

## **Análise da ansiedade como fator preditor de dor aguda em pacientes submetidos a exodontias ambulatoriais**

**Mariana SIVIERO<sup>a</sup>, Vanessa Tessari NHANI<sup>a</sup>,**

**Eliane de Fátima Gomes Barbosa PRADO<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>*Pós-graduação, Serviço de Odontologia, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, USP, 05403-010 São Paulo - SP, Brasil*

<sup>b</sup>*Diretora Técnica, Serviço de Odontologia, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, USP, 05403-010 São Paulo - SP, Brasil*

Siviero M, Nhani VT, Prado EFGB. Analysis of anxiety as predictor factor for acute pain in patients submitted to outpatient extraction. Rev Odontol UNESP. 2008; 37(4): 329-336.

**Resumo:** Vinte pacientes foram avaliados, sendo aplicadas, às escalas de ansiedade IDATE – Traço e Estado (Inventário de Ansiedade traço-estado), o SRQ-20 (*self report questionnaire*), a escala de ansiedade dental (EAD) e a escala visual analógica (EVA), para mensuração da dor esperada. Durante a exodontia, os pacientes foram monitorados através de um oxímetro multiparamétrico, para coletar os valores de batimento cardíaco, saturação de oxigênio e pressão arterial, em períodos pré-determinados. Logo após a cirurgia, foi novamente aplicada a EVA, para mensuração da dor vivenciada, e repetida no período de 48 horas e de 7 dias. Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística. Dos 20 pacientes avaliados, 12 eram mulheres, com predominância da faixa etária de 41 a 50 anos. A prevalência de transtornos psiquiátricos menores, obtidos através do SRQ-20, foi de 25%. A maioria dos pacientes avaliados (80%) já havia extraído algum elemento dentário, sendo que 65% relataram a presença de dor quando da consulta. Através da escala de ansiedade dentária, constatou-se que apenas 15% dos pacientes foram classificados como ansiosos frente ao tratamento odontológico. A média dos escores da EVA, referentes à intensidade da dor esperada, pontuados pelo paciente, foi de 4,7 e da dor vivenciada, logo após o procedimento, foi de 1,3, sendo observada uma diferença estatisticamente significativa entre estes valores. Quando correlacionados os escores do IDATE (Traço e Estado) e da EVA, não foi observada uma correlação estatística entre eles. Para os sinais vitais, nos diferentes momentos cirúrgicos, não foram constatadas diferenças estatisticamente significantes. Conclui-se que não houve uma correlação entre a presença de dor aguda e sintomas ansiosos.

**Palavras-chave:** *Ansiedade; dor; cirurgia bucal.*

**Abstract:** Twenty patients were evaluated, and the dental anxiety scale (DAS), the Visual Analogous Scale (VAS) and the Self Report Questionnaire (SRQ-20) were applied to the State-trait Anxiety Inventory (IDATE – Trace - anxiety) scales, for the measurement of the expected pain. Patients were monitored during surgery through a multiparametric oxymeter to collect heart frequency, oxygen saturation and blood pressure values in predetermined periods. Soon after surgery, VAS was applied again to measure the actual pain present, the procedure being repeated within the period of 48 hours and 7 days. Data collected was submitted to statistical analysis. Of 20 patients evaluated, 12 were women, with ages predominantly between 41 to 50 years. The prevalence of minor psychiatric disturbances, obtained with the aid of SRQ-20, was 25%. Most of the evaluated patients (80%) had already extracted some dental element, and 65% reported pain during consultation. With the aid of the dental anxiety scale, only 15% of the patients were considered anxious in relation to the odontological treatment. The mean VAS score due to the intensity of the expected pain scored by the patient was 4.7, and with reference to the actual pain, right after the procedure was 1.3, and observed a statistically significant difference between these values. When compared the IDATE (Trace - State) and VAS scores, it not reported a statistical correlation between these values. For vital signs, in the different surgical moments, no statistically significant differences were observed. There was not a correlation between the presence of acute pain and anxiety symptoms.

**Keywords:** *Anxiety; pain; surgery oral.*

## Introdução

Historicamente, o procedimento odontológico tem sido associado a sintomas dolorosos, apesar dos crescentes avanços tecnológicos existentes na área. Significativa parcela da população adulta relata ter dor quando da visita ao cirurgião-dentista<sup>1</sup>, sendo, o medo da ocorrência desta, o principal fator associado à presença de sintomas ansiosos<sup>2</sup>.

A literatura tem demonstrado que, nas espécies superiores, a dor não depende exclusivamente do grau de lesão orgânica, sendo a intensidade e o caráter desta influenciados pelas experiências anteriores, pelas recordações que delas temos e pela capacidade de compreender as suas causas e conseqüências<sup>3</sup>. Fatores psicológicos apresentam destaque na teoria dos mecanismos de percepção da dor, tendo as variáveis afetivas e cognitivas um impacto significativo nesta experiência<sup>4</sup>.

Assim sendo, as emoções do paciente, tais como ansiedade e medo frente à sintomatologia dolorosa, decorrem não somente da própria dor, mas também de outros aspectos, como as expectativas, desejos, experiências e o contexto psicológico no qual a dor é experimentada<sup>5</sup>.

Portanto, é de extremo interesse que se avalie a relação dor aguda pós-operatória e sintomas ansiosos em pacientes submetidos a procedimentos odontológicos.

## Método

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para análise de projetos de pesquisa – CAPPesq do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Participaram deste estudo 20 voluntários, de ambos os sexos, com idade variando entre 18 e 50 anos de idade, selecionados dentre os funcionários do HC-FMUSP, que apresentassem pelo menos um dente molar, maxilar ou mandibular, com indicação clínica e radiográfica de exodontia pelo acometimento de processo carioso. Os participantes compareceram a quatro consultas, de acordo com o protocolo de atendimento estabelecido.

Na primeira consulta, realizou-se a anamnese, avaliação clínica odontológica, associada à realização de uma radiografia periapical do elemento a ser extraído; o preenchimento da escala de ansiedade dentária (EAD)<sup>6</sup> (Anexo 1), na qual o paciente foi submetido a perguntas relacionadas ao estresse sofrido frente ao tratamento odontológico, com a atribuição de um escore ao final, de acordo com as respostas dadas; o preenchimento da escala visual analógica (EVA) (Anexo 2), à qual o paciente atribuía uma nota de 0 (ausência de dor) a 10 (máxima dor sentida) para avaliação subjetiva da dor esperada frente ao procedimento cirúrgico; do inventário de ansiedade IDATE<sup>7</sup>, que se constitui em instrumento de auto-avaliação e apresenta como característica principal a mensuração de aspectos inespecíficos que permeiam as situações estressantes como, por exemplo, tensão, nervo-

sismo, irritabilidade, preocupação, apreensão e outros; e o preenchimento da versão brasileira do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), para avaliação da presença de transtornos psiquiátricos menores, sendo estabelecida, como ponto de corte, a pontuação seis para o sexo masculino e sete para o feminino.

Na segunda consulta, o paciente foi submetido à exodontia odontológica. Durante todo o procedimento, os índices do batimento cardíaco, a saturação de oxigênio e a pressão arterial foram aferidos através de um oxímetro multiparamétrico, em intervalos pré-determinados, sendo eles: pré-operatório, infiltração anestésica, luxação dentária, sutura e término. O paciente foi orientado com relação às medidas pós-operatórias, sendo prescrito o analgésico dipirona sódica 500 mg, em caso de dor, de seis em seis horas. Decorrida uma hora do término da cirurgia, o paciente retornou ao ambulatório para pontuação da EVA vivenciada durante a exodontia e avaliação da presença de dor pós-operatória. Uma nova avaliação foi realizada 48 horas após a exodontia para se determinar a presença de comorbidades pós-operatórias e a intensidade do quadro sintomatológico através da EVA. O pós-operatório final foi realizado sete dias após a exodontia, sendo então removidas as suturas ainda presentes e feita a avaliação da presença de comorbidades, de sintomas dolorosos e de uso de medicação analgésica.

A presença da concordância entre as variáveis ansiedade e dor aguda pós-operatória esperada e vivenciada, sexo e escalas IDATE (Traço e Estado) e a EAD e escalas IDATE (Traço e Estado) foi verificada através do teste Kappa. Os escores da EVA esperada e vivenciada foram avaliados pelo teste de Wilcoxon (5%). Os dados relacionados a batimento cardíaco, saturação de oxigênio e pressão arterial, em diferentes momentos cirúrgicos, foram avaliados através da análise de variância de medidas repetidas (ANOVA) com um nível de significância de 5%.

## Resultado

Na amostra avaliada, houve predominância do gênero feminino (60%), sendo a faixa etária mais expressiva a de 41 a 50 anos de idade com 45% do total. Com referência ao grau de escolaridade, pode-se observar que o ensino médio incompleto (40,0%) e o ensino fundamental completo (30,0%) foram os mais relatados.

Quando calculado o escore do SRQ-20, a prevalência de distúrbios psiquiátricos menores, detectados na amostra, foi de 25%.

Dos pacientes avaliados, 55% relataram a última consulta em um período inferior a 1 ano, seguido por 30% do total que relatou ter freqüentado o consultório odontológico entre 1 e 3 anos. Uma porcentagem significativa da amostra (80%) já havia extraído anteriormente algum elemento dentário, sendo também expressivo o relato da presença de dor quando

da consulta odontológica em 65% dos pacientes avaliados. Destes, 25% classificaram esse sintoma doloroso como de intensidade severa.

As Figuras 1 e 2, respectivamente, representam os resultados, de acordo com o gênero, das escalas de ansiedade IDATE – Traço e IDATE – Estado, havendo predomínio do nível moderado para o gênero feminino em ambas.

O nível de concordância entre as variáveis sexo e nível de ansiedade, através do teste Kappa, foi  $\kappa = 0,57$ , apresentando significância estatística ( $p < 0,001$ ). O sexo feminino apresentou maior expressividade, quando comparado aos homens.

Quanto à escala de ansiedade dentária (EAD), 85,0% dos pacientes avaliados não foram considerados ansiosos frente ao tratamento odontológico. Foi observada uma fraca concordância entre os níveis de ansiedade obtidos através da EAD e do IDATE – Traço ( $\kappa = 0,19 > 0,001$ ) e estado ( $\kappa = 0,12 > 0,001$ ), utilizando-se o teste estatístico Kappa.

A média dos escores da EVA referente à intensidade da dor esperada, pontuados pelo paciente, foi de 4,7 e da dor vivenciada, logo após o procedimento, foi de 1,3. Na Figura 3, estão representados os escores da EVA de cada paciente. Após a aplicação do teste estatístico de Wilcoxon, verificou-se uma significância estatística entre a EVA da dor esperada e vivenciada ( $p = 0,009 < 0,05$ ).

Quando estes valores foram comparados aos resultados dos escores das escalas de ansiedade IDATE, através do teste estatístico Kappa, observou-se uma fraca concordância entre os dados avaliados (Tabela 1).

Observou-se que, com relação ao dente extraído, 55,0% da amostra apresentou um molar inferior com indicação do procedimento; o tempo de duração do procedimento cirúrgico, em 50,0% da amostra, variou de 11 a 20 minutos, sendo utilizado em 50,0% das exodontias 1,5 tubete de anestésico. Em 100% da amostra, não foi observada dificuldade quanto ao procedimento anestésico, apesar de 15% desta ter relatado dor durante este procedimento. Em apenas um caso (5%), houve intercorrência, sendo esta a fratura da raiz lingual de um molar superior.

Na Tabela 2, podem ser observadas as médias ( $\pm$  desvio padrão) dos valores de batimento cardíaco, saturação de oxigênio e pressão arterial (sistólica e diastólica). Ficou evidenciado que não ocorreram variações importantes nos valores dos sinais vitais entre os períodos cirúrgicos.

Quando avaliadas as variáveis referentes aos sinais vitais, não foram constatadas diferenças significativas quando aplicado o teste estatístico ANOVA de medidas repetidas entre os diferentes momentos cirúrgicos (Tabela 3).

Da amostra, apenas 35% relatou presença de dor uma hora após o término da exodontia. Quando da avaliação pós-operatória de 48 horas e de sete dias, 100% da amostra não mais apresentava relato de dor.

Uma hora após a exodontia, 75% dos pacientes avaliados relataram não ter feito uso de medicação analgésica. No pós-operatório de até 48 horas, essa porcentagem era de 50%. No entanto, 100% da amostra não mais faziam uso no pós-operatório de sete dias.

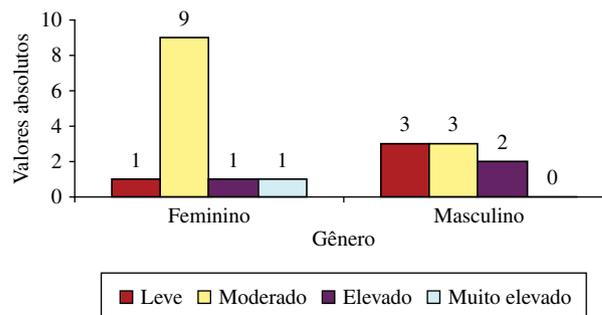


Figura 1. Relação sexo e escores da escala IDATE – Traço.

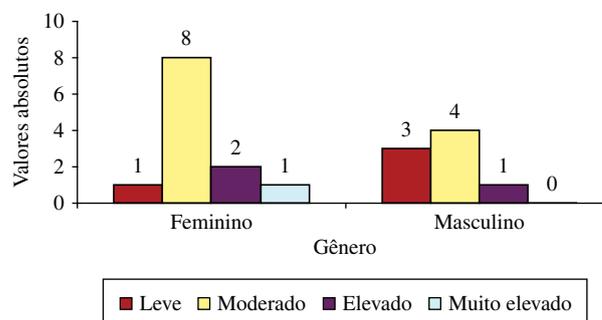


Figura 2. Relação sexo e escores da escala IDATE – Estado.

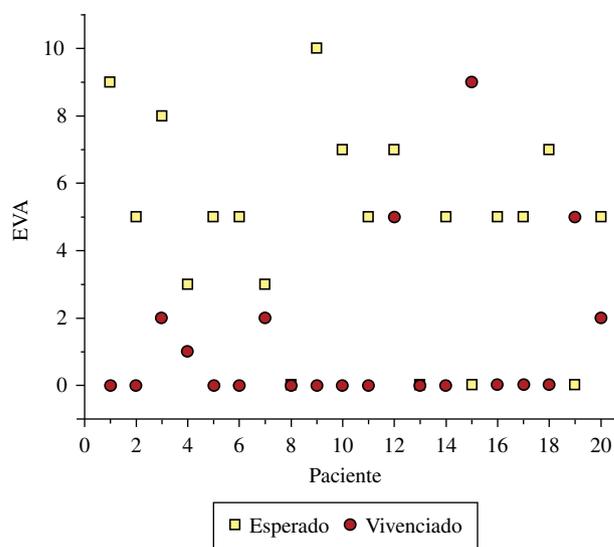


Figura 3. Escores da intensidade de dor segundo a EVA.

## Discussão

De acordo com Rocha et al.<sup>8</sup> (2000), o medo pode ser considerado uma emoção primária relacionada a um objeto ou a uma situação específica e o indivíduo reage com um conjunto de respostas comportamentais e neurovegetativas. Quando associado a um perigo não evidente, mas que se apresenta de uma maneira vaga e persistente, constata-se, então, um quadro de apreensão, denominado como ansiedade.

O medo e a ansiedade ainda são fatores fortemente associados ao tratamento odontológico em um número significativo de pacientes<sup>2</sup>. A presença de ambos é colocada pelo profissional cirurgião-dentista, como uma das dificuldades encontradas durante o atendimento. Objetivando-se estudar a relação ansiedade e dor aguda em pacientes submetidos à exodontias, 20 indivíduos foram avaliados, dos quais 60,0% eram do sexo feminino, distribuídos, predominantemente, entre as faixas etárias de 20 a 30 anos (40,0%) e de 41 a 50 anos (45,0%), perfazendo 85,0% da amostra.

Esta amostra, composta, em sua maioria, por funcionários de empresa terceirizada do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, mostrava um baixo nível de escolaridade: 80,0% destes apresentavam desde o ensino fundamental incompleto ao ensino médio incompleto.

Na tentativa de avaliar possíveis transtornos psiquiátricos menores (TPMs), tais como, depressão e ansiedade patológica, que poderiam contribuir para os resultados desta pesquisa, foi aplicado o SRQ-20. Esse teste é recomendado pela Organização Mundial de Saúde para esta finalidade, sendo inclusive superior ao próprio exame clínico realizado por médicos generalistas, de acordo com um estudo publicado por Mari et al.<sup>9</sup>, em 1987. A partir da análise dos resultados obtidos, pode-se observar que 25,0% dos pacientes avaliados pontuaram para TPMs, o que demonstra uma possível

inter-relação entre a presença de transtornos psiquiátricos não diagnosticados e a reação de alguns pacientes frente ao estresse associado ao procedimento odontológico.

Quando questionados sobre o período, em número de anos, da última visita ao consultório odontológico, uma parcela significativa da amostra (55,0%) relatou período inferior a um ano. Estes dados discordam dos encontrados por Maggiri<sup>3</sup>, Locker<sup>3</sup> (2002) e Kanegane et al.<sup>10</sup> (2003) que referem que 72,2% e 70,2%, respectivamente, da amostra frequentou o cirurgião-dentista em um período inferior há um ano. Visto que, dentre os critérios de inclusão para esta pesquisa, encontrava-se o fato de apresentar indicação de exodontia dentária por processo carioso de pelo menos um molar, questiona-se a veracidade dos relatos da amostra pesquisada, já que se espera que um indivíduo que realize consultas regulares não apresente, durante esse intervalo de tempo, indicação de exodontia por evolução de processo carioso.

Em seguida, avaliou-se a experiência da amostra frente a procedimentos odontológicos. Observou-se que 80,0% já havia sido submetida a exodontias. Em uma pesquisa sobre saúde bucal, realizada no Brasil, pelo Ministério da Saúde, em 2003<sup>11</sup>, é relatado que apenas 55,0% dos adolescentes apresentam denteição completa, sendo o edentulismo parcial, encontrado em 54,0% da população adulta. Estes dados concordam com os encontrados por Garip et al.<sup>12</sup> (2004), em um estudo realizado na Turquia, no qual 40,1% dos pacientes relataram ter realizado exodontia previamente à pesquisa. Neste estudo, a amostra utilizada, provavelmente, apresentava uma restrição ao acesso de serviços de saúde, visto que os indivíduos estudados referiram receber de um a quatro salários mínimos. Dessa forma, a presença de exodontias prévias apresentou-se mais elevada quando comparada à população em geral. Quando questionados sobre a vivência de dor durante a realização de procedimentos odontológicos, 65,0% dos indivíduos da amostra referiram já tê-la vivenciado, sendo que, destes, 25,0% classificaram a sensação dolorosa como de intensidade severa.

Para a análise da ansiedade, utilizou-se o inventário de Spielberg et al.<sup>7</sup> (1979) por ser considerado completo, ter grande aceitação, além de ser um instrumento útil na aferição do traço e estado de ansiedade de determinado indivíduo. Analisando-se os dados obtidos referentes às escalas IDATE, observou-se que os diferentes níveis de ansiedade, em ambas

**Tabela 1.** Comparação entre os valores da EVA e IDATE

Variáveis	K*
EVA dor vivenciada X IDATE – Estado	0.055
EVA dor vivenciada X IDATE – Traço	0.055
EVA dor esperada X IDATE – Traço	0.015
EVA dor esperada X IDATE – Estado	0.015

\*valor de Kappa.

**Tabela 2.** Médias ( $\pm$  desvio padrão) obtidas para as variáveis cirúrgicas

Variável	Saturação de oxigênio	Batimento cardíaco	Pressão sistólica	Pressão diastólica
Pré-operatório	97,40 ( $\pm$ 5,92)	74,60 ( $\pm$ 12,21)	115,65 ( $\pm$ 14,78)	80,90 ( $\pm$ 14,98)
Anestesia	98,45 ( $\pm$ 1,905)	75,05 ( $\pm$ 12,27)	117,30 ( $\pm$ 10,06)	79,90 ( $\pm$ 11,38)
Luxação	98,45 ( $\pm$ 1,572)	74,40 ( $\pm$ 10,16)	122,65 ( $\pm$ 11,18)	84,05 ( $\pm$ 10,84)
Sutura	97,90 ( $\pm$ 1,804)	72,05 ( $\pm$ 9,09)	115,55 ( $\pm$ 13,41)	80,55 ( $\pm$ 10,67)
Término	98,25 ( $\pm$ 1,585)	72,75 ( $\pm$ 10,28)	117,70 ( $\pm$ 11,81)	80,45 ( $\pm$ 10,70)

**Tabela 3.** Resultados da ANOVA de medidas repetidas

Fatores	Grau de liberdade	F	P
Batimento cardíaco	4	1,24	0,2994
Saturação de oxigênio	4	0,48	0,7467
Pressão sistólica	4	2,38	0,0590
Pressão diastólica	4	1,09	0,3667

as escalas, apresentaram-se mais uniformemente distribuídos no sexo masculino. No sexo feminino foi evidente a expressividade do nível moderado nas escalas IDATE – Traço e Estado. Através do teste estatístico Kappa, foi observada uma concordância ( $\kappa = 0,57 < 0,001$ ) entre as variáveis sexo e nível de ansiedade, tendo as mulheres apresentado uma maior prevalência de sintomas ansiosos. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Liddell, Locker<sup>1</sup> (2000); Caumo et al.<sup>13</sup> (2001) e Kanegane et al.<sup>10</sup> (2003), que relatam uma maior prevalência de sintomas ansiosos no sexo feminino, quando comparado ao masculino.

Os níveis elevado e muito elevado não foram frequentes na amostra estudada. Caumo et al.<sup>13</sup> (2001) observaram que indivíduos já submetidos anteriormente a determinado procedimento apresentam menores níveis de ansiedade, quando comparados àqueles que o realizam pela primeira vez. Somado a este fato, Garip et al.<sup>12</sup> (2004) relataram que quanto maior o número de informações dadas ao paciente previamente ao procedimento cirúrgico, menores são os escores obtidos nas escalas IDATE. Esses dados poderiam salientar a baixa frequência de níveis elevados de ansiedade, visto que 80,0% da amostra já havia extraído anteriormente algum elemento dentário e todos os pacientes participantes do estudo foram detalhadamente orientados com relação aos procedimentos a serem realizados. Entretanto, Sullivan et al.<sup>4</sup> (2001) e Maggias, Locker<sup>3</sup> (2002) relataram uma maior expectativa de dor em pacientes que já apresentam experiência anterior. Por ser a ansiedade multifatorial e diversos os fatores a ela relacionados, a variabilidade dos dados encontrados neste estudo e nas pesquisas publicados na literatura é esperada.

Pode-se observar também que não houve grandes mudanças quando se analisaram os resultados do IDATE – Traço e IDATE – Estado, o que demonstrou não ter havido uma diferença significativa entre a ansiedade intrínseca do paciente e aquela relacionada ao procedimento ao qual seria submetido.

Quando da aplicação da EAD, apenas 15,0% da amostra foi classificada como ansiosa. Este resultado foi semelhante aos encontrados por Locker et al.<sup>14</sup> (1999); Locker et al.<sup>15</sup> (2001) e Maniglia-Ferreira et al.<sup>16</sup> (2004) que relataram uma frequência de 16,4%, 12,5% e 18%, respectivamente, de pacientes ansiosos. A partir dos dados obtidos através da

EAD, 25% foram classificados como ansiosos moderados, 50% como elevados e 15% apresentaram níveis de ansiedade muito elevados. Estes resultados discordam dos encontrados por Locker<sup>17</sup> (2003) que relatou uma prevalência de 31,1% de ansiosos graves, ou seja, com níveis muito elevados de ansiedade e 68,9% considerados como moderadamente ansiosos. Quando comparadas as escalas de ansiedade, observa-se que houve uma maior prevalência de níveis mais elevados na EAD. Estes dados corroboram com o teste estatístico Kappa que mostrou uma fraca concordância entre as escalas IDATE – Traço ( $\kappa = 0,19 > 0,001$ ), IDATE – Estado ( $\kappa = 0,12 > 0,001$ ) e a EAD.

Entretanto, Lago-Mendez et al.<sup>18</sup> (2006) referiram uma correlação entre a EAD e o IDATE – Traço. Assim como, no estudo realizado por Hagglin et al.<sup>19</sup> (2001), os autores são concordantes em afirmar que existe uma associação entre a ansiedade ao tratamento odontológico e a presença de altos índices de sintomas ansiosos em outras situações. Esta diferença entre as classificações pode ser creditada ao fato da EAD ser uma escala simples, composta apenas por quatro perguntas, não abrangendo consistentemente esse sintoma tão complexo que é a ansiedade frente ao tratamento odontológico. Como também as escalas IDATE, por não serem específicas, podem caracterizar não somente um anseio relacionado ao consultório odontológico, mas a diversas situações presentes na vida do indivíduo.

A dor apresenta componentes afetivos e comportamentais. A percepção desta é subjetiva, sofre influências de experiências vivenciadas anteriormente e pode agravar-se frente a fatores emocionais, como por exemplo, a ansiedade. A dor aguda é um sintoma importante, que alerta para a ocorrência de lesão no organismo, e sua intensidade pode ser mensurada através de escalas validadas como a EVA. No presente estudo, a média dos escores da EVA referentes à intensidade da dor esperada, pontuados pelo paciente, foi de 4,7 e da dor vivenciada, logo após o procedimento, de 1,3. Quando estes dados foram comparados, observou-se uma diferença estatística significativa após a aplicação do teste de Wilcoxon ( $p = 0,009 < 0,05$ ), sendo os valores da EVA de dor esperada expressivamente superior à pontuação da dor vivenciada, o que pode ser explicado devido à ansiedade e ao medo frente a procedimentos odontológicos. Estes resultados concordam com os encontrados por Klages et al.<sup>20</sup> (2004) e Klages et al.<sup>21</sup> (2006) que relataram que os pacientes, em geral, esperam sentir uma dor mais intensa do que a que realmente vivenciam quando do procedimento.

No entanto, com o objetivo de avaliar a correlação entre o grau de dor aguda esperada e vivenciada e o nível de ansiedade presente (IDATE – Traço e IDATE – Estado) antes do procedimento, realizou-se outro tratamento estatístico, o teste Kappa ( $\kappa = 0,055$ ;  $\kappa = 0,055$ ;  $\kappa = 0,015$ ;  $\kappa = 0,015$ ), através do qual pode-se observar uma fraca concordância entre as variáveis. Na literatura, é contraditória a relação entre

ansiedade e dor aguda. Essa relação é dada como verdadeira por Dworkin, Chen<sup>22</sup> (1982); Chapman, Turner<sup>23</sup> (1986); Camparis, Cardoso Júnior<sup>5</sup> (2002) e Klages et al.<sup>20</sup> (2004), apesar de Thyer, Matthews<sup>24</sup> (1986) e Siqueira et al.<sup>25</sup> (2006) relatarem uma pobre correlação entre sintomas ansiosos e a presença de quadros de dor aguda.

Um dos aspectos que podem ter contribuído para as discrepâncias encontradas nos diversos estudos realizados é o alto grau de subjetividade da percepção da dor. Maggiriás, Locker<sup>3</sup> (2002) afirmam que, quanto maior o grau de escolaridade do indivíduo, maior é o relato da intensidade da dor vivenciada. Indivíduos menos instruídos tendem a tolerar mais facilmente os sintomas dolorosos. No presente estudo, indivíduos com menor grau de escolaridade perfizeram a maioria da amostra, visto que 80,0% desta não apresentou o ensino médio completo, o que pode ter influenciado os dados.

Os dentes molares são relacionados na literatura como o tipo de dente mais freqüentemente extraído<sup>26</sup>. Por este motivo, foi o de escolha para a realização desta pesquisa. Apesar de ter havido maior indicação de molares inferiores, não houve uma diferença significativa entre a indicação de exodontia de molares superiores e inferiores. Entretanto, de acordo com Abdo et al.<sup>27</sup> (2004), os molares inferiores são citados como os elementos dentários mais freqüentemente associados à indicação de exodontia. Com relação ao tempo do procedimento cirúrgico, 50,0% apresentaram a média de 11 a 20 minutos, sendo seguida, em 25,0% dos casos, por cirurgias de até 10 minutos. Apesar de, na grande maioria dos casos, os molares extraídos não mais apresentarem coroa dentária, não houve uma porcentagem significativa de intercorrências nos procedimentos cirúrgicos, o que vem a justificar a duração relatada.

É importante salientar que, com um número médio de 1,5 tubete de anestésico local em 50,0% da amostra, seguido por 30,0% que necessitou de dois tubetes, 100,0% da amostra não apresentou dificuldade relacionada à efetividade da anestesia. Entretanto, três (15,0%) pacientes acusaram, em algum momento do procedimento, presença de dor, havendo necessidade de dose suplementar de anestésico local. A fratura da raiz lingual de um primeiro molar permanente superior foi a única intercorrência registrada em nosso estudo (5%).

A avaliação estatística dos sinais vitais, aferidos pelo oxímetro multiparamétrico, em diferentes momentos cirúrgicos, não mostrou diferenças estatisticamente significativas entre eles. Observou-se não ter havido grandes alterações durante a exodontia através da análise das médias ( $\pm$  desvio padrão) de cada variável. De acordo com Guasti et al.<sup>28</sup> (1999), em pacientes normotensos não é observado uma correlação entre percepção de sintomas dolorosos e variações na pressão arterial sistólica e diastólica. Caso semelhante a este estudo, cujos participantes eram normotensos, corroborando assim com os dados encontrados.

Dentre a amostra, somente 35,0% relataram a presença de sintomas dolorosos quando da avaliação realizada 1 hora após o término do procedimento. Esses resultados concordam com os encontrados por Maggiriás, Locker<sup>3</sup> (2002) e Abdo et al.<sup>27</sup> (2004) que relatam índice de 57,5% e 66,2%, respectivamente, de pacientes sem sintomatologia dolorosa pós-operatória. Nas avaliações realizadas 48 horas e sete dias após a cirurgia, a totalidade da amostra (100,0%) não mais apresentava dor. Na literatura pesquisada, o modelo de exodontia para avaliação de dor em Odontologia é o de terceiros molares inclusos, não sendo encontrados, nesta revisão da literatura, estudos que utilizassem molares irrompidos para esta avaliação. A diferença da extensão do grau de invasão do procedimento cirúrgico dificulta a viabilização da discussão dos dados.

Quando avaliado o uso de medicação analgésica, 25,0% dos pacientes relataram ter feito uso dela até uma hora após o procedimento. Até 48 horas, essa porcentagem foi de 50,0%, sendo que, no pós-operatório de sete dias, não houve relato do uso de medicação analgésica.

Fica evidente que ainda não está amplamente discutida na literatura a relação ansiedade e dor aguda, sendo relevante a condução de estudos prospectivos.

## Conclusão

A partir da análise dos dados obtidos, conclui-se que:

- houve maior prevalência de níveis moderados de ansiedade em pacientes submetidos a exodontias;
- foi encontrada uma fraca concordância entre o nível de ansiedade e a presença de dor aguda pós-operatória; e
- verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os escores da EVA esperada e EVA vivenciada.

## Referências

1. Liddell A, Locker D. Changes in levels of dental anxiety as a function of dental experience. *Behav Modif.* 2000; 24: 57-68.
2. Dailey YM, Humphris GM, Lennon MA. The use of dental anxiety questionnaires: a survey of a group of UK dental practitioners. *Br Dent J.* 2001; 190: 450-3.
3. Maggiriás J, Locker D. Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002; 30: 151-9.
4. Sullivan MJL, Rodgers WM, Kirsch I. Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain.* 2001; 91: 147-54.
5. Camparis CM, Cardoso Júnior C. A psicologia da dor – aspectos de interesse ao cirurgião-dentista. *Medcenter* [internet]. 2002 Abr 22 [citado em 2006 Abr 10]. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=138&idesp=1&ler=s>.

6. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res.* 1969; 48: 596.
7. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Inventário de ansiedade traço-estado. Rio de Janeiro: CEPA; 1979.
8. Rocha RG, Araújo MAR, Soares MS, Borsatti MA. O medo e a ansiedade no tratamento odontológico: controle através de terapêutica medicamentosa. In: Feller C, Gorab R. Atualização na clínica odontológica. 19º Congresso Paulista de Odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 387-410.
9. Mari JJ, Iacoponi E, Williams P, Simões O, Silva JBT. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care settings in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 1987; 21: 501-7.
10. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37: 786-92.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
12. Garip H, Abali O, Göker K, Göktürk U, Garip Y. Anxiety and extraction of third molars in Turkish patients. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 42: 551-4.
13. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, et al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2001; 45: 298-307.
14. Locker D, Liddell A, Shapiro D. Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study. *Behav Res Ther.* 1999; 37: 25-37.
15. Locker D, Poulton R, Thomson WM. Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001; 29: 456-63.
16. Maniglia-Ferreira C, Gurgel-Filho ED, Bonecker-Valverde G, Moura EH, Deus G, Coutinho-Filho T. Ansiedade odontológica: nível, prevalência e comportamento. *RBPS.* 2004; 17: 51-55.
17. Locker D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31: 144-51.
18. Lago-Mendez L, Diniz-Freitas M, Senra-Rivera G, Gandara-Rey JM, Garcia-Garcia A. Dental anxiety before removal of a third molar and association with general trait anxiety. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64:1404-8.
19. Hägglin C, Hakeberg M, Hallstrom T, Berggren U, Larsson L, Waern M, et al. Dental anxiety in relation to mental health and personality factors. A longitudinal study of middle-aged and elderly women. *Eur J Oral Sci.* 2001; 109: 27-33.
20. Klages U, Ulusoy O, Kianifard S, Wehrbein H. Dental trait anxiety and pain sensitivity as predictors of expected and experienced pain in stressful dental procedures. *Eur J Oral Sci.* 2004; 112: 477-83.
21. Klages U, Kianifard S, Ulusoy O, Wehrbein H. Anxiety sensitivity as predictor of pain in patients undergoing restorative dental procedures. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006; 34: 139-45.
22. Dworkin SF, Chen ACN. Pain in clinical and laboratory contexts. *J Dent Res.* 1982; 61: 772-4.
23. Chapman CR, Turner JA. Psychological control of acute pain in medical settings. *J Pain Symptom Manage.* 1986; 1: 9-20.
24. Thyer BA, Matthews J. The effects of phobic anxiety on plasma B-endorphine: a single-subject experiment. *Anesth Prog.* 1986; 24: 237-41.
25. Siqueira AMP, Oliveira PC, Shcaira VRL, Ambrosano GMB, Ranali J, Volpato MC. Relação entre ansiedade e dor em anestesia local e procedimentos periodontais. *Rev Odontol UNESP.* 2006; 35: 171-4.
26. Morita M, Kimura T, Kanagae M, Ishikawa A, Watanabe T. Reasons for extraction of permanent teeth in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994; 22: 303-6.
27. Abdo EN, Lima RPE, Rodrigues AS, Alves LCF, Gomes CO, Passos JB, et al. Perfil do atendimento e dos pacientes usuários das clínicas de exodontias da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). *Arq Odontol.* 2004; 40: 111-206.
28. Guasti L, Zanutta D, Petrozzino MR, Grimoldi P, Diolisi A, Garganico D, et al. Relationship between dental pain perception and 24 hour ambulatory blood pressure: a study in 181 subjects. *J Hypertens.* 1999; 17: 1799-804.

Recebido: 25/01/2008

Aceito: 17/12/2008

**Anexo 1.** Escala de Ansiedade Dentária (EAD)

Escala de Ansiedade Dentária (EAD)
1) Se você tiver que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria? a) Eu estaria antecipando uma experiência razoavelmente agradável b) Eu não me importaria c) Eu me sentiria ligeiramente desconfortável d) Eu temo que me sinta desconfortável e que teria dor e) Eu estaria com muito medo com o que o dentista me fizesse
2) Quando você está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente? a) Relaxado b) Meio desconfortável c) Tenso d) Ansioso e) Tão ansioso que começo a suar ou a me sentir mal
3) Quando você está na cadeira odontológica esperando que o dentista, comece a trabalhar nos seus dentes com a turbina, como você se sente? a) Relaxado b) Meio desconfortável c) Tenso d) Ansioso e) Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal
4) Você está na cadeira odontológica para ter seus dentes limpos. Enquanto você aguarda o dentista pegar os instrumentos que ele usará para raspar seus dentes perto da gengiva, como você se sente? a) Relaxado b) Meio desconfortável c) Tenso d) Ansioso e) Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal

**Anexo 2.** Escala Visual Analógica (EVA)