostra relativamente à sua faixa etária*

Como apresentado na tabela 4, e representado no gráfico 3, 46 pacientes responderam ao questionário na Consulta de Avaliação Inicial (Triagem) e 39 pacientes responderam ao questionário na Consulta de Cirurgia Oral.

*Tabela 4 - Distribuição da amostra relativamente aos questionários aplicados pelas Unidades Curriculares*

<b>Questionários aplicados – n (%)</b>	
<b>Consulta Avaliação Inicial</b>	46 (54.1)
<b>Consulta de Cirurgia Oral</b>	39 (45.9)

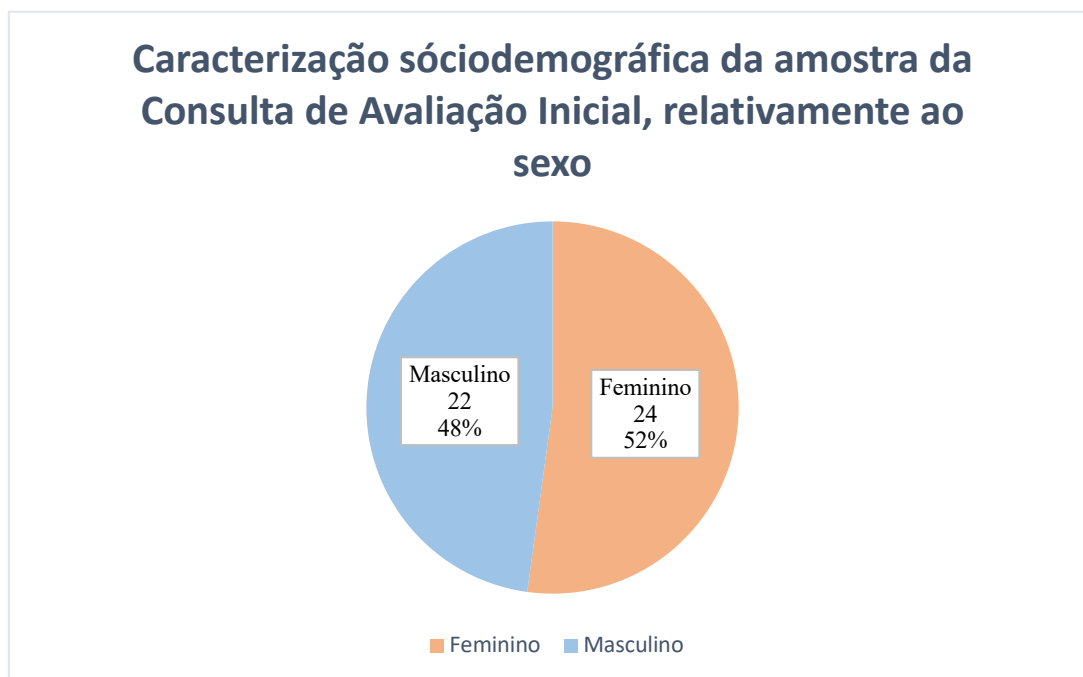


*Gráfico 3 - Distribuição da amostra relativamente aos questionários aplicados pelas Unidades Curriculares*

Relativamente aos pacientes inquiridos na Consulta de Avaliação Inicial (Triagem), 22 (47.83%) pacientes do sexo masculino e 24 (52.17%) pacientes do sexo feminino na tabela 5 e representado no gráfico 4.

*Tabela 5 - Distribuição sociodemográfica da amostra da Consulta de Avaliação inicial relativamente ao sexo*

<b>Sexo – n (%)</b>	
<b>Masculino</b>	22 (47.83)
<b>Feminino</b>	24 (52.17)

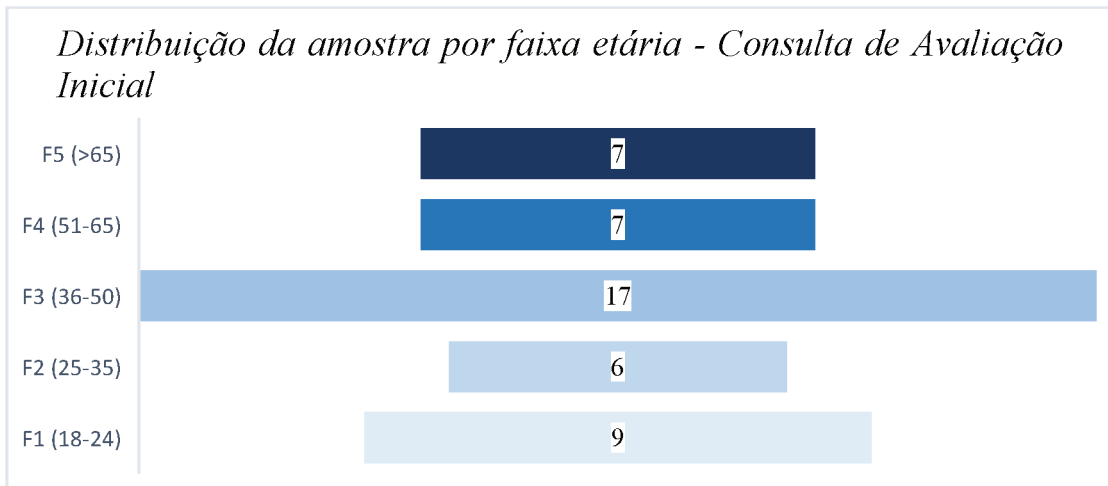


*Gráfico 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra da Consulta de Avaliação Inicial relativamente ao sexo*

Foi realizada a divisão da amostra da Consulta de Avaliação Inicial relativamente à sua faixa etária, como apresentado na Tabela 6 e representado no gráfico 5.

*Tabela 6 - Distribuição da amostra da Consulta de Avaliação Inicial relativamente à sua faixa etária*

Faixa Etária	n=46
18-24	9
25-35	6
36-50	17
51-65	7
>65	7



*Gráfico 5 - Distribuição da amostra da Consulta de Avaliação inicial relativamente à sua faixa etária*

Os dados recolhidos relativamente aos questionários, na Consulta de Avaliação Inicial (Triagem), apresentados na Tabela 7 descrevendo individualmente cada questão, na amostra total de 46 pacientes, em relação á primeira pergunta do questionário da Escala de Ansiedade Dentária Modificada, 26 (56.52%) indivíduos optaram pela resposta “Nada ansioso”, 16 (34.78%) indivíduos responderam “Um pouco ansioso”, 3 (6.52%) responderam “Moderadamente ansioso”, 1 (2.17%) indivíduos consideraram a resposta “Muito ansioso” e 0 (0%) responderam “Extremamente ansioso”.

Na segunda questão da escala aplicada, 28 (60.87%) indivíduos optaram pela resposta “Nada ansioso”, 15 (32.61%) indivíduos responderam “Um pouco ansioso”, 3 (6.52%) responderam “Moderadamente ansioso”, 0 (0%) indivíduos consideraram a resposta “Muito ansioso” e 0 (0%) responderam “Extremamente ansioso”.

Em relação á terceira questão, 16 (34.78%) indivíduos optaram pela resposta “Nada ansioso”, 23 (50.00%) indivíduos responderam “Um pouco ansioso”, 3 (6.52%) responderam “Moderadamente ansioso”, 3 (6.52%) indivíduos consideraram a resposta “Muito ansioso” e 1 (2.17%) responderam “Extremamente ansioso”.

Na quarta questão do questionário, 28 (60.87%) indivíduos optaram pela resposta “Nada ansioso”, 11 (23.91%) indivíduos responderam “Um pouco ansioso”, 4 (8.70%) responderam “Moderadamente ansioso”, 2 (4.35%) indivíduos consideraram a resposta “Muito ansioso” e 1 (2.17%) responderam “Extremamente ansioso”.

Em relação á quinta questão, 18 (39.13%) indivíduos optaram pela resposta “Nada ansioso”, 10 (21.74%) indivíduos responderam “Um pouco ansioso”, 10 (21.74%) responderam “Moderadamente ansioso”, 5 (10.87%) indivíduos consideraram a resposta “Muito ansioso” e 3 (6.52%) responderam “Extremamente ansioso”.

Tabela 7 - Distribuição da frequência de respostas dos pacientes da Consulta de Avaliação Inicial

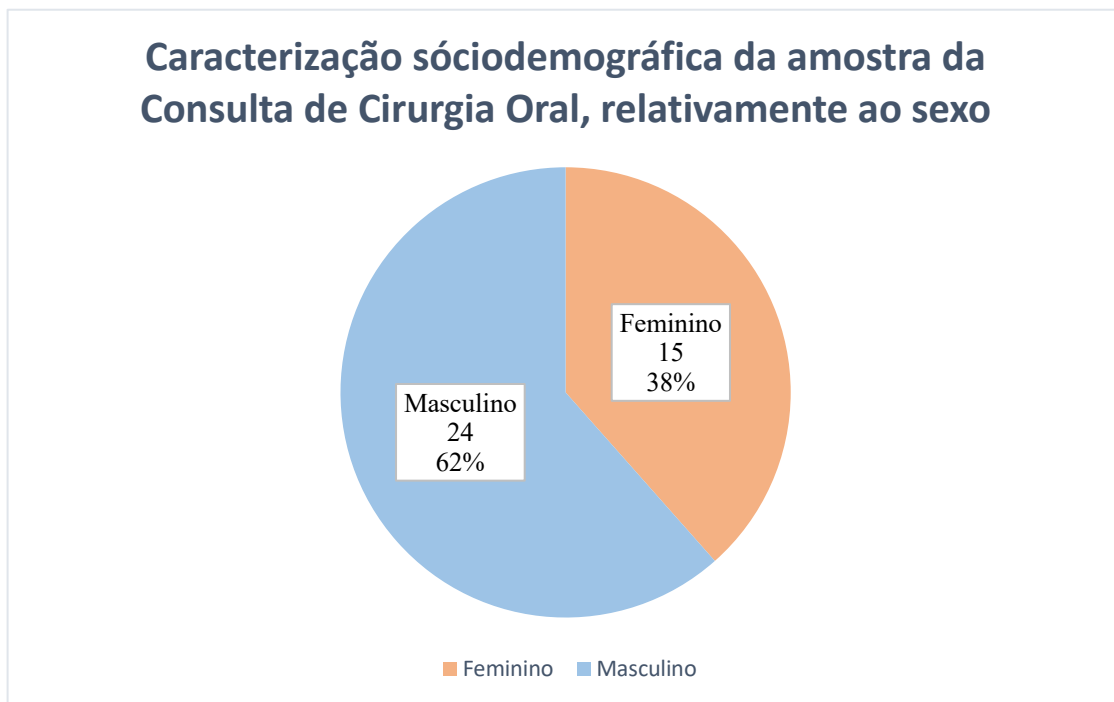
	<b>Nada ansioso</b> n (%)	<b>Um pouco ansioso</b> n (%)	<b>Moderadamente ansioso</b> n (%)	<b>Muito ansioso</b> n (%)	<b>Extremamente ansioso</b> n (%)
<b>Questão 1:</b>  <b>Se AMANHÃ fosse ao Médico Dentista para tratamento, como se sentiria?</b>	26 (56.52)	16 (34.78)	3 (6.52)	1 (2.17)	0 (0)
<b>Questão 2:</b>  <b>Se tivesse sentado na SALA DE ESPERA (à espera de tratamento), como se sentiria?</b>	28 (60.87)	15 (32.61)	3 (6.52)	0 (0)	0 (0)
<b>Questão 3:</b>  <b>Se lhe estiverem prestes a BROCAR UM DENTE, como se sentiria?</b>	16 (34.78)	23 (50.00)	3 (6.52)	3 (6.52)	1 (2.17)

	<b>Nada ansioso</b> <b>n (%)</b>	<b>Um pouco ansioso</b> <b>n (%)</b>	<b>Moderadamente ansioso</b> <b>n (%)</b>	<b>Muito ansioso</b> <b>n (%)</b>	<b>Extremamente ansioso</b> <b>n (%)</b>
<b>Questão 4:</b>  <b>Se lhe estivessem prestes a fazer uma DESTARTARIZAÇÃO E POLIMENTO (limpeza), como se sentiria?</b>	28 (60.87)	11 (23.91)	4 (8.70)	2 (4.35)	1 (2.17)
<b>Questão 5:</b>  <b>Se estivesse prestes a receber uma INJEÇÃO DE ANESTESIA LOCAL, na sua gengiva, por cima de um molar superior, como se sentiria?</b>	18 (39.13)	10 (21.74)	10 (21.74)	5 (10.87)	3 (6.52)

Relativamente aos pacientes inquiridos na Consulta de Cirurgia Oral, 24 (61.54%) pacientes do sexo masculino e 15 (38.46%) pacientes do sexo feminino perfizeram o número total desta amostra como apresentado na tabela 8 e representado no gráfico 6.

*Tabela 8 - Distribuição sociodemográfica da amostra da Consulta de Cirurgia Oral relativamente ao sexo*

<b>Sexo– n (%)</b>	
<b>Masculino</b>	24 (61.54)
<b>Feminino</b>	15 (38.46)

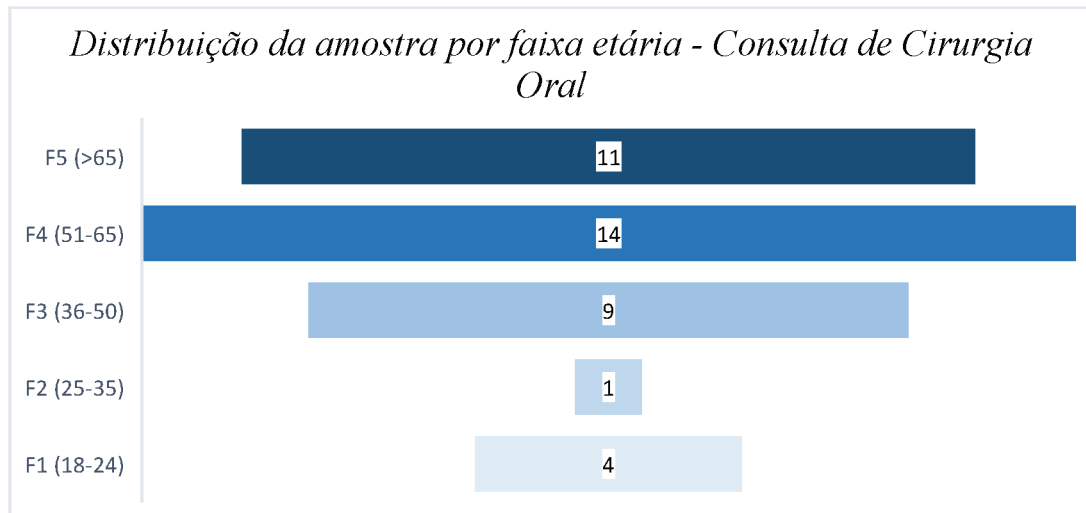


*Gráfico 6 - Caracterização sociodemográfica da amostra da Consulta de Cirurgia Oral relativamente ao sexo*

Foi realizada a divisão da amostra da Consulta de Cirurgia Oral relativamente á sua faixa etária, como apresentado na Tabela 9 e representado no gráfico 7.

*Tabela 9 - Distribuição da amostra da Consulta de Cirurgia Oral relativamente á sua faixa etária*

<b>Faixa Etária</b>	<b>n=39</b>
<b>18-24</b>	4
<b>25-35</b>	1
<b>36-50</b>	9
<b>51-65</b>	14
<b>&gt;65</b>	11



*Gráfico 7 - Distribuição da amostra da Consulta de Cirurgia Oral relativamente à sua faixa etária*

Os dados recolhidos relativamente aos questionários, na Consulta de Cirurgia Oral, apresentados na Tabela 10 descrevendo individualmente cada questão, na amostra total de 39 pacientes, em relação à primeira pergunta do questionário da Escala de Ansiedade Dentária Modificada, 18 (46.15%) indivíduos optaram pela resposta “Nada ansioso”, 10 (25.64%) indivíduos responderam “Um pouco ansioso”, 7 (17.95%) responderam “Moderadamente ansioso”, 1 (2.56%) indivíduos consideraram a resposta “Muito ansioso” e 3 (7.69%) responderam “Extremamente ansioso”.

Na segunda questão da escala aplicada, 19 (48.72%) indivíduos optaram pela resposta “Nada ansioso”, 12 (30.77%) indivíduos responderam “Um pouco ansioso”, 3 (7.69%) responderam “Moderadamente ansioso”, 2 (5.13%) indivíduos consideraram a resposta “Muito ansioso” e 3 (7.69%) responderam “Extremamente ansioso”.

Em relação à terceira questão, 17 (43.59%) indivíduos optaram pela resposta “Nada ansioso”, 9 (23.07%) indivíduos responderam “Um pouco ansioso”, 5 (12.82%) responderam “Moderadamente ansioso”, 4 (10.26%) indivíduos consideraram a resposta “Muito ansioso” e 4 (10.26%) responderam “Extremamente ansioso”.

Na quarta questão do questionário, 23 (58.97%) indivíduos optaram pela resposta “Nada ansioso”, 10 (25.64%) indivíduos responderam “Um pouco ansioso”, 2 (5.13%) responderam “Moderadamente ansioso”, 2 (5.13%) indivíduos consideraram a resposta “Muito ansioso” e 2 (5.13%) responderam “Extremamente ansioso”.

Em relação á quinta questão, 20 (51.28%) indivíduos optaram pela resposta “Nada ansioso”, 9 (23.08%) indivíduos responderam “Um pouco ansioso”, 2 (5.13%) responderam “Moderadamente ansioso”, 2 (5.13%) indivíduos consideraram a resposta “Muito ansioso” e 6 (15.38%) responderam “Extremamente ansioso”.

Tabela 10 - Distribuição da frequência das respostas dos pacientes da Consulta de Cirurgia Oral

	<b>Nada ansioso</b> n (%)	<b>Um pouco ansioso</b> n (%)	<b>Moderadamente ansioso</b> n (%)	<b>Muito ansioso</b> n (%)	<b>Extremamente ansioso</b> n (%)
<b>Questão 1:</b>  <b>Se AMANHÃ fosse ao Médico Dentista para tratamento, como se sentiria?</b>	18 (46.15)	10 (25.64)	7 (17.95)	1 (2.56)	3 (7.69)
<b>Questão 2:</b>  <b>Se tivesse sentado na SALA DE ESPERA (à espera de tratamento), como se sentiria?</b>	20 (51.28)	11 (28.21)	3 (7.69)	2 (5.13)	3 (7.69)
<b>Questão 3:</b>  <b>Se lhe estiverem prestes a BROCAR UM DENTES, como se sentiria?</b>	17 (43.59)	9 (23.08)	5 (12.82)	4 (10.26)	4 (10.26)

	<b>Nada ansioso</b> n (%)	<b>Um pouco ansioso</b> n (%)	<b>Moderadamente ansioso</b> n (%)	<b>Muito ansioso</b> n (%)	<b>Extremamente ansioso</b> n (%)
<b>Questão 4:</b>  Se lhe estivessem prestes a fazer uma <b>DESTARIZAÇÃO E POLIMENTO (limpeza)</b> , como se sentiria?	23 (58.97)	10(25.64)	2 (5.13)	2 (5.13)	2 (5.13)
<b>Questão 5:</b>  Se estivesse prestes a receber uma <b>INJEÇÃO DE ANESTESIA LOCAL</b> , na sua gengiva, por cima de um molar superior, como se sentiria?	20 (51.28)	9 (23.08)	2 (5.13)	2 (5.13)	6 (15.38)

A Tabela 11 descreve as diferenças relativas ao *score* médio avaliado por cada pergunta do questionário, sendo que a cada opção de resposta é possível atribuir um valor compreendido entre 0-5, apresentam-se assim as diferenças entre a média dos *scores* da Consulta de Avaliação Inicial e da Consulta de Cirurgia Oral.

Em relação á primeira pergunta do questionário da Escala de Ansiedade Dentária Modificada na Consulta de Avaliação Inicial o *score* médio foi de 1.54 apresentando um desvio padrão de  $\pm 0.721$  e na Consulta de Cirurgia Oral o *score* médio foi de 2.00 com um desvio padrão de  $\pm 1.214$ .

Na segunda questão da escala aplicada, na Consulta de Avaliação Inicial o *score* médio foi de 1.46 apresentando um desvio padrão de  $\pm 0.622$  e na Consulta de Cirurgia Oral o *score* médio foi de 1.90 com um desvio padrão de  $\pm 1.231$ .

Em relação á terceira questão, na Consulta de Avaliação Inicial o *score* médio foi de 1.91 apresentando um desvio padrão de  $\pm 0.939$  e na Consulta de Cirurgia Oral o *score* médio foi de 2.21 com um desvio padrão de  $\pm 1.380$ .

Na quarta questão do questionário, na Consulta de Avaliação Inicial o *score* médio foi de 1.63 apresentando um desvio padrão de  $\pm 0.974$  e na Consulta de Cirurgia Oral o *score* médio foi de 1.72 com um desvio padrão de  $\pm 1.123$ .

Em relação á quinta questão, na Consulta de Avaliação Inicial o *score* médio foi de 2.24 apresentando um desvio padrão de  $\pm 1.268$  e na Consulta de Cirurgia Oral o *score* médio foi de 2.10 com um desvio padrão de  $\pm 1.483$ .

Tabela 11 - Comparação do *score* médio por pergunta na Consulta de Avaliação e na Consulta de Cirurgia Oral

	<b>Score Médio</b>	
	<b>Consulta de Avaliação Inicial</b> ( $\pm$ Desvio Padrão)	<b>Consulta de Cirurgia Oral</b> ( $\pm$ Desvio Padrão)
<b>Questão 1:</b> Se AMANHÃ fosse ao Médico Dentista para tratamento, como se sentiria?	1.54 ( $\pm 0.721$ )	2.00 ( $\pm 1.214$ )
<b>Questão 2:</b> Se tivesse sentado na SALA DE ESPERA (à espera de tratamento), como se sentiria?	1.46 ( $\pm 0.622$ )	1.90 ( $\pm 1.231$ )
<b>Questão 3:</b> Se lhe estiverem prestes a BROCAR UM DENTE, como se sentiria?	1.91 ( $\pm 0.939$ )	2.21 ( $\pm 1.380$ )
<b>Questão 4:</b> Se lhe estivessem prestes a fazer uma DESTARIZAÇÃO E POLIMENTO (limpeza), como se sentiria?	1.63 ( $\pm 0.974$ )	1.72 ( $\pm 1.123$ )
<b>Questão 5:</b> Se estivesse prestes a receber uma INJEÇÃO DE ANESTESIA LOCAL, na sua gengiva, por cima de um molar superior, como se sentiria?	2.24 ( $\pm 1.268$ )	2.10 ( $\pm 1.483$ )

Quando analisadas as respostas de cada paciente, separando os participantes da Consulta de Avaliação Inicial e da Consulta de Cirurgia Oral, foi possível classificar os participantes em “Nada ou ligeiramente ansioso” para aqueles em que o *score* total se encontrasse entre 5 e 9, “Moderadamente ansioso” para *scores* entre 10 e 18 e “Extremamente ansioso” para *scores* iguais ou superiores a 19.

A Tabela 12 descreve as diferenças entre os resultados e respectivas classificações dos participantes, separando-os por unidade curricular. Na consulta de Avaliação Inicial 28 (60.87%) participantes foram classificados como sendo “Nada ou ligeiramente ansioso”, 17 (36.96%) participantes como sendo “Moderadamente ansioso” e 1 (2.17%) participante considerado “Extremamente ansioso”. Na consulta de Cirurgia Oral 23 (58.98%) participantes foram considerados como sendo “Nada ou ligeiramente ansioso”, 13 (33.33%) participantes considerados como sendo “Moderadamente ansioso” e 3 (7.69%) participantes considerados “Extremamente ansioso”. Estas diferenças encontram-se representadas no gráfico 8.

*Tabela 12 - Classificação do nível de ansiedade dos participantes de acordo com o score total do questionário Escala de Ansiedade Dentária Modificada*

<b>n (%)</b>		
	<b>Consulta Avaliação Inicial</b>	<b>Consulta Cirurgia Oral</b>
<b>“Nada ou ligeiramente ansioso”</b>	28 (60.87)	23 (58.98)
<b>“Moderadamente ansioso”</b>	17 (36.96)	13 (33.33)
<b>“Extremamente ansioso”</b>	1 (2.17)	3 (7.69)

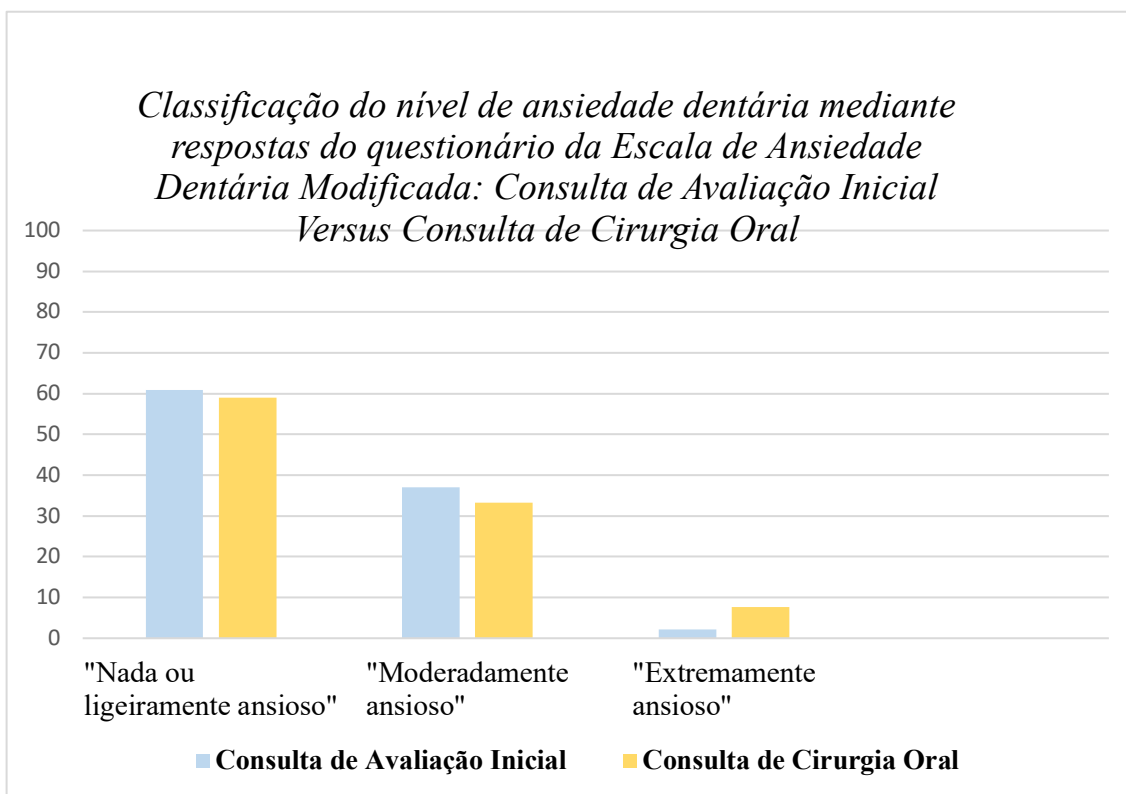
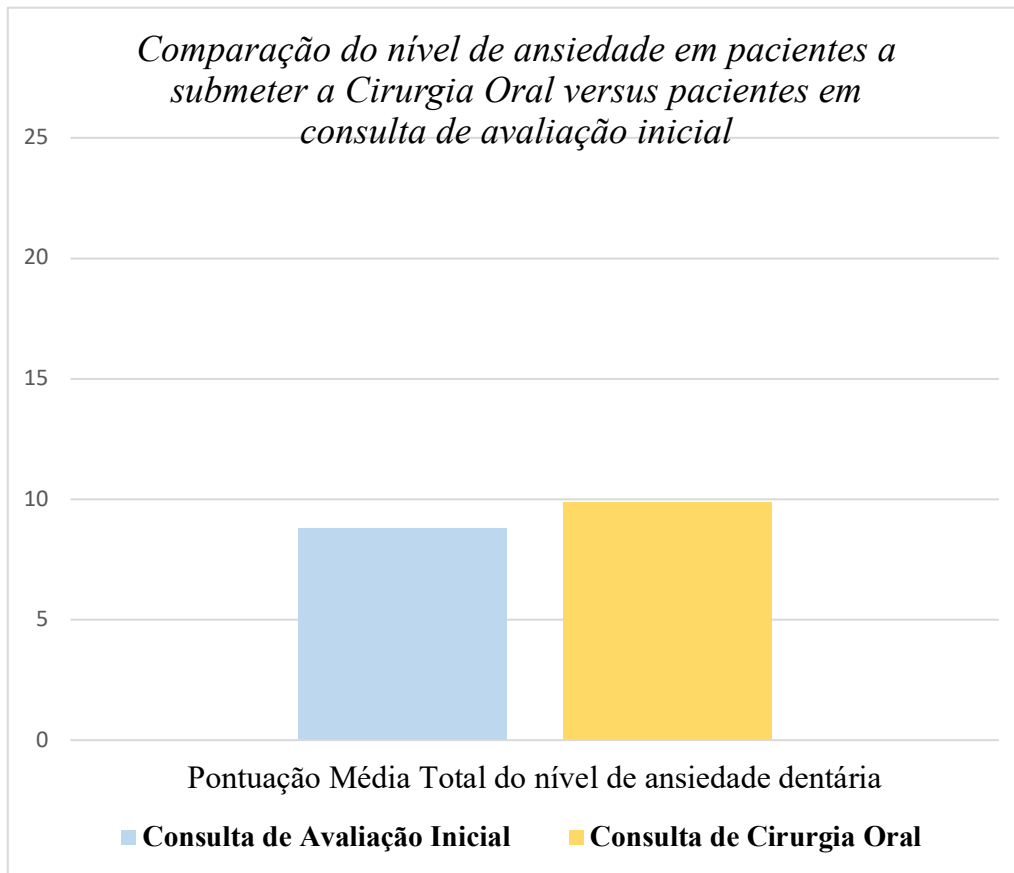


Gráfico 8 - Classificação do nível de ansiedade dentária mediante as respostas dos questionários Escala de Ansiedade Dentária Modificada

Com base nos resultados obtidos e após análise estatística da média do *score* total relativa ao nível de ansiedade dos pacientes inquiridos na Consulta de Avaliação Inicial (Triagem) o resultado obtido foi de  $8.76 \pm 3,233$  e para os da Consulta de Cirurgia Oral de  $9.90 \pm 5,684$ , como apresentado na tabela 13 e representado no gráfico 9.

Tabela 13 - Comparação do Nível de Ansiedade da Consulta de Avaliação Inicial e a Consulta de Cirurgia Oral

<b>Score Médio Total do nível de Ansiedade Dentária (<math>\pm</math> Desvio Padrão)</b>	
<b>Consulta de Avaliação Inicial</b>	8.76 ( $\pm$ 3,233)
<b>Consulta de Cirurgia Oral</b>	9.90 ( $\pm$ 5,684)



*Gráfico 9 - Comparação do nível de ansiedade da Consulta de Avaliação Inicial e Consulta de Cirurgia Oral*

Existe uma diferença no nível de ansiedade dentária registada entre os pacientes da Consulta de Cirurgia Oral versus os pacientes da Consulta de Avaliação Inicial: os níveis de ansiedade registados foram mais elevados em pacientes na Consulta de Cirurgia Oral, comparativamente à Consulta de Avaliação Inicial, ainda que não sejam resultados estatisticamente significativos ( $p > 0,05\%$ ) e que os níveis de ansiedade registados foram menos elevados em pacientes na Consulta de Avaliação Inicial, comparativamente à Consulta de Cirurgia Oral, ainda que não sejam resultados estatisticamente significativos ( $p > 0,05\%$ ).

## VI. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar e comparar o nível de ansiedade dentária entre os pacientes que comparecem numa Consulta de Avaliação Inicial, denominada comumente de Triagem, *versus* os que o fazem numa Consulta de Cirurgia Oral, sendo mais especificamente submetidos a procedimentos que envolvam uma ou mais exodontias, através da aplicação do questionário da Escala de Ansiedade Dentária Modificada. Foram recolhidos dados sociodemográficos, relativos ao sexo e idade dos inquiridos, de forma a avaliar se eventualmente existiria também algum tipo de correlação entre estas duas variáveis e a ansiedade dentária.

Ao avaliar a relação do nível de ansiedade dentária com o sexo, os resultados registados não confluíram com os de alguns estudos progressos mais atuais (Arslan, Ertaş, & Ülker, 2011; Kanegane, Penha, Aparecida, & Garcia, 2003) em que esta variável é mais prevalente e com valores superiores nos indivíduos do sexo feminino, do que indivíduos do sexo oposto. No entanto, o presente estudo ao não demonstrar uma diferença significativa entre indivíduos do sexo feminino e masculino ( $p > 0,05$ ), no que diz respeito ao nível de ansiedade dentária, corrobora os estudos dos autores que se encontram em referência (Kanegane, Penha, Munhoz, & Rocha, 2009; Locker & Liddell, 1997). Este facto pode ser explanado, uma vez que o nível de ansiedade dentária dos indivíduos do sexo feminino tende a ser um valor constante, enquanto que o registado em indivíduos do sexo masculino pode ter uma elevada variação, conforme a sua personalidade e cultura, criando desvios nas respostas, o que acaba por justificar que possa não existir uma diferença significativa entre o nível de ansiedade dentária e as variáveis supramencionadas. (Hawamdeh & Awad, 2013).

Ao avaliar a possível correlação entre a idade e o nível de ansiedade dentária, os resultados confirmam que provavelmente existe uma relação inversamente proporcional entre as duas variáveis, ou seja, quanto mais baixa for a faixa etária, mais elevado será o nível de ansiedade dentária descrita pelo paciente, isto porque o coeficiente de correlação apresentou um valor negativo ( $r = - 0,12$ ). No entanto, este coeficiente não é um valor que permita afirmar com toda a certeza a existência desta correlação, uma vez que estatisticamente não apresenta significância ( $p > 0,05$ ), podendo apenas ser um indicador provável para que esta teoria se possa confirmar, tal como descrito em estudos anteriores

(Caltabiano et al., 2018; Fayad, Elbieh, Baig, & Alruwaili, 2017). Apesar disso, esta correlação não é consensual, uma vez não se confirmou também em alguns estudos pregressos (Arslan et al., 2011).

Comparando diretamente, o nível médio de ansiedade dentária na Consulta de Avaliação inicial *versus* a Consulta de Cirurgia Oral, foi registada uma diferença entre estes *scores*, revelando que os resultados obtidos na Consulta de Cirurgia Oral apresentam valores ligeiramente superiores, o que indica que os pacientes provavelmente se sentem mais ansiosos nesta consulta, no entanto, os resultados estatísticos não demonstram que haja uma significância associada à sua diferença ( $p>0,05$ ), não sendo possível uma extrapolação para estudos futuros.

Seguindo o raciocínio dos estudos de Cope, Chestnutt, Wood & Francis em 2016, e Papapanou & Lindhe, em 2010, os indivíduos do sexo feminino são geralmente mais preocupados com a sua Saúde Oral, assim estes indivíduos tendem a ser mais assíduos nas consultas médico-dentárias, face aos do sexo masculino. Acrescenta-se ainda, e de acordo com Poudel et al., em 2018, e Taniguchi, em 2018, que visitas regulares ao Médico Dentista e uma boa educação para a Saúde Oral permitem uma história clínica mais detalhada, promovem uma prática eficaz de hábitos de higiene oral do paciente e ainda exames complementares de diagnóstico regulares, o que pode evitar problemas de Saúde Oral, ou mesmo procedimentos mais invasivos ou complexos, como é o caso da Cirurgia Oral, justificando a proporção de 61.54% de indivíduos do sexo masculino registados como presentes nesta consulta, sendo estes os maioritariamente inquiridos neste estudo. É ainda possível afirmar com base em estudos anteriores que estes indivíduos sentem mais dificuldade em expressar os seus sentimentos e emoções do que os do sexo oposto, principalmente sentimentos de ansiedade e medo, o que poderá constituir uma das razões para a qual os níveis de ansiedade dentária da Consulta de Cirurgia Oral não apresentaram valores mais elevados. (Egbor & Akpata, 2014).

Como mencionado nos resultados, a idade média da amostra total (N=85) registada foi de 47.93 anos e a faixa etária mais predominante na amostra da Consulta de Cirurgia Oral (N=39) foi a faixa entre os 51-65 anos de idade, enquanto que a faixa etária mais predominante na amostra da Consulta de Avaliação Inicial, ou Triagem (N=46), foi a faixa entre os 36-50 anos de idade. De acordo com os estudos de Awooda, & El Faki, em 2016, e Yildirim, em 2016, quanto mais jovens são os pacientes, maior o nível de

ansiedade dentária registado, assim, tendo em conta a idade dos inquiridos tanto na Consulta de Cirurgia Oral, como na Consulta de Avaliação Inicial, seria expectável que os níveis de ansiedade não correspondessem a níveis preocupantes (*scores* iguais ou superiores a 19).

Quanto maior a faixa etária dos pacientes, para além da diferença de maturidade e percepção de procedimentos dentários, é possível afirmar, a partir de estudos anteriores, que a maioria dos pacientes adultos, ou de meia-idade, não só já experienciaram vários tratamentos dentários, como, quando foram inquiridos, não foi potencialmente a primeira exodontia realizada, uma vez que a conjugação de problemas dentários associada com doenças sistémicas é um fator que aumenta a perda dentária, consoante a idade (Suvan et al., 2018). Para além disso, os pacientes com idades mais avançadas também podem sentir um menor nível de ansiedade dentária, uma vez que podem estar sujeitos a tratamentos de outras doenças e medicação associada, o que os faz encarar os tratamentos dentários de forma mais leviana. (Fayad et al., 2017). Em suma, à exceção dos que tenham experienciado uma situação traumática no passado, estes pacientes não deverão apresentar estados de ansiedade tão elevados quanto os de faixas etárias inferiores (Hägglin, Berggren, Hakeberg, Hallstrom & Bengtsson, 1999).

Não obstante, independentemente da faixa etária do inquirido e de não ter sido questionado se seria, ou não, a primeira exodontia a que teria sido submetido, a nível protocolar, qualquer paciente que na Clínica Dentária Egas Moniz seja sujeito a uma Consulta de Cirurgia Oral e/ou à realização de uma ou mais exodontias, previamente já terá realizado uma Consulta de Avaliação Inicial, ou Triagem, e possivelmente uma Consulta de Medicina Dentária Preventiva, para tartarectomia. Este facto remete para que o paciente já esteja minimamente familiarizado com o ambiente clínico, com o profissional com que vai ser tratado e que já tenha sido informado do Plano de Tratamento a ser executado, transmitido na Consulta de Triagem. Assim, se durante a primeira visita e mesmo nas consultas seguintes, um paciente que sofra de ansiedade dentária for seguido e acompanhado com uma abordagem compreensiva, gentil e profissional, é de prever que, quando e caso tenha necessidade de comparecer a uma Consulta de Cirurgia Oral, o nível registado já tenha diminuído e não se verifique uma diferença significativa entre as duas Consultas. (Balaji, 2018).

Percentualmente, podem verificar-se valores de 60,87% (Consulta de Avaliação Inicial) *versus* 58,98% (Consulta de Cirurgia Oral) correspondentes aos indivíduos em que se registaram valores de ansiedade baixos (entre 5-9 pontos). Um dos fatores que pode potencialmente justificar a inexistência de um *score* mais elevado para a amostra da Consulta de Cirurgia Oral, de forma a existir uma relevância estatística entre as duas consultas, é que a grande maioria dos pacientes inquiridos foram atendidos durante o período da manhã, estando este horário comprovado que, devido à variação diurna da concentração endógena de esteróides e opióides fisiológica, pode ser um motivo pelo qual se encontram em estados de ansiedade mais diminuídos (Hakeberg, Hägglin, Berggren, & Carlsson, 2001).

É necessário, e importante ter em conta, que a maioria dos estudos sobre ansiedade dentária são realizados e descritos quando o paciente é tratado por um Médico Dentista, e, no presente estudo, todos os inquiridos foram tratados e abordados por estudantes de Medicina Dentária. Porém, como comprovado no estudo de Kheir et al., em 2019, em que a má conduta do Médico Dentista, ou mesmo comentários negativos, podem afetar o nível de ansiedade dentária, é possível afirmar que as habilidades interpessoais e comunicativas do aluno tendem a levar o paciente a sentir-se mais à vontade, e a adquirir confiança no prosseguimento do tratamento, por ser tratado por um Médico Dentista em formação, estando ao corrente de que o este se encontra a ser supervisionado por um profissional com um grau superior ao mesmo, em todos os procedimentos (Caltabiano et al., 2018).

Numerosos estudos (Appukuttan, 2016; Egbor & Akpata, 2014; Ferreira et al., 2008; Armfield, Stewart, & Spencer, 2007) indicam que a ansiedade dentária pode originar uma ausência do paciente em consultório e um atraso na procura de tratamento, tendendo a recorrer à consulta médico-dentária apenas quando experienciam sensações dolorosas. Assim, um método de análise correta de quais as fontes e estímulos que a população se sente mais ansiosa relativamente a esta consulta, poderia ser a pesquisa e análise dos sentimentos dos indivíduos que não frequentam regularmente o Médico Dentista, pois provavelmente o foco dos altos níveis de ansiedade encontra-se exatamente na população que não comparece às consultas com frequência (White, Giblin, & Boyd, 2017).

A diferença quase insignificante no nível médio de ansiedade dentária nas duas consultas ( $8.76 \pm 3.233$  na Consulta de Avaliação Inicial *versus*  $9.90 \pm 5.684$  na Consulta de Cirurgia Oral) poderá ser uma consequência do método utilizado para análise dos

participantes do presente estudo, uma vez que a aplicação de questionários acarreta sempre o risco das respostas destes se tornarem tendenciosas, uma vez que os participantes podem, mesmo que involuntariamente, superestimar ou subestimar as mesmas, sendo esta uma das maiores limitações. (Fayad et al., 2017).

Foi registada uma diferença no *score* médio total correspondente à ansiedade dentária na Consulta de Avaliação Inicial de  $8.76 \pm 3.233$  para  $9.90 \pm 5.684$ , na Consulta de Cirurgia Oral, o que indica que os pacientes continuam a experienciar ansiedade na consulta médico-dentária e ainda que os elevados valores do desvio padrão poderão estar associados a *scores* bastante elevados, principalmente na Consulta de Cirurgia Oral, comparativamente a valores mais homogêneos na Consulta de Avaliação Inicial. A ansiedade dentária também se revela associada a procedimentos dentários que envolvam instrumentos e técnicas temidas pelos pacientes, como técnicas anestésicas ( $2.24 \pm 1.268$ , na Consulta de Avaliação Inicial, *versus*  $2.10 \pm 1.483$  na Consulta de Cirurgia Oral), ou utilização de instrumentos rotatórios ( $1.91 \pm 0.939$ , na Consulta de Avaliação Inicial, *versus*  $2.21 \pm 1.380$  na Consulta de Cirurgia Oral), sendo que as perguntas referentes ao uso de agulhas, objetos possíveis causadores de trauma e utilização de instrumentos rotatórios são as que desencadeiam estados de ansiedade mais elevados nos inquiridos, como se verifica também nos estudos de Edmunds & Buchanan, 2012; Gaffar, Alagl, & Al-Ansari, 2014; Hawamdeh & Awad, 2013, em que os *scores* mais elevados foram mais vezes associados a estas técnicas e instrumentos, revelando assim uma maior ansiedade dentária. Adicionalmente, com uma análise percentual, foi possível identificar que na Consulta de Avaliação Inicial se registaram 2,17% dos indivíduos com *scores* equivalentes a um nível de ansiedade elevado (igual, ou superior, a 19), enquanto que na Consulta de Cirurgia Oral se registaram 7,69% dos indivíduos como correspondentes a este nível.

É ainda de salientar que sendo este estudo descrito como observacional é empírico que não seja possível prever as alterações do nível de ansiedade dentária ao longo do tempo, sendo que, em determinados casos a percepção do paciente pode alterar-se devido à conduta do Médico Dentista. Esta situação não foi possível de avaliar, levando a que todas as associações previstas no presente estudo não devem ser consideradas relações causais (Awooda, & El Faki, 2016)



## VII. CONCLUSÃO

Com o presente estudo foi possível verificar e confirmar o referido em estudos pregressos de que a ansiedade dentária continua a ser uma problemática que prevalece nos indivíduos que frequentam consultas médico-dentárias, conseqüentemente desencadeando uma preocupação exacerbada e repulsa nos pacientes, face a procedimentos dentários mais invasivos ou complexos, como a Cirurgia Oral, e, em termos gerais, neste tipo de consultas.

Torna-se impreterível que o Médico Dentista se encontre capacitado para identificar os pacientes com elevados níveis de ansiedade dentária e analisar os sinais por esses demonstrados, de forma a utilizar uma abordagem correta e indicada conforme os mesmos de modo personalizado, evitando assim a falta de comparência e adesão à terapêutica planeada.

Independentemente do plano de tratamento e procedimentos dentários a que este seja sujeito, é essencial que o paciente seja capaz de sentir confiança no profissional de saúde, assim como em toda a sua equipa, originando uma relação Médico Dentista/Paciente benéfica de modo a que o sucesso se torne inerente ao tratamento dentário.

O presente estudo, conclui ainda que:

- Existe uma diferença no nível de ansiedade dentária registada entre os pacientes da Consulta de Cirurgia Oral *versus* os pacientes da Consulta de Avaliação Inicial;

No que respeita às hipóteses formuladas para a execução deste estudo, atendendo ao facto de nenhuma possuir significância estatística:

- Relativamente a H1, os níveis de ansiedade registados foram mais elevados em pacientes na Consulta de Cirurgia Oral, comparativamente à Consulta de Avaliação Inicial, ainda que não sejam resultados estatisticamente significativos;

Relativamente a H2, os níveis de ansiedade registados foram menos elevados em pacientes na Consulta de Avaliação Inicial, comparativamente à Consulta de Cirurgia Oral, ainda que não sejam resultados estatisticamente significativos.



## VIII. BIBLIOGRAFIA

- Ahmad, O. B., Boschi-Pinto, C., Lopez, A. D., Murray, C. J., Lozano, R., & Inoue, M. (2001). Age standardization of rates: a new WHO standard. Geneva: *World Health Organization*, 9(10).
- Appukuttan, D. P. (2016). Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*, 8, 35.
- Armfield, J. M. (2010). The extent and nature of dental fear and phobia in Australia. *Australian dental journal*, 55(4), 368-377.
- Armfield, J. M., Spencer, A. J., & Stewart, J. F. (2006). Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Australian dental journal*, 51(1), 78-85.
- Armfield, J. M., Slade, G. D., & Spencer, A. J. (2009). Dental fear and adult oral health in Australia. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 37(3), 220-230.
- Armfield, J. M., Stewart, J. F., & Spencer, A. J. (2007). The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC oral health*, 7(1), 1.
- Arslan, S., Tarım Ertaş, E., & Ülker, M. (2011). The relationship between dental fear and sociodemographic variables. *Erciyes Medical Journal*, 33(4), 295-300.
- Astramskaitė, I., Poškevičius, L., & Juodžbalys, G. (2016). Factors determining tooth extraction anxiety and fear in adult dental patients: a systematic review. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 45(12), 1630-1643.
- Awooda, E., & El Faki, A. (2016). Dental Anxiety Prevalence and Associated Factors among Patients Attending the Academy Dental Teaching Hospital–Khartoum, Sudan.
- Baeder, F. M., Bacci, J. E., Silva, D. F., & Silva, P. H. L. D. (2016). Conhecimento de pacientes sobre o uso de benzodiazepínicos no controle da ansiedade em Odontologia. *Revista da Associação Paulista de Cirurgioes Dentistas*, 70(3), 333-337.

- Balaji, S. M. (2018). On the negative outcomes of craniofacial surgery. *Annals of maxillofacial surgery*, 8(1), 1.
- Barrier, P. A., Li, J. T. C., & Jensen, N. M. (2003, February). Two words to improve physician-patient communication: what else?. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 78, No. 2, pp. 211-214). *Elsevier*.
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological medicine*, 43(5), 897-910.
- Caltabiano, M. L., Croker, F., Page, L., Sklavos, A., Spiteri, J., Hanrahan, L., & Choi, R. (2018). Dental anxiety in patients attending a student dental clinic. *BMC oral health*, 18(1), 48.
- Carter, A. E., Carter, G., Boschen, M., AlShwaimi, E., & George, R. (2014). Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review. *World Journal of Clinical Cases: WJCC*, 2(11), 642.
- Cohen, M. E. (1985). Dental anxiety and DMFS status: association within a US naval population versus differences between groups. *Community dentistry and oral epidemiology*, 13(2), 75-78.
- Cohen, S. M., Fiske, J., & Newton, J. T. (2000). Behavioural dentistry: The impact of dental anxiety on daily living. *British dental journal*, 189(7), 385.
- Cope, A. L., Chestnutt, I. G., Wood, F., & Francis, N. A. (2016). Dental consultations in UK general practice and antibiotic prescribing rates: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract*, 66(646), e329-e336.
- Crego, A., Carrillo, M., Armfield, J. M., & Romero, M. (2014). From public mental health to community oral health: the impact of dental anxiety and fear on dental status. *Frontiers in public health*, 2, 16.
- Dou, L., Vanschaayk, M. M., Zhang, Y., Fu, X., Ji, P., & Yang, D. (2018). The prevalence of dental anxiety and its association with pain and other variables among adult patients with irreversible pulpitis. *BMC oral health*, 18(1), 101.

- dos Santos, P. A., Campos, J. A. D. B., & Martins, C. S. (2007). Avaliação do sentimento de ansiedade frente ao atendimento odontológico. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 11(1), 189-202.
- Edmunds, R., & Buchanan, H. (2012). Cognitive vulnerability and the aetiology and maintenance of dental anxiety. *Community dentistry and oral epidemiology*, 40(1), 17-25.
- Egbor, P. E., & Akpata, O. (2014). An evaluation of the sociodemographic determinants of dental anxiety in patients scheduled for intra-alveolar extraction. *Libyan Journal of Medicine*, 9(1), 25433.
- Eli, I., Uziel, N., Blumensohn, R., & Baht, R. (2004). Modulation of dental anxiety—the role of past experiences, psychopathologic traits and individual attachment patterns. *British dental journal*, 196(11), 689.
- Fagade, O. O., & Oginni, F. O. (2005). Intra-operative pain perception in tooth extraction—possible causes. *International dental journal*, 55(4), 242-246.
- Fayad, M. I., Elbieh, A., Baig, M. N., & Alruwaili, S. A. (2017). Prevalence of dental anxiety among dental patients in Saudi Arabia. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 7(2), 100.
- Ferreira, M. A., Manso, M. C., & Gavinha, S. (2008). Ansiedade e fobia dentária—avaliação psicométrica num estudo transversal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 49(2), 77-86.
- Gaffar, B. O., Alagl, A. S., & Al-Ansari, A. A. (2014). The prevalence, causes, and relativity of dental anxiety in adult patients to irregular dental visits. *Saudi Med J*, 35(6), 598-603.
- Guivarc'h, M., Saliba-Serre, B., Jacquot, B., Le Coz, P., & Bukiet, F. (2017). Dental students' attitudes towards management of pain and anxiety during a dental emergency: educational issues. *International dental journal*, 67(6), 384-390.
- Hägglin, C., Berggren, U., Hakeberg, M., Hallstrom, T., & Bengtsson, C. (1999). Variations in dental anxiety among middle-aged and elderly women in Sweden: a

- longitudinal study between 1968 and 1996. *Journal of dental research*, 78(10), 1655-1661.
- Hakeberg, M., Hägglin, C., Berggren, U., & Carlsson, S. G. (2001). Structural relationships of dental anxiety, mood, and general anxiety. *Acta odontologica scandinavica*, 59(2), 99-103.
- Hawamdeh, S., & Awad, M. (2013). Dental anxiety: prevalence and associated factors. *European Journal of General Dentistry*, 2(3), 270.
- Hmud, R., & Walsh, L. J. (2009). Dental anxiety: causes, complications and management approaches. *J Minim Interv Dent*, 2(1), 67-78.
- Humphris, G. M., Dyer, T. A., & Robinson, P. G. (2009). The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BMC oral health*, 9(1), 20.
- Humphris, G. M., Freeman, R., Campbell, J., Tuutti, H., & D'souza, V. (2000). Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *International dental journal*, 50(6), 367-370.
- Humphris, G. M., Morrison, T., & Lindsay, S. J. E. (1995). The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community dental health*.
- Jeddy, N., Nithya, S., Radhika, T., & Jeddy, N. (2018). Dental anxiety and influencing factors: a cross-sectional questionnaire-based survey. *Indian Journal of Dental Research*, 29(1), 10.
- Johnsen, B. H., Thayer, J. F., Laberg, J. C., Wormnes, B., Raadal, M., Skaret, E., ... & Berg, E. (2003). Attentional and physiological characteristics of patients with dental anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 17(1), 75-87.
- Kanegane, K., Penha, S. S., Borsatti, M. A., & Rocha, R. G. (2003). Dental anxiety in an emergency dental service. *Revista de saude publica*, 37(6), 786-792.

- Kanegane, K., Penha, S. S., Munhoz, C. D., & Rocha, R. G. (2009). Dental anxiety and salivary cortisol levels before urgent dental care. *Journal of Oral Science*, 51(4), 515-520.
- Kheir, O. O., Ziada, H. M., Abubakr, N. H., Abdel-Rahman, M. E., Fadl, S. M., & Ibrahim, Y. E. (2019). Patient–dentist relationship and dental anxiety among young Sudanese adult patients. *International dental journal*, 69(1), 35-43.
- Klingberg, G., & Broberg, A. G. (2007). Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International journal of paediatric dentistry*, 17(6), 391-406.
- Korpela, I., & Vaununmaa, K. (2019). Dental students' and patients' perceived importance and knowledge of dental anxiety. *In press* .
- Liddell, A., & Locker, D. (1997). Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control. *Community dentistry and oral epidemiology*, 25(4), 314-318.
- Lima Álvarez, M., & Casanova Rivero, Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Humanidades Médicas*, 6(1), 0-0.
- Loeffler, P. M. (1992). Oral benzodiazepines and conscious sedation: a review. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 50(9), 989-997.
- Locker, D., Liddell, A., Dempster, L., & Shapiro, D. (1999). Age of onset of dental anxiety. *Journal of dental research*, 78(3), 790-796.
- Lopes, P. N. D. R. M., de Alte, F. M. D. S., & Universidade de Coimbra. (2005). Contribuição para o estudo da Ansiedade Dentária: Validação de uma versão portuguesa do Dental Anxiety Inventory em estudantes do Ensino Superior.
- Márquez-Rodríguez, J. A., Navarro-Lizaranzu, M., Cruz-Rodríguez, D., & Gil-Flores, J. (2004). ¿ Por qué se le tiene miedo al dentista?: Estudio descriptivo de la posición de los pacientes de la Sanidad Pública en relación a diferentes factores subyacentes a los miedos dentales. *RCOE*, 9(2), 165-174.

- Marya, C. M., Grover, S., Jnaneshwar, A., & Pruthi, N. (2012). Dental anxiety among patients visiting a dental institute in Faridabad, India. *West Indian Medical Journal*, 61(2), 187-190.
- McGrath, C., & Bedi, R. (2004). The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community dentistry and oral epidemiology*, 32(1), 67-72.
- Milgrom, P., Fiset, L., Melnick, S., & Weinstein, P. (1988). The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *The Journal of the American Dental Association*, 116(6), 641-647.
- Newton, T., Asimakopoulou, K., Daly, B., Scambler, S., & Scott, S. (2012). The management of dental anxiety: time for a sense of proportion?. *British dental journal*, 213(6), 271.
- O'Halloran, M. (2013). The use of anaesthetic agents to provide anxiolysis and sedation in dentistry and oral surgery. *The Australasian medical journal*, 6(12), 713.
- Oosterink, F. M., De Jongh, A., & Hoogstraten, J. (2009). Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. *European journal of oral sciences*, 117(2), 135-143.
- Papapanou, P.N., Lindhe, J., (2010). Epidemiologia das Doenças Periodontais, In J. Lindhe,(Ed.), *Tratado de Periodontia Clínica E Implantologia Oral*. (pp. 314-404).
- Prathima, V., Anjum, M. S., Reddy, P. P., Jayakumar, A., & Mounica, M. (2014). Assessment of anxiety related to dental treatments among patients attending dental clinics and hospitals in Ranga Reddy District, Andhra Pradesh, India. *Oral health & preventive dentistry*, 12(4).
- Poudel, P., Griffiths, R., Wong, V. W., Arora, A., Flack, J. R., Khoo, C. L., & George, A. (2018). Oral health knowledge, attitudes and care practices of people with diabetes: a systematic review. *BMC public health*, 18(1), 577.

- Ranjan, P., Kumari, A., & Chakrawarty, A. (2015). How can doctors improve their communication skills?. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 9(3), JE01.
- Rantavuori, K., Lahti, S., Hausen, H., Seppä, L., & Kärkkäinen, S. (2004). Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta Odontologica Scandinavica*, 62(4), 207-213.
- Sebastiani, F. R., Dym, H., & Wolf, J. (2016). Oral sedation in the dental office. *Dental Clinics*, 60(2), 295-307.
- Singh, K. A., Moraes, A. B. A. D., & Bovi Ambrosano, G. M. (2000). Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. *Pesquisa Odontológica Brasileira*.
- Sivaramakrishnan, G., & Sridharan, K. (2017). Nitrous Oxide and Midazolam Sedation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Anesthesia progress*, 64(2), 59-65.
- Stouthard, M. E., & Hoogstraten, J. (1990). Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 18(3), 139-142.
- Suhani, R. D., Suhani, M. F., & Badea, M. E. (2016). Dental anxiety and fear among a young population with hearing impairment. *Clujul medical*, 89(1), 143.
- Suvan, J. E., Finer, N., & D'Aiuto, F. (2018). Periodontal complications with obesity. *Periodontology 2000*, 78(1), 98-128.
- Syed, S., Bilal, S., Dawani, N., & Rizvi, K. (2013). Dental anxiety among adult patients and its correlation with self-assessed dental status and treatment needs. *JPMA*, 63(614), 614-8.
- Taniguchi, A. (2018). Associations between dental knowledge, source of dental knowledge and oral health behavior in Japanese university students: A cross-sectional study.

- Tarazona, B., Tarazona-Álvarez, P., Peñarrocha-Oltra, D., Rojo-Moreno, J., & Peñarrocha-Diago, M. A. (2015). Anxiety before extraction of impacted lower third molars. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 20(2), e246.
- Vilanova-Saingery, C., Bailleul-Forestier, I., Vaysse, F., Vergnes, J. N., & Marty, M. (2017). Use and perception of nitrous oxide sedation by French dentists in private practice: a national survey. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 18(6), 385-391.
- Wang, M. C., Vinall-Collier, K., Csikar, J., & Douglas, G. (2017). A qualitative study of patients' views of techniques to reduce dental anxiety. *Journal of dentistry*, 66, 45-51.
- Weiner, A. A. (1990). Etiology of dental anxiety: psychological trauma or CNS chemical imbalance?. *Gen. dent.*, 38, 39-43.
- White, A. M., Giblin, L., & Boyd, L. D. (2017). The prevalence of dental anxiety in dental practice settings. *American Dental Hygienists' Association*, 91(1), 30-34.
- Woolley, S. M., Chadwick, B., & Pugsley, L. (2017). The interpersonal work of dental conscious sedation: A qualitative analysis. *Community dentistry and oral epidemiology*, 45(4), 330-336.
- Yildirim, T. T. (2016). Evaluating the relationship of dental fear with dental health status and awareness. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10(7), ZC105.
- Zinke, A., Hannig, C., & Berth, H. (2018). Comparing oral health in patients with different levels of dental anxiety. *Head & face medicine*, 14(1), 25.

## IX. ANEXOS

**Anexo 1:** Autorização da Comissão de Ética da Egas Moniz (Processo nº 740).

**Comissão de Ética**



**Proc. Interno nº 740**

Ex.ma Senhora  
**Adriana da Silva Ramirez Camões**

---

Monte de Caparica, 19 de março de 2019.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado “**Estudo comparativo da avaliação da ansiedade em pacientes a submeter a cirurgia oral versus pacientes em consulta de avaliação inicial**”, foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Prof.ª Doutora Maria Fernanda de Mesquita

## Anexo 2: Consentimento Informado.



### Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17\_02

Monte de Caparica, 2019

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado de Medicina Dentária na Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projeto Final subordinado ao tema: "Estudo comparativo da avaliação da ansiedade em pacientes a submeter a cirurgia oral *versus* pacientes em consulta de avaliação inicial", sob a orientação do Prof. Doutor Francisco Salvado, estudo que irá decorrer nas instalações da Clínica Dentária Egas Moniz, abrangendo os doentes que frequentam a Clínica Dentária Egas Moniz, do(a) Instituto Universitário Egas Moniz.

Solicita-se a sua autorização para:

- Participar no estudo da análise do nível de ansiedade respondendo ao questionário
- Recolha de dados durante o estudo através do questionário "Escala de Ansiedade de MDAS (Escala de Ansiedade Dentária Modificada) "

**A fim de esclarecer a minha decisão recebi, e bem compreendi, as informações seguintes:**

1. Todos os dados recolhidos antes durante e após o estudo serão mantidos confidenciais, sendo utilizados somente os que se manifestem essenciais ao estudo em causa; será mantido o meu anonimato, perante os investigadores principais do projeto e os dados serão tratados de forma anónima;

O estudo tem como objetivo contribuir de uma forma direta e indireta para a formação do aluno em causa, sendo parte integrante do seu trabalho final de curso, no Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário Egas Moniz.

2. Não serão efetuados procedimentos clínicos invasivos ou outros;
3. Poderei em qualquer momento pedir informação complementar ao investigador e se o desejar, parar a minha participação sem suportar nenhuma responsabilidade;
4. Conservo todos os meus direitos garantidos na lei;



## Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17\_02

5. O meu consentimento não libera em nada os investigadores responsáveis deste trabalho das suas responsabilidades, no que diz respeito à investigação biológica e ética;

### Deste modo permitirei:

1. Fornecer um certo número de dados pessoais e clínicos, presentes nos formulários preparados para esse fim;

### Este estudo pode trazer benefícios tais como, contribuir para o:

- Modo de atuar e aplicação de estratégias para minimizar a ansiedade dos pacientes com níveis elevados

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação. O Orientando está obrigado ao anonimato e confidencialidade dos sujeitos.

Aceito participar nesta investigação nas condições acima referidas e **autorizo** a recolha, escolha e tratamento dos dados, que se mantêm confidenciais e sob anonimato.

(Riscar o que não interessa)

**ACEITO / NÃO ACEITO** participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

---

*(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)*

### Anexo 3: Questionário.

#### Questionário Escala de Ansiedade de MDAS (Escala de Ansiedade Dentária Modificada)

Idade: \_\_\_\_ Género: \_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

**Consegue indicar-nos o quanto fica ansioso (se é que fica ansioso) com a sua ida ao dentista?**

Por favor, responda às seguintes perguntas, assinalando a resposta apropriada.

1- Se AMANHÃ fosse ao médico dentista para tratamento, como se sentiria?

Nada Ansioso  Um pouco ansioso  Moderadamente ansioso  Muito Ansioso  Extremamente ansioso

2- Se tivesse sentado na SALA DE ESPERA (á espera de tratamento), como se sentiria?

Nada Ansioso  Um pouco ansioso  Moderadamente ansioso  Muito Ansioso  Extremamente Ansioso

3- Se lhe estiverem prestes a BROCAR UM DENTE, como se sentiria?

Nada Ansioso  Um pouco ansioso  Moderadamente ansioso  Muito Ansioso  Extremamente Ansioso

4- Se lhe estivessem prestes a fazer uma DESTARIZAÇÃO E POLIMENTO (limpeza), como se sentiria?

Nada Ansioso  Um pouco ansioso  Moderadamente ansioso  Muito Ansioso  Extremamente Ansioso

5- Se estivesse prestes a receber uma INJEÇÃO DE ANESTESIA LOCAL, na sua gengiva, por cima de um molar superior, como se sentiria?

Nada Ansioso  Um pouco ansioso  Moderadamente ansioso  Muito Ansioso  Extremamente Ansioso