

# Ansiedade e medo no atendimento odontológico de urgência

Anxiety and fear in the emergency dental clinic

Rodrigo Dutra MURRER<sup>1</sup>, Simone Scandiuizi FRANCISCO<sup>2</sup>, Mônica Missaé ENDO<sup>3</sup>

1 - Curso de Odontologia da Faculdade Leão Sampaio;

2 - Curso de Odontologia da Faculdade Leão Sampaio;

3 - Curso de Odontologia da UniEvangélica.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a prevalência de ansiedade e medo nos pacientes que procuram tratamento emergencial odontológico, relacionando-os ao gênero, idade, características socioeconômicas, intensidade da dor e tipo de procedimento executado. **Material e Método:** A amostra foi composta por 127 pacientes atendidos pelo Serviço de Urgência da Clínica Odontológica do Curso de Odontologia da UniEvangélica - Anápolis-GO. Para avaliar a ansiedade e o medo, foram utilizadas a Dental Anxiety Scale (DAS) e a Escala de Medo de Gatchel. Foram coletadas informações contidas nas fichas de atendimento de urgência e aplicado um questionário prévio ao atendimento sobre a dor presente, ansiedade e medo, início dos sintomas da dor, escolaridade e renda familiar. **Resultados:** Segundo a DAS, foram identificados 28,3% de pacientes com grau de ansiedade. Mu-

lheres foram consideradas mais ansiosas que os homens, sendo que 33% dos pacientes relataram medo de moderado a severo, segundo a Escala de Gatchel. Em 34,6% dos pacientes a procura pelo alívio dos sintomas ocorreu no prazo de um a cinco dias, sendo que em 50,4% dos pacientes a dor presente foi de moderada a severa. **Conclusões:** Pacientes ansiosos do gênero feminino foram mais frequentes no atendimento odontológico de urgência. Não foi possível relacionar o nível de ansiedade com o nível de escolaridade e nível socioeconômico, pois a maioria dos pacientes possuía grau de escolaridade de nível fundamental a média e baixa renda familiar. Em relação aos procedimentos executados, houve maior número na área de Endodontia, sendo a pulpíte irreversível o principal diagnóstico pulpar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Odontologia; Ansiedade ao Tratamento Odontológico; Medo.

## INTRODUÇÃO

A ansiedade é uma condição emocional que pode ser considerada como uma ameaça ao tratamento odontológico, estando intimamente relacionada ao medo. Segundo Rocha<sup>1</sup> (2000), a ansiedade é uma característica biológica do ser humano e se define como sendo uma angústia, ânsia ou nervosismo que antecede momentos de perigo real ou imaginário, marcada por sensações corporais desagradáveis, gerando reações psicológicas inconscientes. Porém, o medo é caracterizado por uma emoção primária que desencadeia um estado de alerta a um perigo eminente, preparando o organismo para uma situação de fuga provocando reações e experiências desagradáveis.

Estudos realizados com pacientes apresentando altos níveis de ansiedade mostraram que diante dessa condição, houve uma resistência ao tratamento odontológico e até mesmo o abandono, causando prejuízo à saúde bucal<sup>2,3</sup>. Ferreira *et al.*<sup>3</sup> (2004) avaliaram o nível de ansiedade e medo dos pacientes submetidos a tratamentos odontológicos concluindo que 18% dos entrevistados foram considerados altamente ansiosos no momento do atendimento e os mesmos evitaram o tratamento por longos períodos de tempo.

Todo serviço de urgência tem por finalidade suprimir a condição de dor do paciente, minimizando seu sofrimento<sup>4,6</sup>. Em 1993, Lipton *et al.*<sup>7</sup> apresentaram uma estimativa da prevalência e distribuição dos tipos de dores relacionados à cavidade bucal e a face. Cerca de 22% da população ou aproximadamente 39 milhões de americanos já haviam experimentado algum tipo

de dor orofacial. Mesmo diante dos avanços tecnológicos na Odontologia, há um grande número de pacientes que evitam os tratamentos odontológicos, limitando os tratamentos de promoção de saúde bucal e dificultando a otimização dos Serviços de Saúde. Essa situação aumenta a procura pelo tratamento odontológico de urgência, uma vez que o paciente o procura somente em caso de dor. Kanegane *et al.*<sup>8</sup> (2003) realizaram um estudo no Setor de Urgência da Faculdade de Odontologia de São Paulo onde o maior número de pacientes ansiosos foi de mulheres e constataram que 48% dos pacientes relataram que somente procurariam atendimento quando a dor fosse insuportável e 52% tiveram uma experiência anterior traumatizante.

A dor orofacial é um dos principais problemas dentro de um Serviço de Urgência odontológica, podendo ser uma manifestação clínica de uma variedade de doenças que envolvem a cabeça e a região do pescoço. Segundo Gibbons e West<sup>5</sup> (1996), cerca de 50% dos pacientes que procuraram o Serviço de Urgência apresentaram dor de origem dentária. Além disso, a maioria dos pacientes (96%) não visitava o dentista regularmente, apresentava um quadro de distúrbios dentários durante um período de três meses e 76,6% apresentaram alterações pulpares. Estudo publicado considerou a cárie e suas consequências como sendo as principais responsáveis pelas alterações pulpares e perirradiculares<sup>4</sup>.

As emergências resultantes de um quadro de dor necessitam da atenção imediata do profissional, desta forma o clínico deve estar apto a identificar a evolução multifatorial da dor, anali-

sando suas características para o estabelecimento do diagnóstico diferencial e plano de tratamento capaz de aliviar a dor do paciente.

O reconhecimento dos pacientes com sintomas de ansiedade e medo é fundamental para o manejo do nível de ansiedade e condução do atendimento, de maneira a tornar confortável o tratamento odontológico para esses pacientes<sup>1</sup>. Essas sensações podem desencadear um ciclo vicioso intensificando o estresse que, de acordo com Locker<sup>9</sup> (2003) interfere diretamente na qualidade de vida<sup>10</sup>. Níveis de ansiedade e medo em pacientes que procuram atendimento de urgência foram maiores do que na população em geral, sendo predominantes em mulheres<sup>8,11,12</sup>. Segundo Liddel e Locker<sup>13</sup> (1997) existem diferenças entre os gêneros frente à dor dentária e controle da dor, em que o gênero feminino demonstrou mais ansiedade que o masculino, porém, estes últimos relataram menor tolerância à dor devido às experiências passadas. Em ambos os gêneros, o medo da dor foi o principal fator desencadeante da ansiedade ao tratamento odontológico<sup>14</sup>.

Reconhecendo-se a importância de um Serviço de Urgência eficiente para a comunidade; capaz de promover um adequado atendimento ao paciente com dor orofacial, promovendo o alívio da dor e devolvendo o bem-estar aos pacientes, o presente estudo se propôs a avaliar a relação entre ansiedade e medo ao tratamento emergencial com gênero, faixa etária, características socioeconômicas e procedimentos mais executados.

## MATERIAL E MÉTODO

A execução deste estudo foi aprovada previamente pelo Comitê de Ética em pesquisa da UniEvangélica sob processo número 156/2008. A pesquisa foi baseada em entrevistas estruturadas, mediante a aplicação de um questionário aos pacientes que procuraram atendimento no Serviço de Urgência do curso de Odontologia da UniEvangélica (Anápolis-GO), para avaliar as respostas quanto a ansiedade e medo, bem como a faixa etária, gênero, grau de escolaridade e nível socioeconômico, tipo de procedimento executado, diagnóstico diferencial e, grupamento dentário mais acometido.

Os pacientes foram atendidos na clínica odontológica pelos alunos do sexto ao oitavo período em estágio clínico que faziam a anamnese referente à queixa principal, história médica e dentária dos pacientes. Foi identificado o provável diagnóstico referente às informações obtidas com o paciente quanto ao tipo, frequência, localização e intensidade da dor. A fim de obter-se todas as informações necessárias foram realizados exames clínicos por meio da inspeção visual extra e intraoral, sondagem periodontal, teste de palpação, testes de percussão horizontal e vertical e mobilidade, segundo o protocolo de atendimento de urgência do curso de Odontologia. Para a confirmação da origem da dor da qual o paciente se queixava, foram empregados testes complementares, tais como o teste térmico e o exame radiográfico.

Os critérios de inclusão no estudo foram: ter 18 anos ou mais e concordar em participar da pesquisa após consentimento esclarecido por escrito. Nos casos de pacientes que não sabiam ler, o termo de consentimento e o questionário da pesquisa foram lidos para aqueles que quiseram participar. O critério de exclusão foi aplicado para os pacientes que compareceram ao Serviço de

Urgência apenas para tratamento odontológico de rotina.

Participaram do estudo 127 pacientes que responderam a um questionário antes do atendimento. Foi realizado um estudo piloto com dez pacientes para verificar o entendimento dos usuários em relação às perguntas e palavras utilizadas. Não houve necessidade de mudanças no questionário inicial.

A ansiedade dental foi investigada por meio de dois métodos: a escala Dental Anxiety Scale (DAS)<sup>15</sup> e Escala de Medo de Gatchel<sup>14</sup>. A DAS descrita por Corah<sup>15</sup> (1969), consta de quatro perguntas com cinco alternativas de respostas, sendo que se atribui valor 1 à alternativa correspondente a de menor grau de ansiedade e valor 5, à de maior grau, com escores de 4 (sem ansiedade) a 20 (extrema ansiedade). Esta escala avalia o nível de ansiedade que o paciente apresenta no momento do atendimento. Foram considerados pacientes ansiosos, segundo os critérios de Corah<sup>15</sup> (1969) e Corah *et al.*<sup>16</sup> (1978), aqueles que apresentaram escores maiores ou iguais a 13, e abaixo de 12 foram considerados não ansiosos. A Escala de Medo de Gatchel verifica a sensação de medo, cabendo ao paciente quantificá-lo em relação ao atendimento odontológico numa escala de 1 a 10, onde 1 representa ausência de medo, e 10, medo extremo. Pacientes que apresentaram valores maiores ou iguais a 8 foram classificados com alto grau de medo<sup>8</sup>.

Para quantificar a sensação dolorosa no momento do atendimento foi utilizada uma escala simplificada de McGill<sup>17</sup>, composta visualmente de 5 pontos. A dor foi classificada pela numeração escrita dentro de caixas variando de 0 a 4, em que o 0 representava ausência de dor e o 4 a pior dor possível.

Os procedimentos foram classificados por área de conhecimento: endodontia, dentística, periodontia, cirurgia, patologia, prótese clínica, traumatologia. Os pacientes que apresentavam como queixa principal, a necessidade de tratamento odontológico, sem quadro de dor, foram orientados a procurar o Serviço de Triagem para pleitear uma vaga para o tratamento odontológico, não sendo considerados como pacientes de urgência. Os pacientes que tiveram permanência do quadro de dor foram novamente atendidos, sendo acompanhados e medicados quando necessário. Os dados foram coletados e tabulados na planilha Excel e analisados estatisticamente, submetidos ao teste Qui-Quadrado de Pearson, considerando diferenças estatisticamente significantes para valores de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Participaram do estudo 127 pacientes, com idade variando de 18 a 70 anos, sendo 86 pacientes do gênero feminino e 41 do masculino. A prevalência de pacientes ansiosos foi de 28,3%. Aproximadamente 24% dos pacientes do gênero feminino apresentaram índices iguais ou maiores que 13 e foram classificados como pacientes ansiosos (Gráfico 1).

Já com relação a escala de Medo de Gatchel, 17,3% dos pacientes apresentaram medo severo. Dos pacientes que relataram medo moderado a severo, 26% eram do gênero feminino e 7,9% do masculino (Gráfico 2). Houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros em relação à Escala DAS sendo maior o número de mulheres ansiosas ( $p=0,005$ ). Em relação à escala de medo de Gatchel, não houve correlação estatisticamente significativa entre o medo e o gênero ( $p=0,228$ ) (Tabela 1).

Entre os pacientes ansiosos e com medo, cerca de 17,3%

**Tabela 1** - Distribuição dos pacientes ansiosos segundo as Escalas DAS (Dental Anxiety Scale) e de Gatchel em relação ao gênero.

Gênero	Ansioso	Não-Ansioso	Total	Sem Medo	Medo Moderado	Medo Severo	Total
Feminino	31	55	86	53	15	18	86
Masculino	5	36	41	31	6	4	41
Total	36	91	127	84	21	22	127

Pearson Chi-Square = 7,776; DF = 1; P-Value = 0,005

Pearson Chi-Square = 2,954; DF = 2; P-Value = 0,228

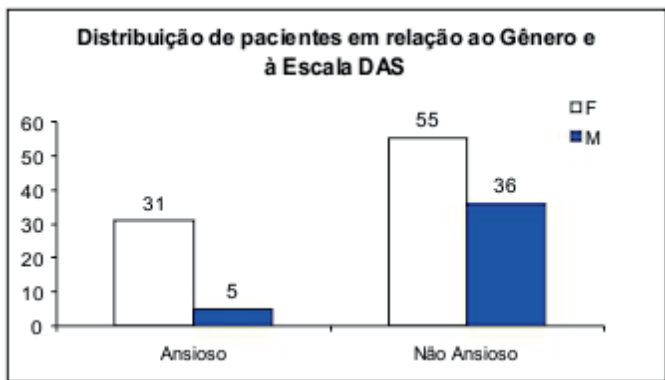


Gráfico 1 - Distribuição de pacientes em relação ao gênero e Escala DAS.

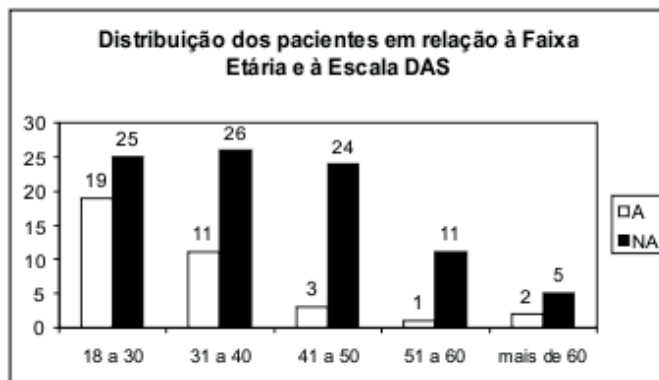


Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes em relação à faixa etária e Escala DAS.

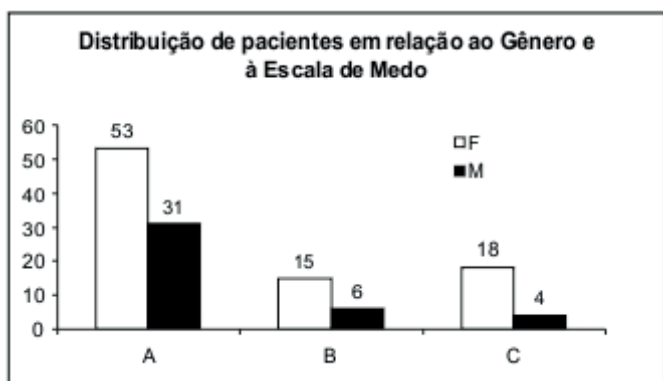


Gráfico 2 - Distribuição de pacientes em relação ao gênero e Escala de Medo de Gatchel

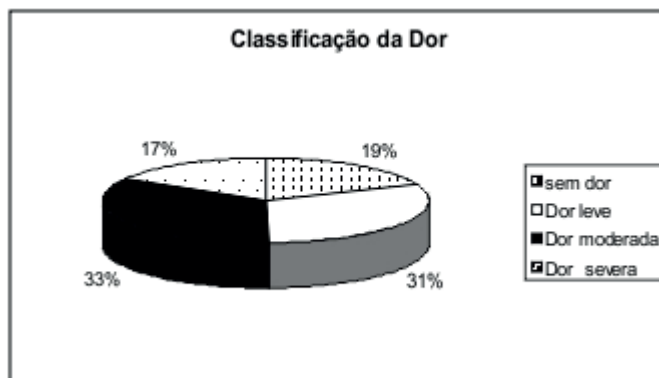


Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes em relação à Classificação da dor.

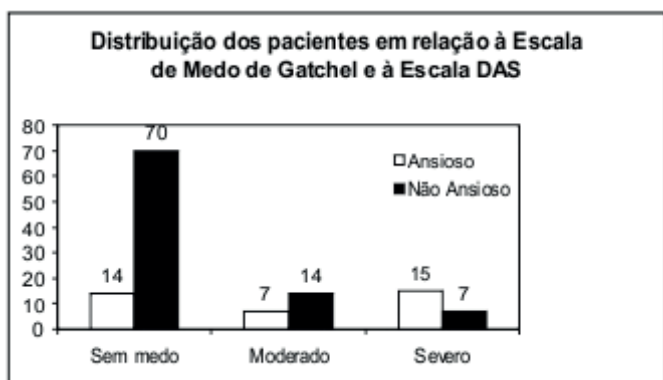


Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes em relação à Escala de Medo de Gatchel e Escala DAS.

dos pacientes ansiosos relataram, ter medo moderado a severo ( $p=0,001$ ) (Gráfico 3). Quanto à faixa etária observou-se maior número de atendimentos de pacientes entre 18 a 30 anos (34,6%) e 31 a 40 anos (29,1%). Houve um decréscimo de pacientes ansiosos quanto a faixa etária (Gráfico 4). Houve uma predominância de atendimentos de pacientes do gênero feminino (67,7%) principalmente nos pacientes entre 18 a 40 anos. Quanto à renda familiar, cerca de 63,8% possuíam baixa renda e 59% não haviam concluído o ensino fundamental.

Em relação à dor, 61,4% dos pacientes relataram dor no início do atendimento de urgência, sendo que 50,4% a classificaram como dor moderada à severa, porém somente 9,4% procuraram imediatamente o tratamento odontológico desde os primeiros sintomas da dor. Aproximadamente 46% dos pacientes esperaram até duas semanas para procurar o atendimento (Gráfico 5). Em relação ao diagnóstico pulpar os resultados mostraram que

a pulpíte irreversível foi o diagnóstico mais prevalente com 34 casos, seguido pela pulpíte reversível com 31 casos, a necrose pulpar com 12 casos. Houve indicação de exodontia em 17 casos.

No levantamento dos procedimentos executados durante o atendimento observou-se que, agrupando os procedimentos de acordo com a área envolvida, a área de endodontia foi a mais prevalente, com 41%, sendo que a queixa principal foi dor de origem odontogênica (Tabela 2). Dos 52 pacientes com indicação de endodontia, 19 foram classificados como ansiosos. O grupo dental com maior número de procedimentos realizados foi o dos molares inferiores e superiores, igualmente com 33 casos, sendo os primeiros molares superiores e inferiores os dentes com maior número de procedimentos.

**Tabela 2** - Distribuição dos procedimentos realizados por área de conhecimento.

Área de Conhecimento	Nº Procedimentos (%)
Endodontia	58 (40,9%)
Dentística	31 (24,4%)
Cirurgia	19 (15%)
Periodontia	12 (9,4%)
Prótese	2 (1,6%)
Outros	11 (8,7%)

## DISCUSSÃO

Apesar do aprimoramento do atendimento odontológico, evolução dos equipamentos, das novas tecnologias e do conhecimento psicofisiopatológico da ansiedade, do medo e suas consequências, a prevalência deste comportamento tem sido relativamente constante até os dias atuais<sup>2,8,18</sup>. A ansiedade referente ao tratamento odontológico tem sido uma das maiores barreiras para a saúde e prevenção bucal, fazendo com que pacientes com alto nível de ansiedade apresentem qualidade de vida significativamente mais baixa<sup>10</sup>.

O impacto da ansiedade durante o tratamento odontológico afeta de alguma forma a qualidade de vida, de maneira a interferir no cotidiano dos pacientes que conseqüentemente evitam o tratamento dentário por longos períodos de tempo<sup>2,10</sup>.

É importante salientar que a percepção da dor em pacientes com níveis elevados de ansiedade pode estar alterada, gerando reações fisiológicas como: transpiração excessiva, aumento da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca, choro, distúrbios gastrintestinais, palidez da face, diminuição de secreções (boca seca) e tremores<sup>1</sup>. Essas sensações geram um ciclo vicioso, onde experiências passadas de dor provocam cada vez mais ansiedade e medo ao tratamento odontológico - fuga das consultas - baixo nível de saúde bucal<sup>12</sup>.

O medo da dor de origem dentária pode ser considerado como um dos principais motivos que retardam ou até mesmo impedem a ida de um grande número de pessoas ao dentista<sup>13</sup>. Neste estudo a prevalência de pacientes ansiosos foi de 28,3%, semelhantes aos trabalhos de Kanegane *et al.*<sup>8</sup> (2003) com 28,2%,

e Kaakko *et al.*<sup>19</sup> (1999) com 21,8%, que avaliaram pacientes submetidos ao tratamento odontológico emergencial. De acordo com Kanegane *et al.*<sup>8</sup> (2003), no Brasil há diferentes valores em relação à prevalência, provavelmente devido às diferenças entre as diversas escalas, bem como entre as amostras populacionais selecionadas.

Segundo Newton e Buck<sup>20</sup> (2000) o uso de questionários para a verificação do nível de ansiedade está bem estabelecido, sendo utilizado tanto para crianças quanto para os adultos. Os autores identificaram 15 escalas para medir o nível de ansiedade, onde a escala de Corah *et al.*<sup>15</sup> (1969) foi bastante utilizada na literatura devido a sua confiabilidade. Em relação à escala de Gatchel, o medo é refletido de maneira abrangente, e pode ser definido como um sentimento que proporciona um estado de alerta demonstrado pelo receio de fazer alguma coisa, geralmente por se sentir ameaçado tanto física quanto psicologicamente. Já a escala de Corah é aplicada para avaliar a ansiedade, refletindo uma situação específica de medo, como por exemplo, sentar na cadeira do dentista, aguardando para o tratamento na sala de espera do dentista<sup>21</sup>.

Em relação ao nível de ansiedade, o gênero feminino apresentou maiores escores, semelhantes aos trabalhos de Kanegane *et al.*<sup>8</sup> (2003); Schüller *et al.*<sup>2</sup> (2003); Kaakko *et al.*<sup>19</sup> (1999); Liddel & Locker<sup>13</sup> (1997); Bottan *et al.*<sup>12</sup> (2007). Houve diferença estatisticamente significativa entre o gênero em relação à escala de ansiedade ( $p=0,005$ ), semelhante aos trabalhos de Kanegane *et al.*<sup>8</sup> (2003); Rosa e Ferreira<sup>11</sup> (1997) e Kaakko *et al.*<sup>19</sup> (1999), em que as mulheres relataram mais ansiedade que os homens. Observou-se também um declínio do nível de ansiedade em relação à idade<sup>22,23</sup>, entretanto, neste trabalho, não foi possível estabelecer uma relação entre a idade e a ansiedade devido a não proporção de pacientes nas diferentes faixas etárias, semelhantes aos trabalhos de Doerr *et al.*<sup>24</sup> (1998) e Kaakko *et al.*<sup>19</sup> (1999).

Levantamentos epidemiológicos em serviços de urgência relacionaram a incidência de dor orofacial ao gênero, verificando predomínio do gênero feminino<sup>6,7,25</sup>, neste trabalho, as mulheres apresentaram duas vezes mais dor orofacial do que os homens, e também demonstraram que a prevalência de dores orofaciais decresceu com o avanço da idade.

Em relação à escala de Medo de Gatchel, cerca de 33,8% apresentaram medo moderado a severo ao tratamento odontológico, porém, não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao gênero ( $p=0,228$ ). Rosa e Ferreira<sup>11</sup> (1997) afirmaram existir uma correlação entre o medo e a saúde bucal deficiente dos pacientes, provavelmente devido à baixa procura ou adiamento do tratamento odontológico pelos pacientes com medo<sup>2</sup>. Bottan *et al.*<sup>12</sup> (2007) relataram como principais causas geradoras da ansiedade e medo, as experiências dolorosas anteriores, o desconhecimento em relação aos procedimentos, o ambiente do consultório, as ideias negativas repassadas por outras pessoas, e constataram que a demora pela procura pelo tratamento odontológico é um problema cíclico que agrava as patologias bucais, e conseqüentemente valoriza os tratamentos curativos e de emergência, em detrimento ao tratamento preventivo.

Houve uma correlação entre os pacientes ansiosos e com medo, sendo de 17,3% dos pacientes ansiosos relataram, de acordo com a escala de Gatchel, ter medo moderado a severo ( $p=0,005$ ). Segundo Liddel e Locker<sup>13</sup> (1997), o medo da dor foi



o principal fator desencadeante da ansiedade ao tratamento odontológico, que pode levar pacientes ansiosos a esperarem longos períodos para marcar uma consulta e não raramente a cancelarem<sup>11</sup>. Kaakko *et al.*<sup>19</sup> (1999) relataram que entre as principais causas que fizeram o paciente não ir ao dentista, estão, primeiramente o custo (75,4%) e depois o medo (36,9%). Entre as pessoas que não fizeram consultas odontológicas de rotina, 23% não as fizeram por medo<sup>26</sup>. Esses dados discordam de César *et al.*<sup>27</sup> (1999), que observaram que dos 68,2% de pacientes que não foram ao dentista nos últimos 12 meses, somente 3,25% não o fizeram devido ao “medo de dentista”. Neste trabalho, apenas 22% afirmaram ter procurado o serviço de urgência por ser gratuito ou por baixa condição financeira.

As razões mais importantes apresentadas pelos pacientes com medo extremo ao tratamento odontológico, segundo Moore<sup>28</sup> (1991) são: experiência traumática prévia ao tratamento odontológico, sensação de impotência e falta de controle, limitação dos processos de aprendizagem sociais e problemas de ordem psicológicos. Aproximadamente 50% dos indivíduos com alto nível de medo ao tratamento odontológico relataram experiências passadas na infância, 27% durante adolescência e 23% quando adultos<sup>13</sup>. Para Kanegane *et al.*<sup>8</sup> (2003), a história prévia de experiências traumáticas mostrou-se importante para o desenvolvimento da ansiedade em relação ao atendimento odontológico.

Em relação à dor, existem métodos sofisticados que incluem análises sensoriais, afetivas e cognitivas, sendo o questionário de McGill uma das escalas mais utilizadas<sup>17</sup>. Entretanto, 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<sup>20</sup>. Neste estudo, cerca de 61,4% dos pacientes procuraram o tratamento emergencial devido a dor, sendo que 50,4% a classificaram como dor moderada à severa, porém somente 9,4% procuraram imediatamente o tratamento odontológico desde os primeiros sintomas da dor, sendo que 45,7% esperaram até duas semanas para procurar o atendimento.

A maioria dos pacientes procurou pelo Serviço de Urgência após dois ou mais dias do início dos sintomas, sendo que dos pacientes que relataram ansiedade, apenas 7 procuraram atendimento imediato, e três relataram medo moderado a severo. A procura tardia pode representar uma tentativa de eliminar a dor através de automedicação sistêmica, e neste trabalho, mesmo não avaliando este aspecto, notou-se a pouca motivação dos pacientes na procura imediata pelo atendimento odontológico. Segundo Nusstein e Beck<sup>29</sup> (2003), 81% a 83% dos pacientes que procuraram pelo atendimento de urgência com dor moderada a severa demoraram até nove dias para procurar o tratamento, sendo que a maioria havia tomado algum tipo de medicação para alívio dos sintomas.

A relação entre a ansiedade, nível de escolaridade e a renda familiar não tem sido claramente determinada, alguns autores têm relatado que pacientes com níveis elevados de ansiedade e medo pertencem às classes de baixo nível socioeconômico<sup>24</sup>. Os pacientes que procuraram o serviço de urgência, na sua maioria, possuíam grau de escolaridade de nível médio a fundamental e baixa renda familiar, sendo que aproximadamente 63,8% não haviam concluído o ensino fundamental e 59% possuíam baixa

renda. Desta forma, não permitindo a associação com a ansiedade, resultado semelhante ao encontrado por Rosa e Ferreira<sup>11</sup> (1997) e Kanegane *et al.*<sup>8</sup> (2003).

De acordo com um levantamento realizado por Mitchel e Tarplee<sup>30</sup> (1960), cerca de 85% dos pacientes que procuraram tratamento de urgência para alívio da dor estavam relacionados com problemas de origem pulpar ou periapical. O resultado deste trabalho mostrou que o principal motivo da procura pelo Serviço de Urgência do Curso de Odontologia da UniEvangélica foi a dor de origem endodôntica, semelhantes aos achados na literatura<sup>6,7</sup>, com 61,4% do pacientes relatando dor no momento do atendimento. Apesar dos esforços realizados nos últimos anos, no sentido de melhorar o nível de saúde bucal da população, grande parte da população brasileira, principalmente as classes sociais mais carentes, procuram os Serviços de Urgência para alívio da dor e desconforto, desta forma, o Serviço de Urgência da Faculdade de Odontologia de Anápolis visa atender os pacientes com quadro de dor orofacial. É muito importante para o aprendizado de graduação a experiência do atendimento do paciente em situação emergencial, capacitando o aluno a identificar dor de origem odontogênica e não-odontogênica, a se relacionar com pacientes em situações de ansiedade e medo; além de contribuir para o restabelecimento da condição de saúde destes pacientes, promovendo o alívio do quadro doloroso. O aprimoramento do atendimento odontológico é pautado na relação profissional-paciente, onde simples explicações, ao alcance do entendimento dos pacientes, podem desmistificar o tratamento odontológico, aumentando o grau de confiança e diminuindo o nível de ansiedade. A redução da ansiedade e medo é essencial para que o paciente busque tratamento odontológico preventivo, assim melhorando a qualidade de vida.

## CONCLUSÕES

A frequência de ansiedade foi maior nas mulheres que procuraram o atendimento odontológico de urgência. Não foi possível relacionar o nível de ansiedade com o nível de escolaridade e nível socioeconômico. Em relação aos procedimentos executados, houve maior número na área de endodontia, sendo a pulpite irreversível o principal diagnóstico pulpar.

## REFERÊNCIAS

01. Rocha R, Araújo M, Soares M, Borsatti M. O medo e a ansiedade no tratamento odontológico: controle através de terapêutica medicamentosa. In: In: Feller C GR (ed.). Atualização na Clínica Odontológica. São Paulo: Ed. Artes Médicas; 2000. p. 387-410.
02. Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31(2): 116-21.
03. Maniglia-Ferreira C, Gurgel-Filho ED, Bonecker-Valverde G, Moura EH, Deus G, Coutinho-Filho T. Ansiedade Odontológica: Nível, Prevalência e Comportamento. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde - RBPS.* 2004; 17(2): 51-55.
04. Price JD. An emergency dental service. *J Dent.* 1979; 7(1): 43-51.
05. Gibbons DE, West BJ. Dentaline: an out of hours emergency dental service in Kent. *Br Dent J.* 1996; 180(2): 63-6.
06. Abbud R, Ferreira LA, Campos AG, Zanin KEG. Atendimento clínico de emergência: um estudo dos serviços oferecidos em dez anos. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2002; 56(4): 275.

07. Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc.* 1993; 124(10): 115-21.
08. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. Dental anxiety in an emergency dental service. *Rev Saude Publica.* 2003; 37(6): 786-92.
09. Locker D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31(2): 144-51.
10. Vermaire JH, de Jongh A, Aartman IH. Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008; 36(5): 409-16.
11. Rosa AL, Ferreira CM. Ansiedade odontológica: nível de ansiedade, prevalência e comportamento dos indivíduos ansiosos *Revista brasileira de odontologia* 1997; 54(3): 174.
12. Bottan ER, Trentini L, Araújo SMD. Ansiedade no tratamento odontológico: levantamento em estudantes do ensino fundamental do município de Pouso Redondo *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo.* 2007; 12(3): 12.
13. Liddell A, Locker D. Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25(4): 314-8.
14. Gatchel RJ. The prevalence of dental fear and avoidance: expanded adult and recent adolescent surveys. *J Am Dent Assoc.* 1989; 118(5): 591-3.
15. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res.* 1969; 48(4): 596.
16. Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc.* 1978; 97(5): 816-9.
17. Varoli FK, Pedrazzi V. Adapted version of the McGill Pain Questionnaire to Brazilian Portuguese. *Braz Dent J.* 2006; 17(4): 328-35.
18. Pereira L, Ramos D, Crosato E. Ansiedade e dor em odontologia – enfoque psicofisiopatológico. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 1995; 49(4): 290.
19. Kaakko T, Getz T, Martin MD. Dental anxiety among new patients attending a dental school emergency clinic. *J Dent Educ.* 1999; 63(10): 748-52.
20. Newton JT, Buck DJ. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *J Am Dent Assoc.* 2000; 131(10): 1449-57.
21. Locker D, Shapiro D, Liddell A. Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996; 24(5): 346-50.
22. Locker D, Liddell A, Dempster L, Shapiro D. Age of onset of dental anxiety. *J Dent Res.* 1999; 78(3): 790-6.
23. Hagglin C, Hakeberg M, Ahlqvist M, Sullivan M, Berggren U. Factors associated with dental anxiety and attendance in middle-aged and elderly women. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000; 28(6): 451-60.
24. Doerr PA, Lang WP, Nyquist LV, Ronis DL. Factors associated with dental anxiety. *J Am Dent Assoc.* 1998; 129(8): 1111-9.
25. Foreman PA, Harold PL, Hay KD. An evaluation of the diagnosis, treatment, and outcome of patients with chronic orofacial pain. *N Z Dent J.* 1994; 90(400): 44-8.
26. Haugejorden O, Klock KS. Avoidance of dental visits: the predictive validity of three dental anxiety scales. *Acta Odontol Scand.* 2000; 58(6): 255-9.
27. César CLG, Narvai PC, Gattás VL, Figueiredo GM. Medo de dentista” e demanda aos serviços odontológicos *Revista gaucha de odontologia* 1999; 47(4): 194.
28. Moore R, Brodsgaard I, Birn H. Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population. *Behav Res Ther.* 1991; 29(1): 51-60.
29. Nusstein JM, Beck M. Comparison of preoperative pain and medication use in emergency patients presenting with irreversible pulpitis or teeth with necrotic pulps. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003; 96(2): 207-14.
30. Mitchell DF, Tarplee RE. Painful pulpitis; a clinical and microscopic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1960; 13: 1360-70.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the frequency of patients with anxiety or fear of dental emergency treatment, the relationship between gender, age, socioeconomic characteristics, pain intensity and type of procedure performed. **Methods:** The sample consisted of 127 patients attending the emergency department of the Faculty of Dentistry, FOA, from February to May 2009. To assess the anxiety and fear, were used to Dental Anxiety Scale (DAS) and the Scale of the Gatchel Fear. Data were collected in the files of emergency care and a questionnaire prior to care about this pain, anxiety and fear, early pain symptoms, education and family income. **Results:** We identified 28.3% of patients with anxiety level, according to the DAS, in

which women were more anxious than men, 33% of patients reported moderate to severe fear, according to the Gatchel Fear Scale. In 34.6% of patients for the relief of symptoms ranged from one to five days, and in 50.4% of patients this pain was moderate to severe. **Conclusion:** Pain may be one of the worst human experiences, leading the patient to a framework of physical and mental weakness, so the emergency dental needs immediate attention. One of the difficulties encountered in the emergency room is the presence of fear and anxiety associated with pain that may change the psychological state of the patient. Female patients with anxiety and were more frequent in the emergency dental clinic.

**KEYWORDS:** Dentistry; Dental Anxiety; Fear.

## AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Rodrigo Dutra Murrer  
 Cond. Terra dos Kariris, Casa 01,  
 Rua João Francisco Sampaio S/N  
 Barbalha-CE, CEP: 63180-000  
 E-mail: murrer@gmail.com