

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

VINICIUS DOS SANTOS GONÇALVES FERREIRA

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE, MEDO E DOR DE DENTE DE PACIENTES EM
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA E
PERCEPÇÃO SAÚDE BUCAL**

**JUAZEIRO DO NORTE-CE
2020**

VINICIUS DOS SANTOS GONÇALVES FERREIRA

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE, MEDO E DOR DE DENTE DE PACIENTES EM
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA E
PERCEPÇÃO SAÚDE BUCAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Odontologia do Centro Universitário Doutor
Leão Sampaio, como pré-requisito para
obtenção do grau de Bacharel.

Orientador(a): Profa Me. Simone Scandiuzzi
Francisco

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2020

VINICIUS DOS SANTOS GONÇALVES FERREIRA

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE, MEDO E DOR DE DENTE DE PACIENTES
EM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO: IMPACTO NA QUALIDADE DE
VIDA E PERCEPÇÃO SAÚDE BUCAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Odontologia do Centro Universitário Doutor
Leão Sampaio, como pré-requisito para
obtenção do grau de Bacharel.

Aprovado em 03/07/2020.

BANCA EXAMINADORA

**PROFESSOR (A) MESTRE (A) SIMONE SCANDIUZZI FRANCISCO
ORIENTADOR (A)**

**PROFESSOR (A) ESPECIALISTA FRANCISCO DE ASSIS ARRAIS DE LAVOR
MEMBRO EFETIVO**

**PROFESSOR (A) DOUTOR (A) IVO CAVALCANTI PITA NETO
MEMBRO EFETIVO**

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência de medo, ansiedade e dor de dente nos pacientes atendidos na clínica escola do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio e estimar a percepção de saúde bucal bem como os impactos na qualidade de vida. **Materiais e método:** A amostra foi constituída por 71 participantes. O medo e ansiedade foram avaliados por meio do questionário Dental Fear Survey e das escalas Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) e Dental Anxiety Scale, a prevalência da dor de dente foi investigada em dois momentos, alguma vez na vida e nos últimos seis meses. A intensidade da dor de dente será avaliada por uma escala verbal e uma escala analógica visual. O impacto na qualidade de vida foi avaliado por meio do *Oral Health Impact Profile*. **Resultado:** Dos 71 pacientes participantes 31 (43,7%) achavam que tinham dentes cariados, 37 (52,1%) pacientes utilizam fio dental somente quando há presença de alimentos entre os dentes e 17 (29,3%) raramente usa o fio. Apesar da maioria 48 (67,7%) relataram que a cárie pode ser prevenida através da escovação dos dentes, usar o fio dental e usar enxaguatórios e bochechos, ainda assim 31 afirmaram tê-la. Embora 62 (82,7%) relataram que a dieta alimentar influencia na saúde dos dentes, apenas 8 (11,3%) relataram que não comer doces pode prevenir a cárie. Dos que afirmaram ter cárie (31), 28 indicaram que a dieta influencia na saúde dos dentes e 19 souberam o que é placa, todavia apenas 8 disseram como removê-la corretamente. Dos participantes, 44 (62%) relataram corretamente o conceito de placa dental sendo uma massa composta por restos de alimentos. No entanto, apenas 25 (35,2%) respondeu que para removê-la é através da escovação e uso do fio dental, sendo que 26 (36,6%) afirmaram que somente o dentista consegue removê-la, e 19 (26,6%) não souberam dizer. Segundo a escala MDAS 29,6% apresentaram ansiedade ou fobia ao tratamento odontológico sendo em sua maioria mulheres. Em relação ao medo, 23,9% apresentaram alto medo e medo extremo, dos quais a maioria eram fóbicos. Observou-se que 91,5% dos pacientes relataram ter tido dor de dente e 49,3 associaram a dor a cavitações nos dentes. Observa-se que 19 participantes relataram ter tido dor nos últimos seis meses, sendo que a maioria destes relataram medo moderado a extremo (12) medo e apenas 5 apresentaram altos níveis de ansiedade. Em relação ao impacto na qualidade de vida, apenas 4 apresentaram médio impacto e 15 apresentaram baixo impacto. **Conclusão:** Os participantes do estudo demonstraram limitações em sua percepção de saúde bucal e em relação aos hábitos de higiene oral. A prevalência de medo e ansiedade foram altas entre os participantes, sendo que a maioria experienciaram dor de dente moderada a severa. A redução da ansiedade e medo é essencial para que haja a motivação dos pacientes em procurar o tratamento odontológico a nível preventivo, assim melhorando a qualidade de vida.

Palavras-chave: Ansiedade odontológica. Medo ao tratamento odontológico. Dor. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Aim: To assess the prevalence of fear, anxiety and toothache in patients seen at the school clinic of University Center UniLeão and estimate the perception of oral health, as well as the impact on quality of life. **Materials and method:** The sample consisted of 71 participants. Fear and anxiety were assessed using the Dental Fear Survey questionnaire and the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) and Dental Anxiety Scale, the prevalence of toothache was investigated in two moments, once in life and in the last six months. The intensity of the toothache will be assessed by a verbal scale and a visual analog scale. The impact on quality of life was assessed using the Oral Health Impact Profile. **Result:** Of the 71 participating patients, 31 (43.7%) thought they had decayed teeth, 37 (52.1%) patients use dental floss only when there is food between their teeth and 17 (29.3%) rarely use dental floss. Although the majority 48 (67.7%) reported that caries can be prevented by brushing teeth, flossing and using mouthwashes and mouthwashes, 31 still said they had it. Although 62 (82.7%) reported that the diet influences teeth health, only 8 (11.3%) reported that not eating sweets can prevent cavities. Of those who claimed to have caries (31), 28 indicated that diet influences the health of their teeth and 19 knew what plaque is, however only 8 said how to remove it properly. Of the participants, 44 (62%) correctly reported the concept of dental plaque as a mass composed of food scraps. However, only 25 (35.2%) replied that to remove it is through brushing and flossing, 26 (36.6%) stated that only the dentist can remove it, and 19 (26.6%) could not say. According to the MDAS scale, 29.6% had anxiety or phobia about dental treatment, mostly women. Regarding fear, 23.9% had high fear and extreme fear, of which the majority were phobic. It was observed that 91.5% of the patients reported having toothache and 49.3% associated the pain with tooth cavitation. It is observed that 19 participants reported having had pain in the last six months, most of whom reported moderate to extreme fear (12) and only 5 had high levels of anxiety. As for the impact on quality of life, only 4 had a medium impact and 15 had a low impact. **Conclusion:** The study participants demonstrated limitations in the perception of oral health and in relation to oral hygiene habits. The prevalence of fear and anxiety was high among the participants, with the majority of people experiencing moderate to severe toothache. The reduction of anxiety and fear is essential for patients to be motivated to seek dental treatment at the preventive level, thus improving the quality of life.

Keywords: Dental anxiety. Fear of dental treatment. Ache. Quality of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Peso atribuído a cada resposta do OHIP-14.....	13
Tabela 2 - Distribuição de frequência segundo gênero, idade e instrução de higiene oral pelo dentista. Juazeiro do Norte,2020.....	15
Tabela 3 – Distribuição das respostas sobre hábitos de higiene bucal, autocuidado, frequência de consulta ao dentista em relação a percepção de cárie dental pelo paciente	15
Tabela 4 – Distribuição dos pacientes em relação ao gênero, MDAS e DENTAL FEAR, Juazeiro do Norte, 2020.....	17
Tabela 5 - Distribuição da frequência da percepção da dor em relação com a Dental Fear, MDAS e OHIP-14 Juazeiro do Norte, 2020.....	19
Tabela 6 - Percepção e relato de dor de dente dos pacientes. Juazeiro do Norte, 2020.....	20

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos valores da Dental Fear e OHIP-14.....	18
Gráfico 2 - Distribuição dos valores da MDAS e OHIP-14.....	18
Gráfico 3 – Distribuição da percepção da dor sentida pelo paciente.....	20

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
MDAS	Modified Dental Anxiety Scale
OHIP-14	Oral Health Impact Profile na versão reduzida
UniLeão	CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 METODOLOGIA	11
3 RESULTADOS	15
4 DISCUSSÃO	21
5 CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	27
ANEXOS	32
ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIAL DO CEP	32
ANEXO 2- Questionário de Percepção de Saúde Bucal.....	35
ANEXO 3- Questionário Dental Fear Survey	36
ANEXO 4- Questionário de Ansiedade- Modified Dental Anxiety Scale.....	37
ANEXO 5- Dor de Dente de acordo com Góes (2001) modificado.....	38

1 INTRODUÇÃO

O medo e a ansiedade são estados emocionais que podem ser considerados como uma ameaça ao tratamento odontológico. Algumas definições e conceitos são atribuídos ao medo, fobia, ansiedade e preocupação. Eles consideram que a ansiedade seria a antecipação apreensiva de perigo futuro acompanhada por sentimentos de disforia ou sintomas somáticos de tensão, já a preocupação seria uma manifestação cognitiva da ansiedade. O medo é considerado como sendo uma emoção básica, distinta da ansiedade e associado a uma resposta súbita de “luta ou fuga” frente a um perigo imediato, no qual o corpo se prepara para uma resolução da situação. E finalmente, a fobia seria uma forma especial de medo intenso, quando a evitação é de proporção tal que causa perturbação significativa ou interfere com a função ou papel social do indivíduo (LOPES *et al.*, 2004).

O aumento da prevalência de medo e a ansiedade em relação ao tratamento odontológico impacta negativamente a qualidade de vida dos pacientes, tanto na assiduidade das consultas, limitando a conclusão do tratamento quanto na demora em procurar por tratamento odontológico, tendo como resultado a inviabilização de medidas preventivas e conservadoras diante dos problemas mais frequentes (NEWTON *et al.*, 2012).

Ansiedade também se define pela sensação de desconforto e constante insegurança, o que em muitos casos dificulta o convencimento do paciente sobre a necessidade de se ter assiduidade e compromisso para se alcançar níveis minimamente aceitáveis de saúde bucal, desta forma, o atendimento odontológico torna-se prejudicado, interferindo na relação profissional-paciente, assim como reflete aspectos negativos nos resultados do tratamento (COLARES *et al.*, 2004).

A educação em saúde é um instrumento de transformação social, pois a informação capacita os indivíduos a serem responsáveis por sua saúde, prevenindo a cárie dental e outras doenças bucais. É, portanto, um dos componentes e recursos fundamentais a serem utilizados nas estratégias de promoção de saúde, para que haja a ampliação o conhecimento dos indivíduos e reformulação de hábitos. Tendo em vista o aspecto negativo que a ansiedade e o medo exercem sobre o tratamento odontológico, há necessidade dos cirurgiões-dentistas desenvolverem uma atenção especial às manifestações de ansiedade e medo odontológico, principalmente no rapport e no momento de relatarem os procedimentos a serem realizados, pois muitos indivíduos são relutantes em admitirem seus medos, descuidando-se e, desta forma, não seguindo a filosofia de prevenção em saúde bucal (FRANCISCO *et al.*, 2015).

Os hábitos de higiene bucal são adquiridos na infância relacionados a atitudes positivas que fundamentam a promoção de saúde desenvolvendo a autopercepção de cada pessoa. Com isso, é importante esclarecer a população sobre saúde e doença bucal, enfatizando as possibilidades de tratamento. Baseado nisso sabe-se que atualmente um dos empecilhos para o tratamento odontológico é a ansiedade e medo que alguns pacientes apresentam, uma vez que a autopercepção de saúde determina até mesmo a qualidade de vida do indivíduo, então é necessária uma abordagem de saúde integrada. Além disso, o obstáculo encontrado pelo clínico geral para realizar atendimento odontológico ou prevenção e promoção de saúde bucal é o medo e a ansiedade que alguns pacientes desenvolvem ao tratamento odontológico. Portanto, é importante se conhecer essa situação de medo ou até que ponto o medo pode influenciar na saúde bucal dos pacientes no sentido de aprimorar o tratamento, desenvolver técnicas que possam minimizar o medo e a ansiedade e favorecer a promoção de saúde.

O objetivo do presente estudo foi avaliar os níveis de ansiedade, medo e da dor de dente dos pacientes no momento do atendimento odontológico prestado pela Clínica Escola do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio e estimar o impacto dessas variáveis na qualidade de vida e na saúde bucal.

2 METODOLOGIA

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio - Curso de graduação em Odontologia (ANEXO 1).

Esta pesquisa classifica-se como um estudo transversal quantitativo, e uma amostra de conveniência foi selecionada, a partir de convite a todos os pacientes que estavam em tratamento odontológico nos Estágios Clínicos da Clínica Escola do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio e aqueles que procuraram os serviços de atendimento da Clínica escola. Os critérios de inclusão foram pacientes em atendimento nos Estágios Clínicos, na faixa etária de 18 a 80 anos de idade. Os critérios de exclusão foram os que não quiseram participar e os que se recusaram a responder o questionário, e os que estiveram abaixo da faixa etária de 18 anos.

A coleta de dados foi realizada na Sala de Espera da Clínica Escola, os pesquisadores dirigiram-se aos pacientes em atendimento, explicando os objetivos da pesquisa e perguntando se concordavam em participar.

O aluno (pesquisador) convidou o paciente a participar da pesquisa (entrevista) através da aplicação de um questionário, e neste momento apresentou o termo de consentimento livre e esclarecido, e após a assinatura de assentimento, fez a aplicação do questionário. Caso o paciente não aceitasse participar, seria atendido da mesma forma, segundo as normas e rotinas da Clínica Escola.

A amostra foi de 71 pacientes em atendimento na Clínica, e foi aplicado um questionário com perguntas objetivas para serem lidas e respondidas, e no caso de não saber ler, o aluno responsável pela aplicação do questionário o ajudou (ANEXO 2, 3,4 e 5).

Todas as entrevistas foram aplicadas pelos dois pesquisadores e continham questões sociodemográficas, percepção de saúde bucal (ANEXO 2), ansiedade e medo odontológico (ANEXO 5 e 6), dor e qualidade de vida (ANEXO 5).

O instrumento utilizado para avaliação do medo odontológico foi o Dental Fear Survey (KLEINKNECHT, KEPLAC, ALEXANDER, 1973), já validado para a língua portuguesa (COSTA, MORAES, 1994). Este instrumento é uma escala tipo likert de 5 pontos (com cinco opções de resposta) com 20 itens que, na versão original, mede 3 fatores: a fuga ao tratamento odontológico, as manifestações fisiológicas do medo e o medo provocado (KLEINKNECHT, KEPLAC, ALEXANDER, 1973). O questionário foi pontuado somando os valores obtidos a partir de cada questão e dividindo-se o valor total obtido por 20, obtendo-se uma média. As

pontuações variaram de 0-<2 (baixo medo), 2-<3 (medo moderado), 3-<4 (medo elevado) e > 4 (medo extremo) (YILDIRIM, 2016). O questionário pode ser visualizado no anexo 2.

A ansiedade dental e o medo foram avaliados baseados nos seguintes métodos: a escala “Modified Dental Anxiety Scale (MDAS)” (HU *et al.*, 2005). A segurança e a validade da “Dental Anxiety Scale” descrita por Corah (1969) foram demonstradas em vários estudos (CORAH, 1969; LIDDEL E LOCKER, 1997; KANEGANE *et al.*, 2003) e traduzida para o português por Hu *et al.*, (2005). Entretanto, como a proposta original de Corah não incluía nenhuma referência à anestesia local, Humphris *et al.*, (1995) acrescentaram uma pergunta sobre anestesia, a qual foi incluída neste estudo. A escala consta de cinco perguntas com cinco alternativas de respostas, sendo que se atribui valor um à alternativa correspondente a de menor grau de ansiedade e valor cinco, à de maior grau, com escores de 5 (sem ansiedade) a 25 (extrema ansiedade). Esta escala avalia o nível de ansiedade que o paciente apresenta no momento do atendimento. Serão considerados pacientes ansiosos, aqueles que apresentarem escores maiores ou iguais a 16, e abaixo de 15 serão considerados não ansiosos. Escores acima de 19 identificarão pacientes com fobia (ANEXO 4).

Para aferir a dor de dente dos pacientes verificou-se a sua prevalência (presença ou ausência), duração, causa, intensidade, de acordo com Góes *et al.* (2001). A prevalência da dor de dente foi investigada em dois momentos, alguma vez na vida e nos últimos seis meses. A intensidade da dor de dente será avaliada por uma escala verbal (MELZAK, KATZ, 1992) e uma escala analógica visual (JENSEN *et al.*, 1996). A escala verbal consiste em uma lista de adjetivos que descrevem diferentes níveis de intensidade de dor (leve, desconfortável, estressante, horrível e intolerável). A severidade da dor de dente foi classificada em dor baixa (leve), dor moderada (desconfortável, estressante) e dor severa (horrível e intolerável), de acordo com a resposta do sujeito de pesquisa. A escala analógica visual consiste em uma linha com números de 0 a 10, cujos limites estão marcados com os extremos da dor e o indivíduo indica o número que mais representa a intensidade da sua dor. A severidade da dor de dente foi classificada em dor baixa (1,2,3), dor moderada (4,5,6,7) e dor severa (8,9,10), de acordo com a resposta do sujeito de pesquisa (ANEXO 5).

O questionário para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes foi o Oral Health Impact Profile na versão reduzida (OHIP-14), em sua versão validada para o português, como instrumento para verificar a experiência vivida pelo sujeito de pesquisa nos últimos seis meses anteriores ao exame bucal. As dimensões de impacto na qualidade de vida avaliadas por este questionário são: limitação funcional, dor física,

desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. Os pesos para cada resposta é uma recomendação de Slade *et al.* (1997) (Tabela 1).

Tabela 1 – Peso atribuído a cada resposta do OHIP-14.

Nos últimos 6 meses, por causa de problemas com seus dentes ou sua boca:		
Limitação funcional	Você teve problemas para falar alguma palavra?	0,51
	Você sentiu mudança no sabor dos alimentos?	0,49
Dor física	Você sentiu dor?	0,34
	Você teve desconforto para comer qualquer alimento?	0,66
Desconforto psicológico	Você ficou preocupado?	0,45
	Você se sentiu estressado?	0,55
Incapacidade física	A sua alimentação ficou ruim?	0,52
	Você teve que parar alguma refeição?	0,48
Incapacidade psicológica	Você teve dificuldade para descansar?	0,60
	Você se sentiu envergonhado?	0,40
Incapacidade social	Você ficou irritado com outras pessoas?	0,62
	Você teve dificuldades para realizar suas atividades diárias?	0,38
	Você sentiu que a vida ficou pior?	0,59
Deficiência	Você ficou totalmente incapaz de realizar suas atividades diárias?	0,41

Para a análise do OHIP-14, as respostas ordinais foram graduadas como zero para “nunca” até 4 para “sempre”. Todas as respostas ordinais foram multiplicadas pelo respectivo peso da questão e somadas posteriormente, para produzir um escore total do OHIP-14, que pode variar de 0 a 28, com maiores escores significando impacto mais negativo na saúde bucal. Os códigos são: 0 = nunca; 1 = dificilmente; 2 = às vezes; 3 = quase sempre; 4 = sempre. Desta forma, o valor máximo que cada dimensão pode alcançar é 4. Assim, o impacto de cada dimensão foi classificado em fraco ($0 < \text{fraco} \leq 9$), médio ($9 < \text{médio} \leq 18$) e forte ($18 < \text{forte} \leq 28$), de acordo com Bastos et al. (2009). O questionário pode ser visualizado no anexo 5.

Na condução deste estudo foram resguardadas as identidades ou qualquer informação pessoal dos participantes em tratamento odontológico, ressaltando que os mesmos têm a liberdade de se recusar ou desistir, em qualquer momento, da sua participação na pesquisa. Os dados obtidos foram utilizados exclusivamente para a execução do projeto de pesquisa e ficarão sob tutela do professor orientador. As informações e respostas obtidas no questionário, bem como as informações colhidas na ficha clínica, foram utilizadas para análise, sendo empregadas

com fins científicos, inclusive a publicação de um artigo científico e apresentação em congresso científico.

Em toda e qualquer pesquisa que envolva seres humanos, os riscos devem ser considerados. Riscos de danos físicos na pesquisa são desprezíveis por tratar-se de uma abordagem através de questionários, sem intervenções. Contudo, o risco de ordem psicológica, como constrangimento, pode ser citado um possível risco desta pesquisa. Tal situação será minimizada por meio do anonimato garantido aos participantes, deixando claro que os mesmos poderão abandonar a pesquisa a qualquer momento no qual julgarem pertinente ou necessário, e estarão livres para não responder qualquer uma das questões com as quais não se sintam completamente à vontade. Além disso, foi garantido aos participantes da pesquisa assistência médica e/ou psicológica caso necessário.

Os benefícios esperados desta pesquisa estão fundamentados no melhor entendimento das expectativas enfrentadas pelos pacientes em relação a ansiedade e medo durante o tratamento odontológica na Clínica Escola, afim de aprimorá-lo, além de conhecer a saúde bucal e qualidade de vida dos pacientes que frequentam a clínica escola.

O desenvolvimento da pesquisa não acarretará despesas (custo) aos pacientes. Todas as informações foram arquivadas e guardadas por cinco anos, para depois serem incineradas. Os dados foram coletados e tabulados na planilha Excel e os dados representam as frequências em porcentagem.

3 RESULTADOS

A amostra foi constituída por 71 pacientes que procuraram pelo tratamento odontológico no Estágio Clínico da Clínica Escola do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio com idade variando de 18 a 80 anos. Dos 71 participantes, 52 (73,2%) eram do gênero feminino e 19 (26,8%) do gênero masculino, com faixas etárias predominantes situadas em 26 a 35 anos (22,5%) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição de frequência segundo gênero, idade e instrução de higiene oral pelo dentista. Juazeiro do Norte, 2020.

Instrução de higiene bucal	Gênero				Receberam instrução		Não Receberam instrução		Total	
	F		M		n	%	n	%	n	%
Gênero	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	52	73,2%	19	26,8%	32	45,1	20	28,2	52	73,2%
Masculino					8	11,3	11	15,5	19	26,8%
									71	100%
Idade	F		M		Receberam instrução		Não Receberam instrução		Total	
<25anos	12	16,9%	1	1,4%	8	11,3%	5	7,0%	13	18,3%
26 a 35 anos	16	22,5%	8	11,3%	12	16,9%	12	16,9%	24	33,8%
36 a 45 anos	12	16,9%	4	5,6%	8	11,3%	8	11,3%	16	22,5%
46 a 60 anos	9	12,7%	4	5,6%	8	11,3%	5	7,0%	13	18,3%
>60 anos	3	4,2%	2	2,8%	4	5,6%	1	1,4%	5	7,0%

O desfecho escolhido, no presente estudo, foi se os pacientes já tinham recebido previamente alguma instrução de higiene bucal, como por exemplo, tipo de escovação, forma de escovar os dentes etc.; por algum profissional cirurgião dentista ou se nunca receberam qualquer instrução, com as perguntas sobre o contexto de cárie dental e percepção de saúde bucal. Assim dos entrevistados 40 (56,3%) disseram ter recebido e 31 (43,7%) não receberam.

Tabela 3: Distribuição das respostas sobre hábitos de higiene bucal, autocuidado, frequência de consulta ao dentista em relação a percepção de cárie dental pelo paciente

Percepção sobre cárie- Você tem cárie?	Sim		Não		Não sabe		Total	
Práticas de saúde bucal	n	%	n	%	n	%	n	%
Recebeu de algum dentista instruções de higiene oral, como por exemplo, tipo de escova dentária usar, forma como escovar?								
Sim	16	22,5	16	22,5	8	11,3	40	56,3

Não	15	21,1	8	11,3	8	11,3	31	43,7%
Quantas vezes escova os dentes por dia?								
Não escova	4	5,6	0	-	0	-	4	5,6
Escova 1 a 2 vezes	6	8,5	6	8,5	5	7,0	17	23,9
Escova 3 a 4	21	29,6	18	25,4	11	15,5	50	70,4
Qual a frequência ideal para o uso do fio dental?								
Uma vez ao dia, de preferência a noite	4	5,6	8	11,3	5	7,0	17	23,9
Quando existem alimentos entre os dentes	18	25,4	11	15,5	8	11,3	37	52,1
Raramente uso fio dental	9	12,7	5	7,0	3	4,2	17	23,9
Você usa o flúor?								
Sim	13	18,3	12	16,9	11	15,5	36	50,7
Não	16	22,5	8	11,3	4	5,6	28	39,4
Não sabe	2	2,8	4	5,6	1	1,4	7	9,9
Como você usa o flúor?								
A- Pasta de dente	13	18,3	8	11,3	8	11,3	29	40,8
B- Enxaguatórios, bochechos	2	2,8	5	7,0	0	-	7	9,9
C- Água	0	-	0	-	0	-	0	-
D- Dentista	5	7,0	2	2,8	0	-	7	9,9
Não sabe	7	9,9	7	9,9	6	8,5	20	28,2
Participante que escolheram mais de uma alternativa: (A,B,C,D=1), (ABD=1), (AD=5), (ABC=1)								
O que fazer para não ter cárie?								
Escovar os dentes, Usar o fio dental e Usar enxaguatório, bochechos	25	35,2	13	18,3	10	14,1	48	67,6
Ir ao dentista	3	4,2	3	4,2	0	-	6	8,5
Usar flúor	0	-	0	-	0	-	0	-
Não comer muito doces	0	-	4	5,6	4	5,6	8	11,3
Não sabe	2	2,8	2	2,8	1	1,4	5	7,0
Participante que escolheram mais de uma alternativa: (ABC=1), (AD=1), (ABD=2)								
O que é placa bacteriana?								
Massa composta por restos de alimentos e bactérias	19	26,8	13	18,3	12	16,9	44	62,0
Apenas resto de alimentos	0	-	0	-	3	4,2	3	4,2
Início de cárie	4	5,6	2	2,8	0	-	6	8,5
Não sei	8	11,3	9	12,7	1	1,4	18	25,4
De que maneira, principalmente, a placa bacteriana pode ser removida?								
Apenas pelo dentista	14	19,7	8	11,3	4	5,6	26	36,6
Em casa, através da escovação e uso do fio dental	8	11,3	9	12,7	8	11,3	25	35,2
Com uso do flúor	0	-	1	1,4	0	-	1	1,4
Não sei	1	1,4	6	8,5	4	5,6	19	26,8
A dieta alimentar influencia na saúde dos dentes?								
Sim	28	39,4	20	28,2	14	19,7	62	87,3
Não	1	1,4	1	1,4	1	1,4	3	4,2
Não sabe	2	2,8	3	4,2	1	1,4	6	8,5
Total	31	43,7	24	33,8	16	22,5	71	100

Na Tabela 3 verificam-se as respostas sobre os hábitos de saúde bucal em relação a percepção de cárie dental. Dos 71 pacientes participantes 31 (43,7%) achavam que tinham dentes cariados e 16 (22,5%) não souberam dizer. Assim destes, 16 (22,5%) pacientes que receberam instrução de higiene oral e 21 (29,3%) escovam os dentes 3 a 4 vezes ao dia.

Em relação ao uso do fio denta, 37 (52,1%) pacientes utilizam fio dental apenas quando há presença de alimentos entre os dentes e 17 (29,3%) raramente usa o fio, e destes 18 (25,4%) e 9 (12,7%) relataram ter cárie dental, respectivamente.

Em relação flúor, mais da metade afirma usá-lo, e apenas 9 (7,7%) não sabem dizer. Somente um participante afirmou que o flúor, pode ser usado em pastas, enxaguatórios, aplicado no dentista, e na água. Cerca de 29 (40,8%) indicaram a pasta de dente, porém 20 (28,2%) não souberam dizer, e 7 (9,9%) relataram que o flúor se usa somente no Dentista.

Apesar da maioria 48 (67,7%) relatarem que a cárie pode ser prevenida através da escovação dos dentes, usar o fio dental e usar enxaguatórios e bochechos, ainda assim 31 afirmaram tê-la.

Apesar de 62 (82,7%) relatarem que a dieta alimentar influência na saúde dos dentes, apenas 8 (11,3%) relataram que não comer doces pode prevenir a cárie. Dos que afirmaram ter cárie (31), 28 indicaram que a dieta influencia na saúde dos dentes e 19 souberam o que é placa, todavia apenas 8 disseram como removê-la corretamente.

Dos participantes, 44 (62%) relataram corretamente o conceito de placa dental sendo uma massa composta por restos de alimentos e bactérias e 18 (22%) não souberam dizer. No entanto, apenas 25 (35,2%) respondeu em casa, através da escovação e uso do fio dental, sendo que 26 (36,6%) afirmaram que somente o dentista consegue removê-la, e 19 (26,6%) não souberam dizer.

Tabela 4: Distribuição dos pacientes em relação ao gênero, MDAS e DENTAL FEAR, Juazeiro do Norte, 2020.

MDAS	Não Ansiedade		Ansiedade		Fobia		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	
DENTAL FEAR							
BAIXO MEDO	20(28,2%)	11(15,5%)	1(1,4%)	1(1,4%)	1(1,2%)	1(1,4%)	35(49,3%)
MODERADO MEDO	10(14%)	2(2,8%)	5(7,0%)	0	2(2,8%)	0	19(26,8%)
ALTO MEDO	5(7%)	2(2,8%)	3(4,2%)	0	3(4,2%)	1(1,4%)	14(19,7%)

EXTREMO MEDO	0	0	0	0	2(2,8%)	1(1,4%)	3(4,2%)
TOTAL	35(49,3%)	15 (21,1%)	9(12,7%)	1(1,4%)	8(11,3%)	3(4,2%)	
TOTAL GERAL	50(70,4%)		10(14,1%)		11 (15,5%)		71 (100%)

A prevalência Escala “Modified Dental Anxiety Scale” (Escala MDAS) foi observado que 14,1% eram ansiosos, e 15,5% apresentaram fobia ao tratamento odontológico, sendo a maioria mulheres. Em relação ao medo, 23,9% apresentaram alto medo e medo extremo, dos quais a maioria eram fóbicos (Tabela 5).

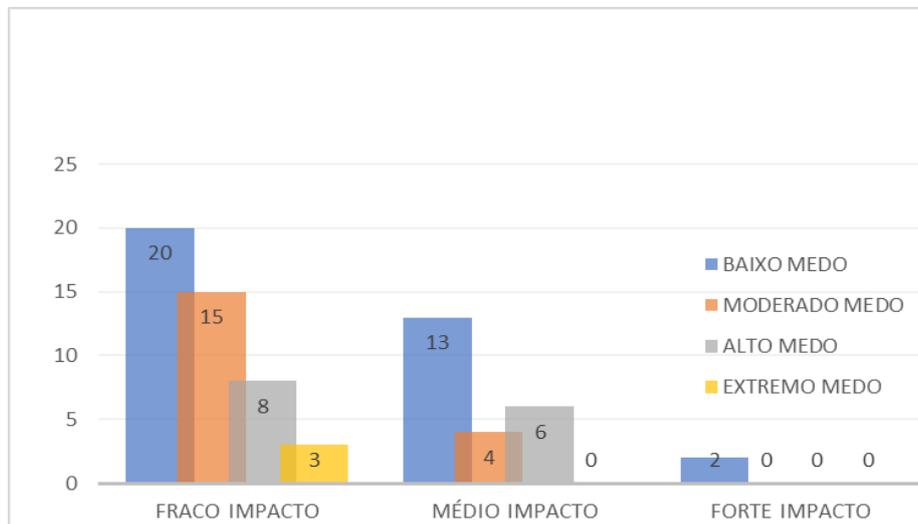


Gráfico 1: Distribuição dos valores da Dental Fear e OHIP-14

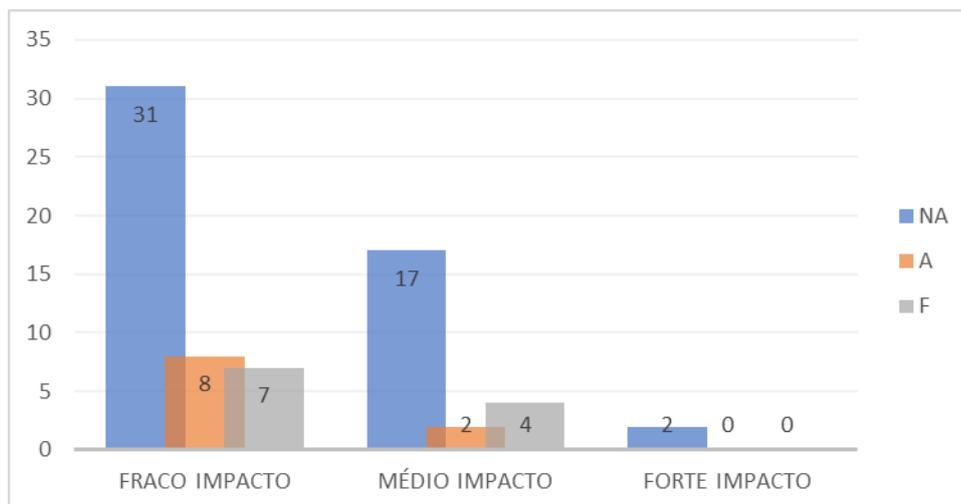


Gráfico 2: Distribuição dos valores da MDAS e OHIP-14

O gráfico 1 mostra que os níveis de impacto fraco e médio têm participantes com medo moderado a severo, assim como níveis de ansiedade e fobia (Gráfico 2).

O outro desfecho escolhido, no presente estudo, foi no relato de experiência de dor e níveis de ansiedade e medo (Tabela 5). Observou-se que 19 participantes relataram ter tido dor nos últimos seis meses, sendo que a maioria destes relataram medo moderado a extremo (12) medo e apenas 5 apresentaram altos níveis de ansiedade. Em relação ao impacto na qualidade de vida, apenas 4 apresentaram médio impacto e 15 apresentaram baixo impacto. (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição da frequência da percepção da dor em relação com a Dental Fear, MDAS e OHIP-14 Juazeiro do Norte, 2020.

DOR	Q2- Você teve dor de dente nos últimos seis meses?							
	Sim		Não		Não me lembro		Total	
DENTAL FEAR								
	N	%	N	%	N	%	N	%
BAIXO MEDO	7	9,9	25	35,2	3	4,2	35	49,3
MODERADO MEDO	8	11,3	11	15,5	0	-	19	26,8
ALTO MEDO	3	4,2	11	15,5	0	-	14	19,7
EXTREMO MEDO	1	1,4	2	2,8	0	-	3	4,2
MDAS- Modified Dental Anxiety Scale								
NÃO ANSIEDADE	14	19,7	34	47,9	2	2,8	50	70,4
ANSIEDADE	4	5,6	6	8,5	0	-	10	14,1
FOBIA	1	1,4	9	12,7	1	1,4	11	15,5
OHIP-14								
FRACO IMPACTO	15	21,1	30	42,3	1	1,4	46	64,8
MÉDIO IMPACTO	4	5,6	18	25,4	1	1,4	23	32,4
FORTE IMPACTO	0	0,0	1	1,4	1	1,4	2	2,8
Total Geral	19	26,8	49	69,0	3	4,2	71	100,0

Na tabela 6 observou-se que 91,5% dos participantes relataram ter tido dor de dente, sendo que 84,5% a dor foi relatada como sendo moderado ou severa. Quando questionados sobre a causa da dor de dente, 49,3% associaram a dor com a presença de buraco ou cavidade no dente. (Tabela 6).

Tabela 6: Percepção e relato de dor de dente dos pacientes. Juazeiro do Norte, 2020.

Gênero	F		M		Total	
Você já teve dor de dente na sua vida?						
Sim	50	70,4	15	21,1	65	91,5
Não	2	2,8	3	4,2	5	7,0
Não lembro	0	0,0	1	1,4	1	1,4
Você poderia marcar na linha a seguir o tamanho dessa última dor de dente? Você deve considerar que 0 (zero) significa nenhuma dor e 10 (dez), a dor pior possível.						
DOR BAIXA	5	7,0	6	8,5	11	15,5
DOR MODERADA	18	25,4	7	9,9	25	35,2
DOR SEVERA	29	40,8	6	8,5	35	49,3
Qual foi a principal causa da sua dor de dente?						
Não me lembro	8	11,3	8	11,3	16	22,5
Buraco ou cavidade no dente	25	35,2	10	14,1	35	49,3
Ao comer ou beber algum alimento	10	14,1	0	-	10	14,1
Durante tratamento odontológico (obturação, canal, extração, aparelho, etc)	2	2,8	0	-	2	2,8
Quando um dente quebrou ou nasceu	7	9,9	1	1,4	8	11,3
Total Geral	52	73,2	19	26,8	71	100

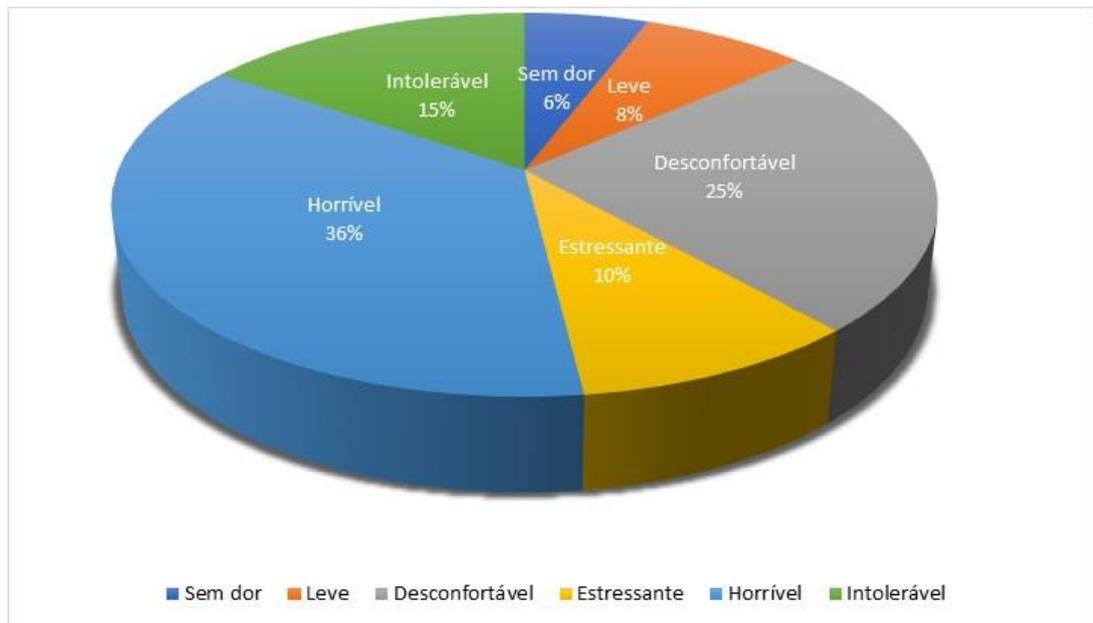


Gráfico 3: Distribuição da percepção da dor sentida pelo paciente.

Em relação à dor, o gráfico 3 evidenciou que 61% relataram que sintomatologia de dor foi intolerável, horrível e estressante.

4 DISCUSSÃO

As condições de saúde bucal satisfatórias são favorecidas por hábitos de higiene bucal que quando incorporados ao estilo de vida dos pacientes beneficiam permanentemente o estado de saúde geral. O processo de educação em saúde é considerado uma ferramenta transformadora, sendo a Instrução em Higiene Oral considerada como meio efetivo para melhora na qualidade de saúde bucal (SOARES, NOVAIS, FREIRE, 2009; FRANCISCO *et al.*, 2015).

Observou-se que a maioria dos pacientes atendidos na clínica escola, 52 (73,2%) eram do gênero feminino nas faixas etárias de 26 a 35 anos (22,5%). Da mesma forma, a predominância do gênero feminino em serviços de saúde foi também registrada em outros estudos, onde verificaram que as mulheres frequentam, mais os serviços de saúde do que os homens, sendo mais adeptas a hábitos adequados de saúde bucal e cuidados preventivos (LAWDER *et al.*, 2008).

Os resultados do presente estudo evidenciaram cerca de metade (40) dos participantes receberam orientação do dentista, contudo apesar de se considerarem instruídos, 30 (43,7%) afirmam ter problemas de saúde bucal como, a cárie dental. Os participantes apresentaram poucos hábitos de higiene bucal em seu cotidiano, pois apesar da maioria escovar os dentes 3 a 4 vezes ao dia e em relação ao uso do fio dental, 37 (52,1%) pacientes utilizam fio dental apenas quando há presença de alimentos entre os dentes e 17 (29,3%) raramente usa o fio (LAWDER *et al.*, 2008). Apesar da maioria 48 (67,7%) relatarem que a cárie pode ser prevenida através da escovação dos dentes, usar o fio dental e usar enxaguatórios e bochechos, ainda assim 31 afirmaram tê-la.

Estes resultados corroboram com outros estudos Davoglio *et al.* (2009) e Lisbôa e Abegg (2006), que apesar da grande variedade de fios dentais disponíveis no mercado e da ampla recomendação de seu uso na complementação da higiene bucal, esta prática nem sempre é incorporada pelos pacientes. Isso pode estar relacionado também com pouca compreensão por parte da participante que mesmo tendo o conhecimento de como devem realizar a higiene bucal não a praticam por falta de motivação, baixa autoestima, descuido ou problemas pessoais que desviem a sua atenção do autocuidado.

A presença de alimentos açucarados no consumo diário dos pacientes é considerada um fator de risco para o desenvolvimento da cárie dentária, e está seguramente associada alta quantidade e frequência de consumo de doces, causando uma maior chance de desenvolverem a lesão cariiosa (DAVOGLIO *et al.*, 2009). Apesar da maioria relatarem que a dieta influencia na saúde dos dentes e terem o conhecimento sobre placa dental, apenas 25 (35,2%) responderam

que a mesma pode ser removida em casa através da escovação e uso do fio dental, sendo que 26 (36,6%) afirmaram que somente o dentista consegue removê-la, e 19 (26,6%) não souberam dizer. Lawder *et al.* (2008) também evidenciaram que apesar da maioria dos entrevistados se mostrarem instruídos quanto a prática de escovação e visitas regulares ao dentista constituírem meios para a prevenção da doença, um grande número afirmou ter dentes afetados por essa condição.

O conhecimento sobre saúde bucal e seus fatores causais podem influenciar na saúde do indivíduo e promovem mudanças de comportamento que visem adotar atitudes positivas quanto aos cuidados sobre ela, adotando escolhas saudáveis de vida que fortaleçam a autoestima e o autocuidado. Entretanto, vale ressaltar que para que as mudanças comportamentais de hábitos bucais ocorram, o cirurgião dentista deve despertar e conscientizar os pacientes por meio de orientação sistemática e contínua para que haja a assimilação efetiva do conhecimento. (FRANCISCO *et al.*, 2015).

A presença nas consultas odontológicas representa um grande desafio para os pacientes que apresentam medo de dentista, e em muitos casos altos níveis de ansiedade pode levar à desmarcação ou cancelamento dos atendimentos o que resulta em uma barreira significativa para otimização dos serviços de saúde bucal (ARMPFIELD, HEATON, 2013; WANG *et al.*, 2017). Segundo Singh *et al.* (2000) e Newton *et al.* (2012), o medo pode ser resultado de experiências odontológicas prévias traumáticas ou ter sido transmitidas através de ciclos de convivência. Portanto a ansiedade e medo podem ser considerados fatores predisponentes ao não comparecimento às consultas e ao declínio da saúde bucal de pacientes com esse perfil (COLARES *et al.*, 2004). As pessoas sem ansiedade compareceram com maior frequência ao dentista e as consultas de cunho preventivo são mais recorrentes entre eles (BOTTAN *et al.*, 2007).

Amrfield *et al.* (2009) verificaram que a cárie dental esteve presente quase três vezes mais em pacientes com ansiedade dental moderada a extrema. Do mesmo modo, pessoas com ansiedade extrema do tratamento odontológico tiveram duas vezes mais dentes extraídos do que as que relataram não ter medo de ir ao dentista.

De acordo com a literatura, a prevalência de ansiedade afeta entre 3,8 a 25% da população adulta, apresentando uma grande variedade, provavelmente relacionada aos diferentes estilos de vida das pessoas, hábitos culturais locais, acesso e tipo de serviço odontológico (BAXTER *et al.*, 2014; REMES *et al.*, 2016). Neste estudo a prevalência de ansiedade foi de 14,1% e 15,5% apresentaram fobia ao tratamento odontológico, sendo a maioria mulheres. Em relação ao medo, 23,9% apresentaram alto medo e medo extremo, dos

quais a maioria eram fóbicos. Estes dados foram semelhantes aos estudos de Ramos *et al.* em 2004 (32,50%), Francisco *et al.* em 2019 (22,7%) e por Kanegane *et al.* em 2003 (28,20%).

Estudos evidenciaram que existe diferenças entre os gêneros em relação à ansiedade odontológica, sendo provavelmente devida as diferentes percepções e significados das experiências dolorosas vivenciadas (LIDDELL, LOCKER, 1997; LOCKER, 2003). Segundo Liddell, Locker (1997), as mulheres parecem estar em maior desvantagem do que os homens em relação a percepção e capacidade de lidar com situações odontológicas, sendo que, o maior desejo por parte delas, em se ter o controle, porém com menor percepção de controle real, influenciou na susceptibilidade em se criar tensão psicológica. Neste estudo o gênero feminino apresentou maiores níveis de ansiedade do que o gênero masculino, semelhante aos estudos de Facco *et al.* em 2008 (10,96%), Murrer *et al.* em 2014 (24%).

De acordo com Possobon *et al.* (2007), o medo conduz o indivíduo a um ciclo vicioso no qual a esquiva ao tratamento o leva ao agravamento da saúde bucal e a tratamentos cada vez mais complexos e invasivos, portanto, com maior potencial de provocar dor, e conseqüentemente aumentando os níveis de ansiedade em relação à situação de tratamento e levando o indivíduo a esquivar-se cada vez mais aponto do mesmo só procurar pelo tratamento odontológico quando submetido a sintomatologia de extrema dor. (LIDDELL, LOCKER, 1997; LOCKER, 2003; KANEGANE *et al.*, 2003; COLARES *et al.*, 2004; KANEGANE *et al.*, 2006).

O impacto negativo mais direto da ansiedade odontológica está na deterioração da saúde oral e conseqüentemente na qualidade de vida. Alguns estudos verificaram que houve relação estatisticamente significativa entre os níveis de ansiedade e o impacto na qualidade de vida, onde aquelas pessoas com alto nível de ansiedade estão entre as pessoas com baixa saúde bucal, qualidade de vida e baixo nível socioeconômico (McGrath, Bedi, 2004; Armfield *et al.*, 2009). Neste estudo observou-se que os níveis de impacto fraco e médio tiveram participantes com medo moderado a severo, assim como níveis de ansiedade e fobia.

De acordo com o estudo realizado por Rigo *et al.* (2015) em indivíduos que relataram uma melhor satisfação com a qualidade de vida é observada uma menor incidência de problemas como dificuldade de fala e comunicação decorrente de problemas dentários assim como problemas de alimentação e em sentir o gosto dos alimentos quando comparados aos indivíduos que relataram menor satisfação com a qualidade de vida, nesse segundo grupo também foi observado que eles tiveram que interromper as refeições mais vezes decorrente de problemas dentais. No grupo de menor satisfação foi relatado que estes apresentam maiores níveis de estresse e problemas para relaxar onde eles também relataram perceber uma piora na

qualidade de vida decorrente dos problemas bucais. Miotto *et al.* (2012) evidenciaram que o grupo com mais impacto na qualidade de vida, em seu estudo, em decorrência de problemas bucais foi o da população com faixa etária acima de 40 anos de idade. Estes apresentavam, em sua maioria, necessidade de prótese parcial removível e prótese total, o que pode indicar um retardo na procura pelo tratamento como consequência da ansiedade e medo ao tratamento odontológico. Entretanto apesar de alguns estudos mostrarem uma associação estatisticamente significativa entre a baixa na qualidade de vida associada a problemas de saúde bucal e níveis de ansiedade e medo, no presente estudo apenas uma parcela relativamente pequena da amostra (15/71) afirmou que esses fatores exercem baixo impacto na qualidade de vida.

A dor orofacial pode ser a pior das experiências humanas, sendo em muitas situações insuportável, levando a pessoa a um quadro de grande desconforto física e por isso considera-se a dor como um sério problema de saúde pública em muitos países. A escala analógica visual é um método confiável e mais simples para descrever clinicamente a experiência de dor quanto à questão avaliativa mesmo não analisando a sua natureza multidimensional (NEWTON, BUCK, 2000). Neste estudo observou-se que 91,5% dos participantes relataram ter tido dor de dente, sendo que 84,5% a dor foi relatada como sendo moderado ou severa. Quando questionados sobre a causa da dor de dente, 49,3% associaram a dor com a presença de buraco ou cavidade no dente, caracterizando a cárie dental. Sobre o relato de experiência de dor nos últimos seis meses e níveis de ansiedade e medo, 19 participantes relataram ter tido dor nos últimos seis meses, sendo que a maioria destes relataram medo moderado e 4 alto medo. Contudo destes, apenas 5 apresentaram altos níveis de ansiedade e em relação ao impacto na qualidade de vida, 15 apresentaram baixo impacto.

A dor, mesmo sendo um processo fisiológico, possui um forte componente cognitivo que, em pessoas com ansiedade odontológica, podem desencadear percepções exacerbadas (LIN, WU, YI, 2017). Níveis altos de ansiedade odontológica e medo fizeram com que os indivíduos possuíssem mais dentes perdidos, mais superfícies cariadas, mais lesões periapicais, maior perda óssea periodontal e menos superfícies restauradas que a população em geral (HUMPHRIS *et al.*, 1995; MCGRATH, BEDI, 2004).

O cirurgião-dentista tem como primordial função manter uma boa condição de saúde bucal de seu paciente e, para isso, necessita avaliá-lo em visitas preventivas frequentes e realizar intervenções que ajudem o paciente a reconhecer, obter e manter comportamentos de saúde, bem como a enfrentar a situação odontológica com um mínimo de estresse. Entretanto para que os profissionais de saúde possam adotar estratégias que visem diminuir o estresse comumente gerado pelo ambiente e tratamento odontológico, e faz necessário que aprendam reconhecer

comportamentos indicadores de ansiedade e seja capaz de estabelecer uma adequada relação com o paciente (POSSOBON *et al.*, 2007).

5 CONCLUSÃO

Diante das limitações do estudo, observou-se que os participantes apresentaram poucos hábitos de higiene bucal, demonstrando um limitado conhecimento sobre a etiologia da cárie e a forma mais adequada para preveni-la. A prevalência de medo e ansiedade foram altos entre os participantes, sendo que a maioria experienciaram dor de dente moderada a severa. Assim, conclui-se que é importante o esclarecimento dos pacientes sobre o processo saúde-doença bucal, enfatizando a possibilidade de intervenção precoce e de controle dos problemas de saúde. Conhecer os níveis de ansiedade e/ou medo dos pacientes odontológicos oferece ao cirurgião-dentista criar possibilidades de um atendimento individualizado e mais humano.

REFERÊNCIAS

ARMPFIELD, J.M.; HEATON, L.J.; Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. **Australian Dental Journal**, v. 58, p. 390–407, 2013.

ARMPFIELD, J.M.; SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Dental fear and adult oral health in Australia. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 37, p. 220-30, 2009.

BASTOS, R.S. **Impacto das condições de saúde bucal em relação à qualidade de vida de adolescentes escolares de 15 a 19 anos, numa dicotomia socioeconômica, no município de Bauru, São Paulo**,. 154 f., il. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo, Bauru, 2009.

BAXTER, A.J.; SCOTT, K.M.; FERRARI, A.J.; NORMAN, R.E.; VOS, T.; WHITEFORD, H.A. Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. **Depress Anxiety**, v. 31, n. 6, p. 506-51, 2014.

BOTTAN, E.R.; DAL’OGLIO, J.; ARAÚJO, S.M. Ansiedade ao tratamento odontológico em estudantes do ensino fundamental. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 7, n. 3, p. 241-6, 2007.

COLARES, V.; CARACIOLO, G.M.; MIRANDA, A.M.; ARAÚJO, G.V.B.; GUERRA, P. Medo e/ou ansiedade como fator inibitório para a visita ao dentista. **arquivos em odontologia**, Belo Horizonte, v. 40, n. 1, p. 001-110, jan./mar. 2004.

CORAH, N.L. Development of a dental anxiety scale. **J Dent Res**, v. 48, p. 596, 1969.

COSTA, S.M.; MORAES, A.B.A. Medo em odontologia: um estudo com escolares. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 51, n. 5, p. 26-31, 1994.

DAVOGLIO, R.S.; AERTS, D.R.G.C.; ABEGG, C.; FREDDO, S.L.; MONTEIRO, L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. **Cad Saúde Pública**, v. 25 n. 3, p. 655-67, 2009.

FACCO, E.; ZANETTE, G.; MANANI, G. Italian Version of Corah's Dental Anxiety Scale: Normative Data in Patients Undergoing Oral Surgery and Relationship With the ASA Physical Status Classification. **Anesth Prog**, v. 55, p. 109-115, 2008.

FRANCISCO, S. S., DE SOUZA, H. T. N., NETO, A. A. D. B., HILDEBRANDO, A. D., CHAVES, K. G., MURRER, R. D., & FONSECA-SILVA, T. Avaliação do status de ansiedade durante o atendimento odontológico. **Rev Cubana Estomatol**, v. 56, n. 1, p. 1794, 2019.

FRANCISCO, S.S.; SOARES, A.J.; MURRER, R.D. Evaluation of elementary education teachers' knowledge on avulsion and tooth replantation. **RSBO**, v. 12, n. 1, p. 32-40, 2015.

GÓES, P.S.A. The prevalence and impact of dental pain in Brazilian schoolchildren and their families. Thesis (PhD) - **Department of Epidemiology and Public Health University College London**, p. 305, 2001.

HU, L. W.; GORENSTEIN, C.; FUENTES, D. Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: Transcultural Adaption and Reability analysis. **Depression and Anxiety**, v. 24, p. 467-71, 2005.

HUMPHRIS, G. M.; MORRISON, T.; LINDSAY, S. J. E. The modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. **Community Dent Health**, v.12, n.3, p.143-50, sep, 1995.

JENSEN, M.P.; TURNER, L.R.; TURNER, J.A.; ROMANO, J.M. The use of multiple-item scales for pain intensity measurement. **Pain**, v. 67, p. 35-40, 1996.

KANEGANE, K.; PENHA, S. S.; BORSATTI, M. A.; ROCHA, R. G. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 786-792, 2003.

KANEGANE, K.; PENHA,S.S.; BORSATTI, M. A.; ROCHA, R.G.; Ansiedade ao tratamento odontológico no atendimento de rotina. **RGO**, P. Alegre, v. 54, n. 2, p. 111-114, abr./jun. 2006.

KLEINKNECHT, R.A.; KEPLAC, R.K.; ALEXANDER, L.D. Origins and characteristics of fear of dentistry. **J Am Dent Assoc**, v. 86, n. 4, p. 842-8, 1973.

LAWDER, A.C.; MENDES, Y.B.E.; SILVA, L.C.; ANDRADE, D.K.; ROCHA, L.M.; ROGALLA, T.M.; FADEL, C.B.; BALDANI, M. H. Conhecimentos e práticas em saúde bucal entre usuários de serviços odontológicos. **Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada**, v. 8, p. 325-326, 2008.

LIDDELL, A.; LOCKER, D. Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 25, n. 4, p. 314-8, 1997.

LIN, C.S.; WU, S.Y.; YI, C.A. Association between Anxiety and Pain in Dental Treatment: A Systematic Review and Meta-analysis. **J Dent Res**, v. 96, n. 2, p. 153-162, 2017.

LISBÔA, I.C.; ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 15, n. 4, p. 29-39, 2006.

LOCKER, D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 31, n. 2, p. 144-51, 2003.

LOPES, P.N.; PONCIANO, E.; PEREIRA, A.; MEDEIROS, J.A.M.; KLEINKNECHT, R.A. Psicometria da Ansiedade Dentária: Avaliação das Características Psicométricas de uma Versão Portuguesa do Dental Fear Survey. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 45, n. 3, p. 133-45, 2004.

MCGRATH, C.; BEDI, R. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 32, n. 1, p. 67-72, 2004.

MELZAK, R.; KATZ, J. The McGill questionnaire: appraisal and current status. In: Turk D, Melzak R (Eds.). *The Handbook of Pain Assessment*. New York: **Guildford Press**, p. 152-68, 1992.

MIOTTO, M.H.M.B.; BARCELLOS, L.A.; VELTEN, D.B. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 397-406, 2012.

MURRER, R. D.; FRANCISCO, S. S.; MISSAÉ, M. Ansiedade e medo no atendimento odontológico de urgência. **Rev Odontol Bras Central**, v. 23, n. 67, 2014.

NEWTON, J.T.; BUCK, D.J. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. **J Am Dent Assoc**, v. 131, n. 10, p.1449-57, 2000.

NEWTON, T.; ASIMAKOPOULOU, K.; DALY, B.; SCAMBLER, S.; SCOTT, S. The management of dental anxiety: time for a sense of proportion?. **British Dental Journal**, v. 213, n. 6, p. 271-274, 2012.

POSSOBON, R.D.F.; CARRASCOZA, K.C.; MORAES, A.B.A.D.; COSTA JR, A.L. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. **Psicologia em Estudo**, v. 12, p. 609-16, 2007.

RAMOS, J.M.L.; CARDOSO, M.; MARQUES, L.S.; BOSCO, V.L.; ROCHA, M.J.C. Associação entre experiência odontológica na infância e ansiedade odontológica na adolescência. **Arquivos em Odont.**, v. 40, n. 3, p. 291-301, 2004.

REMES, O.; BRAYNE, C.; VAN DER LINDE, R.; LAFORTUNE, L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. **Brain Behav**, v. 6, n. 7, 2016.

RIGO, L.; BASSO, K.; PAULI, J.; CERICATO, G.O.; PARANHOS, L.R.; GARBIN, R.R. Satisfação com a vida, experiência odontológica e autopercepção da saúde bucal entre idosos. **Artigo article**, p. 3681-3688, 2015.

SINGH, K.A.; MORAES, A.B.A.; BOVI, A.G.M. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. **Pesq Odont Bras**, v. 14, n. 2, p. 131-136, abr./jun. 2000.

SLADE, G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 25 p. 284-90, 1997.

SOARES, E.F; NOVAIS, T.O; FREIRE, M.C.M. Oral hygiene habits and associated factors in brazilian adults from low socioeconomic status. **Rev Odontol UNESP**, v. 38, n. 4, p. 228-34, 2009.

WANG, M.C.; VINALL-COLLIER, K.; CSIKAR. J.; DOUGLAS, G.A. Qualitative study of patients' views of techniques to reduce dental anxiety. **J Dent**, v. 66, p. 45-51, 2017.

YILDIRIM, T. T. Evaluating the relationship of dental fear with dental health status and awareness. **Journal of clinical and diagnostic research: JCDR**, v. 10, n. 7, p. ZC105, 2016.

ANEXO 1: PARECER CONSUBSTANCIAL DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE, MEDO E DOR DE DENTE DE PACIENTES EM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA E NA SAÚDE BUCAL

Pesquisador: Simone Scanduzzi Francisco

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22033119.4.0000.5048

Instituição Proponente: Instituto Leão Sampaio de Ensino Universitário Ltda.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.626.528

Apresentação do Projeto:

O presente estudo é do tipo transversal quantitativo, e constará da aplicação de um questionário estruturado aos pacientes que estiverem em tratamento odontológico nos Estágios Clínicos da Clínica Escola do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio. A amostra será de conveniência e será selecionada a partir de convite aos pacientes em atendimento nos dias dos Estágios I ao VII.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Este Projeto de Pesquisa tem como objetivo avaliar os níveis de ansiedade, medo da dor de dente dos pacientes no momento do atendimento de odontológico prestado pela Clínica Escola do Centro Universitário UniLeão e estimar o impacto dessas variáveis na qualidade de vida, na saúde bucal.

Objetivo Secundário:

Avaliar a prevalência dos pacientes com ansiedade ou medo do tratamento odontológico. Avaliar os níveis de ansiedade e medo dos pacientes em relação a idade e gênero. Verificar se há diferença na qualidade de vida, nas condições de saúde bucal em relação à idade, gênero e níveis de ansiedade e medo.

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n
Bairro: Planalto **CEP:** 63.010-970
UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
Telefone: (88)2101-1033 **Fax:** (88)2101-1033 **E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

Continuação do Parecer: 3.626.528

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em toda e qualquer pesquisa que envolva seres humanos, os riscos devem ser considerados. Riscos de danos físicos na pesquisa são desprezíveis por tratar-se de uma abordagem através de questionários, sem intervenções. Contudo, o risco de ordem psicológica, como constrangimento, pode ser citado um possível risco desta pesquisa. Tal situação será minimizada por meio do anonimato garantido aos participantes, deixando claro que os mesmos poderão abandonar a pesquisa a qualquer momento no qual julgarem pertinente ou necessário, e estarão livres para não responder qualquer uma das questões com as quais não se sintam completamente a vontade. Além disso, será garantido aos participantes da pesquisa assistência médica e/ou psicológica caso necessário.

O desenvolvimento da pesquisa não acarretará despesas (custo) aos pacientes. Todas as informações serão arquivadas e guardadas por cinco anos, para depois serem incineradas.

Benefícios:

Os benefícios esperados desta pesquisa estão fundamentados no melhor entendimento das expectativas enfrentadas pelos pacientes em relação à ansiedade e medo durante o tratamento odontológico na Clínica Escola, a fim de aprimorá-lo, além de conhecer a saúde bucal e qualidade de vida dos pacientes que frequentam a clínica escola.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para ser obtidas informações sobre a ansiedade dos pacientes em tratamento odontológico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados TCLE e Termo de anuência estão de acordo com as normas deste comitê.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo sido apresentados os questionários validados que serão aplicados nos pacientes, consideramos o projeto apto a ser iniciado, considerando-o aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto

CEP: 63.010-970

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033

Fax: (88)2101-1033

E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

Continuação do Parecer: 3.626.528

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1434506.pdf	12/09/2019 19:15:19		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	12/09/2019 19:14:30	Simone Scandiuzzi Francisco	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA.jpeg	12/09/2019 15:33:46	Simone Scandiuzzi Francisco	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	12/09/2019 15:33:13	Simone Scandiuzzi Francisco	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.doc	12/09/2019 15:32:16	Simone Scandiuzzi Francisco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	12/09/2019 15:30:54	Simone Scandiuzzi Francisco	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUAZEIRO DO NORTE, 07 de Outubro de 2019

Assinado por:
JOSE LEANDRO DE ALMEIDA NETO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto

CEP: 63.010-970

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033

Fax: (88)2101-1033

E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

ANEXO 2 - Questionário de Percepção de Saúde Bucal

- 1) Sexo: () Feminino () Masculino IDADE: _____
- 2) Recebeu de algum dentista alguma instrução de higiene bucal , como por exemplo, sobre qual tipo de escova dentária usar?
a) () Sim b) () Não
- 3) Quantas vezes escova os dentes por dia?
a) () Não escova
b) () 1 a 2
c) () 3 a 4
- 4) Qual a frequência ideal para o uso do fio dental?
a) () Uma vez ao dia, de preferência a noite
b) () Quando existem alimentos entre os dentes
c) () raramente uso fio dental
- 5) Você tem cárie? a) () Sim b) () Não c) () Não sabe
- 6) O que fazer para não ter cárie?
a) () Escovar os dentes, Usar o fio dental e Usar enxaguatório, bochechos
b) () Ir ao dentista
c) () Usar flúor
d) () Não comer muito doces
e) () Não sabe
- 7) Você usa o flúor? a) () Sim b) () Não c) () Não sabe
- 8) Como usa o flúor?
a) () Pasta de dente
b) () Enxaguatório, bochechos
c) () Água
d) () Dentista
e) () Não sabe
- 9) A dieta alimentar influencia na saúde dos dentes?
a) () Sim b) () Não c) () Não sabe
- 10) O que é placa bacteriana?
a) () Massa composta por restos de alimentos e bactérias
b) () Apenas resto de alimentos
c) () Início de cárie
d) () Não sei
- 11) De que maneira, principalmente, a placa bacteriana pode ser removida?
a) () Apenas pelo dentista
b) () Em casa, através da escovação e uso do fio dental
c) () Com uso do flúor
d) () Não sei

ANEXO 3 - Questionário Dental Fear Survey

Com que frequência você:	Nunca	Poucas vezes	Mais ou menos	Muitas vezes	Sempre
Adia a consulta	()	()	()	()	()
Cancela ou não comparece a consulta	()	()	()	()	()
Durante o atendimento do dentista você sente alguma reação como citada abaixo?	Nunca	Poucas vezes	Mais ou menos	Muitas vezes	Sempre
Meus músculos ficam Tensos	()	()	()	()	()
O ritmo da minha respiração aumenta	()	()	()	()	()
Eu transpire	()	()	()	()	()
Sinto náuseas e enjoo de Estômago	()	()	()	()	()
Meu coração bate mais Depressa	()	()	()	()	()
Você sente medo em situações como citadas abaixo?	Nunca	Poucas vezes	Mais ou menos	Muitas vezes	Sempre
Marcando consulta para ir ao dentista	()	()	()	()	()
Aproximando-se do Consultório	()	()	()	()	()
Aguardando na sala de Espera	()	()	()	()	()
Estar sentado na cadeira do dentista	()	()	()	()	()
Sentindo o cheiro do Consultório	()	()	()	()	()
Vendo o dentista entrar	()	()	()	()	()
Vendo a agulha da Seringa	()	()	()	()	()
Sentindo a agulha Penetrar	()	()	()	()	()
Vendo a broca do motor	()	()	()	()	()
Ouvindo o motor	()	()	()	()	()
Sentindo as vibrações do motor no dente	()	()	()	()	()
Submetendo-se à limpeza dos dentes	()	()	()	()	()
Medo geral do tratamento odontológico	()	()	()	()	()

ANEXO 4 – Questionário de Ansiedade- Modified Dental Anxiety Scale

<p>1. Se você tiver que ir ao dentista amanhã, como se sentiria?</p> <p><input type="checkbox"/> Eu estaria esperando uma experiência razoavelmente agradável.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não me importaria.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu me sentiria ligeiramente desconfortável.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu acho que eu me sentiria desconfortável e teria dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu estaria com muito medo do que o dentista me faria</p>
<p>2. Quando você está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?</p> <p><input type="checkbox"/> Relaxado.</p> <p><input type="checkbox"/> Meio desconfortável.</p> <p><input type="checkbox"/> Tenso.</p> <p><input type="checkbox"/> Ansioso.</p> <p><input type="checkbox"/> Tão ansioso, que começo a suar ou começo a me sentir mal.</p>
<p>3. Quando você está na cadeira do dentista esperando que o dentista preparar o motor para trabalhar nos seus dentes, como você se sentiria?</p> <p><input type="checkbox"/> Relaxado.</p> <p><input type="checkbox"/> Meio desconfortável.</p> <p><input type="checkbox"/> Tenso.</p> <p><input type="checkbox"/> Ansioso.</p> <p><input type="checkbox"/> Tão ansioso, que começo a suar ou começo a me sentir mal.</p>
<p>4. Você está na cadeira odontológica. Enquanto aguarda o dentista pegar os instrumentos para raspar seus dentes (perto da gengiva), como você se sente?</p> <p><input type="checkbox"/> Relaxado.</p> <p><input type="checkbox"/> Meio desconfortável.</p> <p><input type="checkbox"/> Tenso.</p> <p><input type="checkbox"/> Ansioso.</p> <p><input type="checkbox"/> Tão ansioso, que começo a suar ou começo a me sentir mal.</p>
<p>5. Se você estivesse esperando para tomar uma anestesia na gengiva, acima de dente superior posterior, como você se sentiria?</p> <p><input type="checkbox"/> Relaxado.</p> <p><input type="checkbox"/> Meio desconfortável.</p> <p><input type="checkbox"/> Tenso.</p> <p><input type="checkbox"/> Ansioso.</p> <p><input type="checkbox"/> Tão ansioso, que começo a suar ou começo a me sentir mal.</p>

