

UNIVERSIDADE CESUMAR – UNICESUMAR
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**A ANSIEDADE DOS PACIENTES FRENTE AO ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO**

PAMELA MORAIS RODRIGUES

MARINGÁ – PR

2020

PAMELA MORAIS RODRIGUES

**A ANSIEDADE DOS PACIENTES FRENTE AO ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da UniCesumar – Universidade de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Marcelo Augusto Amaral.

MARINGÁ – PR

2020

FOLHA DE APROVAÇÃO
PAMELA MORAIS RODRIGUES

A ANSIEDADE DOS PACIENTES FRENTE AO ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da UniCesumar – Universidade de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Marcelo Augusto Amaral.

Aprovado em: 03 de dezembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Augusto Amaral
Universidade Cesumar - UniCesumar

Prof. Ms. Clodoaldo Penha Antoniassi
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Prof. Marcelo Augusto Seron
Universidade Estadual Paulista (UNESP/ FOA)

A ANSIEDADE DOS PACIENTES FRENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Pamela Morais Rodrigues

RESUMO

Segundo as estimativas da Organização Mundial da Saúde, 9,3% dos brasileiros têm algum transtorno de ansiedade. Esses transtornos afetam diretamente o cotidiano da prática odontológica através de pacientes que apresentam diversas manifestações de medo, estresse e ansiedade grave frente ao tratamento das afecções orais. O atendimento do paciente ansioso pode ser dificultado, prejudicado ou, em casos graves, impossibilitado pela condição psicológica do paciente, o que faz com que seja necessária uma abordagem eficaz para cada caso e cada nível de complexidade apresentado ao profissional. A literatura traz diversas técnicas e estratégias de manejo do paciente ansioso, desde a área de pediatria à geriatria, a fim de facilitar a relação profissional-paciente e estabelecer a segurança necessária para possibilitar um tratamento odontológico de qualidade. O presente trabalho traz um panorama atual dos transtornos de ansiedade e derivados, suas possíveis causas, a abordagem odontológica frente ao paciente ansioso e a importância da integração entre odontologia e psicologia no tratamento multidisciplinar desses pacientes.

Palavras-chave: Odontologia. Transtornos de ansiedade. Ansiolíticos. Benzodiazepínicos. Óxido nítrico.

PATIENTS ANXIETY IN FRONT OF DENTAL CARE

ABSTRACT

According to World Health Organization estimates, 9.3% of Brazilians have some anxiety disorder. These disorders directly affect the daily routine of dental practice through patients who have several manifestations of fear, stress and severe anxiety when treating oral conditions. The care of anxious patients can be difficult, impaired or, in severe cases, made impossible by the psychological condition of the patient, which makes it necessary to have an effective approach for each case and each level of complexity presented to the professional. The literature provides several techniques and strategies for managing anxious patients, from pediatrics to geriatrics, in order to facilitate the professional-patient relationship and establish the necessary security to enable quality dental treatment. The present work provides a current overview of anxiety disorders and derivatives, their possible causes, the dental approach to anxious patients and the importance of integrating dentistry and psychology in the multidisciplinary treatment of these patients.

Keywords: Dentistry. Anxiety disorders. Anxiolytics. Benzodiazepines. Nitrous oxide.

1 INTRODUÇÃO

O ser humano durante sua trajetória de vida passa por diversas situações positivas ou negativas que incidem diretamente sobre o seu comportamento. Esses fatores podem ocasionar alterações que se manifestam por meio do nervosismo, medo, preocupação, pânico, expectativas e outros sintomas que variam de acordo com cada sujeito. É comum que estes sentimentos se manifestem não apenas diante de momentos negativos como mortes, desemprego, mudanças, como também em momentos como casamento, nascimento de um bebê, um novo emprego e outras situações agradáveis (Castilho et al, 2000).

A ansiedade tornou-se um fenômeno presente no cotidiano da maior parte das pessoas, e esta palavra para explicar suas reações diante das situações que ocorrem no dia a dia, e que muitas vezes pode ser considerada patológica e comprometer a saúde emocional.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), os Transtornos Ansiosos (TAs) podem ser compreendidos como a presença de manifestações ansiosas que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada. Estes podem ser acompanhadas por sintomas depressivos ou obsessivos, assim como de certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que estas manifestações sejam, contudo, claramente secundárias ou pouco graves (OMS, 1996). Dentro do conjunto de TAs podem ser incluídos o transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica), ansiedade generalizada e transtorno misto ansioso e depressivo.

Segundo as estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) 9,3% dos brasileiros têm algum TA e a depressão afeta 5,8% da população. Esta situação, segundo os especialistas, decorre de fatores socioeconômicos, como pobreza e desemprego, e ambientais, como o estilo de vida em grandes cidades. Castillo *et al.* (2000) informa que “a maneira prática de se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é basicamente avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não”.

Dentre as dificuldades manifestadas por pacientes no âmbito da Odontologia, verifica-se que a ansiedade se constitui em uma grande dificuldade de realizar o tratamento durante os procedimentos a serem adotados, considerando que o grau de complexidade sofre variações de acordo com as necessidades específicas de cada paciente. Barasuol *et al.* (2016) informa que a ansiedade odontológica é um estado emocional que precede o encontro com um objeto ou situação temida, caracterizada por sentimentos de apreensão, tensão, nervosismo ou preocupação relativo às consultas preventivas e terapêuticas com o cirurgião-dentista (CD).

Tendo como base a importância da promoção de estudos sobre a relação entre paciente e profissional de Odontologia, verifica-se que o presente estudo se concentra na área de saúde coletiva e tem o objetivo de realizar uma pesquisa científica sobre “A ansiedade dos pacientes frente ao atendimento odontológico”.

Para tanto o estudo foi dividido em capítulos, sendo a primeira parte destinada aos elementos metodológicos do trabalho e após foi percorrido o seu conteúdo que abordará temáticas concernentes as principais características do TA.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva a partir de uma revisão bibliográfica. Considerando a importância e abordagem do tema, procurou-se conhecer a visão de alguns autores a respeito do assunto, possibilitando atender deste modo ao objetivo proposto, de compreender a relação profissional odontológica com pacientes ansiosos, considerando a humanização das relações como um ponto primordial na busca de um atendimento que vise à qualidade e a preservação da saúde do paciente.

Marconi e Lakatos (2003) afirmam que a pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, precede a compreensão de toda bibliografia já tornada pública em relação a uma questão científica. Proporcionando assim ao pesquisador um contato direto com o que já foi descrito sobre o assunto assinalado, e permitindo identificar e sistematizar através de uma reflexão crítica, a finalidade proposta.

Cervo e Bervian (2006) colocam, ainda, o estudo descritivo, como um dos formatos de estudo que consente observar, analisar, registrar, delinear e correlacionar fatos sem interferir no ambiente analisado, tratando das características, propriedades ou relação existente na realidade pesquisada.

“A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, das ações e relações humanas.” (MINAYO, 2008).

A elaboração dessa pesquisa se norteou através de materiais já publicados sobre o tema, livros, artigos científicos, publicações periódicas e materiais na Internet disponíveis nos seguintes bancos de dados: MEDLINE, SCIELO, LILACS e Ministério da Saúde.

Todo material encontrado foi lido, organizado permitindo uma maior compreensão e interpretação crítico/científica. Os critérios de inclusão definidos para seleção dos materiais deste estudo foram: textos e artigos originais.

Os seguintes descritores foram utilizados para levantamento dos artigos científicos: Ansiedade, Odontologia e Tratamento.

2 TRATAMENTO DE PACIENTES COM ANSIEDADE

2.1 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Os transtornos de ansiedade estão entre os principais contribuintes para a carga mundial de doenças (DE JONGE *et al.*, 2016). A ansiedade é considerada a nona causa de incapacidade no mundo (OLIVEIRA; ANTUNES; OLIVEIRA, 2017) e causa sofrimento para o paciente e familiares, contribui para o desenvolvimento de depressão, abuso de substâncias, doenças físicas e outros resultados adversos (SARTORI; SINGEWALD, 2019).

A ansiedade tem sido definida como um estado emocional desagradável, constantemente relacionado ao medo, acompanhado de desconforto somático, como “frio na barriga”, “coração apertado”, “nó na garganta”, “mãos suadas” e é, além disso, sentido como “paralisante” (ZAMIGNANI; BANACO, 2005). É considerada normal quando consiste numa resposta adaptativa do organismo, porém, é chamada de patológica quando a intensidade ou frequência da resposta é desproporcional à situação real, ou quando não existe um motivo específico, momento em que o sofrimento provocado pela ansiedade passa a trazer prejuízo à pessoa (BRAGA *et al.*, 2010). O padrão comportamental característico dos transtornos de ansiedade é a esquivia fóbica: na presença de um evento ameaçador ou incômodo, o indivíduo emite uma resposta que elimina, ameniza ou adia esse evento (ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

Do ponto de vista biológico, a ansiedade é um estado do funcionamento cerebral que está ligada a contextos ambientais, relacionados a eventos reforçadores (ou eliciadores) ou de dicas associadas a esses eventos. Esta percepção é comparada com familiaridades estocadas na memória e ativam sistemas cerebrais associados ao sistema de fuga/luta ou sistema cerebral de defesa. Diferentes vias de neurotransmissão fazem parte dos mecanismos de mediação da ansiedade neste sistema, em especial, os sistemas gabaérgico e serotoninérgico assim como os dopamínicos, neuropeptídicos, entre outros. Do ponto de vista fisiológico, a ansiedade é um estado de funcionamento cerebral em que ocorre ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), acarretando sintomas neurovegetativos, tais como insônia, taquicardia, palidez, aumento da perspiração, tensão muscular, tremor, tontura, distúrbios intestinais, entre outros (BRAGA *et al.*, 2010).

É importante ressaltar que a ansiedade e o medo, apesar de semelhantes, não possuem a mesma definição:

A ansiedade implica na ocorrência de uma condição aversiva ou penosa, algum grau de incerteza ou dúvida e alguma forma de impotência do organismo em uma dada conjuntura. O medo é uma emoção primária e poderosa que alerta sobre o perigo iminente, em relação a um objeto ou situação (PEREIRA *et al.*, 2013).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), a ansiedade é subdividida em: transtorno de ansiedade social (TAS), transtorno do pânico (TP), agorafobia (AF) e transtorno de ansiedade generalizada (TAG), entre outros (LIMA *et al.*, 2020). Dentre as doenças mentais, os transtornos de ansiedade são os mais frequentes. São patologias crônicas que podem afetar o indivíduo por décadas, podendo se iniciar na infância e tendo seus picos de prevalência na meia-idade (BANDELOW; MICHAELIS, 2015).

2.1.1 Transtorno de Ansiedade Social (TAS)

O TAS é caracterizado por um medo intenso e desproporcional de situações sociais em que a pessoa pode ser avaliada negativamente por outras pessoas. Tal medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses, e causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes. Tem um início precoce (idade média de 13 anos), é geralmente crônico e associado a um risco aumentado de transtornos depressivos, transtornos por uso de substâncias e doenças cardiovasculares (LEICHSENRING; LEWEKE, 2017).

Pessoas com diagnóstico de TAS podem ser inadequadamente assertivos ou muito submissos; possuir postura corporal rígida ou fazer contato visual inadequado; são normalmente tímidos. A automedicação com substâncias é comum. O rubor é a resposta física característica do transtorno de ansiedade social, podendo haver, também, tremor aumentado ou taquicardia. O início pode se seguir a uma experiência estressante ou humilhante, pode se desenvolver lenta e espontaneamente ou após mudanças na vida que exigem novos papéis sociais. Como fatores de risco, temos aspectos temperamentais (inibição comportamental e medo de avaliação negativa), ambientais (maus-tratos na infância ou outra adversidade psicossocial com início precoce) e genéticos/fisiológicos (parentes de primeiro grau têm uma chance 2 a 6 vezes maior de ter o transtorno) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

2.1.2 Transtorno do Pânico (TP)

A TP é caracterizada por episódios de ataques de pânico inesperados que ocorrem sem um motivo claro. Os ataques de pânico são definidos pelo início rápido de medo intenso (geralmente com pico em cerca de 10 minutos), com pelo menos quatro dos sintomas físicos e psicológicos nos critérios de diagnóstico do DSM-5 (palpitações, taquicardia, sudorese, tremores, falta de ar, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio, calafrios, parestesias, sensação de irrealidade ou de estar distanciado de si mesmo, medo de perder o controle e medo de morrer) (LOCKE; KIRST; SHULTZ, 2015; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Em termos de frequência, pode haver ataques moderadamente frequentes durante meses, pequenos surtos de ataques mais frequentes separadas por semanas, meses sem ataques ou ataques menos frequentes durante muitos anos. Dentre os fatores de risco é possível destacar os aspectos temperamentais (afetividade negativa, sensibilidade à ansiedade e história de “períodos de medo”), ambientais (abuso sexual e físico na infância, tabagismo, estressores identificáveis nos meses anteriores ao seu primeiro ataque de pânico, como experiências negativas com drogas ilícitas ou de prescrição, doença ou morte na família) e genéticos/fisiológicos (risco aumentado para transtorno de pânico entre filhos de pais com transtornos de ansiedade, depressivo e bipolar; distúrbios respiratórios) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

2.1.3 Agorafobia

A Agorafobia (AF) pode ser definida como evitação desencadeada por exposição real ou antecipada a várias situações. A AF era considerada uma resposta resultante do transtorno do pânico, até a atualização do DSM-5, que caracterizou o transtorno como uma entidade independente (TIBI *et al.*, 2015).

O diagnóstico requer que os sintomas ocorram em pelo menos duas das cinco situações seguintes: uso de transporte público; permanecer em espaços abertos; permanecer em locais fechados; permanecer em uma fila ou ficar em meio a uma multidão; ou sair de casa sozinho. Pode vir acompanhada de ataques de pânico. Nas suas formas mais graves, a agorafobia pode levar os indivíduos a ficar completamente incapazes e dependentes de outra pessoa para serviços ou assistência até mesmo às suas necessidades básicas. Pessoas do sexo feminino têm duas vezes mais chances de desenvolver o transtorno, que pode ocorrer na

infância, mas a incidência atinge o pico no fim da adolescência e início da idade adulta. Considera-se fatores de risco alguns aspectos temperamentais (inibição comportamental, afetividade negativa e sensibilidade à ansiedade), ambientais (eventos negativos na infância e outros eventos estressantes, afeto reduzido e superproteção) e genéticos/fisiológicos (a herdabilidade para agorafobia é de 61%) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

2.1.4 Transtorno de Ansiedade Generalizada

A preocupação persistente, excessiva, desproporcional e de difícil controle é a característica principal do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), porém essas preocupações são acompanhadas de sintomas físicos relacionados à hiperatividade autonômica e a tensão muscular, como taquicardia, sudorese, insônia, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, dificuldade de relaxar e dores musculares, sintomas estes que causam uma interferência no desempenho da pessoa ou um sofrimento significativo. Possui uma prevalência ao longo da vida entre 4,5 a 12 %, ocorre na maioria dos dias por pelo menos seis meses e tem sido associado à hipertensão arterial e a problemas cardíacos. A idade média de início é mais tardia do que para outros transtornos de ansiedade. Fatores de risco envolvem aspectos temperamentais (inibição comportamental, afetividade negativa e evitação de danos), ambientais (adversidades na infância e a superproteção parental) e genéticos/fisiológicos (um terço do risco de experimentar transtorno de ansiedade generalizada é genético) (ZUARDI, 2017; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

2.2 O FENÔMENO DA ANSIEDADE NO COTIDIANO

Ribeiro *et al.* (2019) coletou dados de diversos estudos e fatores como desemprego, falta de estabilidade profissional, baixa escolaridade, condição socioeconômica, falta de cuidados com a própria saúde, altas exigências do trabalho, sexo feminino, baixo apoio social, ambiente de trabalho, baixa recompensa salarial e redução do tempo de lazer foram aspectos condicionantes para o desenvolvimento de TAs e estes, conseqüentemente, uma das maiores causas de afastamentos laborais.

O processo de afastamento do trabalhador gera impacto negativo em sua vida, sobretudo quando é decorrente das manifestações psicopatológicas dos TAs, que são

altamente incapacitantes e impõem limitações às suas atividades cotidianas, reduzem suas potencialidades no trabalho e interferem na convivência familiar e social (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Os pacientes portadores de transtornos de ansiedade apresentam redução significativa da qualidade de vida, com menor produtividade, maior morbidade e mortalidade, e maiores taxas de comorbidade (MENEZES *et al.*, 2007). Crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade experimentam prejuízo psicossocial, aumento do risco de transtornos do humor, aumento dos problemas de uso de substâncias, fracasso educacional e aumento das taxas de ideação suicida (WEI *et al.*, 2013). Rodrigues *et al.* (2012) relataram risco de suicídio 6 vezes maior em jovens com algum TA em relação a indivíduos sem a doença, em especial quando do sexo feminino e/ou baixo nível socioeconômico, estudo este que corrobora com a literatura.

Durante a infância, eventos estressantes tais como mudança de casa e/ou escola, nascimento de irmãos, hospitalizações, entre outros, fazem parte desta etapa da vida, e uma parcela das crianças pode não estar preparada para a resolução destes conflitos, que causam irritação, confusão, incômodo e medo, e acarretam problemas emocionais e comportamentais que podem comprometer seu desenvolvimento. Tais condições de estresse constante podem comprometer as funções fisiológicas, psicológicas e cognitivas da criança, tornando-a mais suscetível para desenvolver outros sintomas e/ou transtornos psicopatológicos como, por exemplo, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, transtornos depressivos e TAs (NARDI; FERREIRA; NEUFELD, 2017).

A literatura indica que os padrões disfuncionais de regulação da emoção (processo por meio do qual os indivíduos influenciam quais emoções experimentam, quando as vivenciam e como essas emoções são vivenciadas e expressas) podem desempenhar um papel crucial no desenvolvimento e manutenção dos sintomas depressivos e de ansiedade na juventude (NARDI; FERREIRA; NEUFELD, 2017).

Oliveira, Antunes e Oliveira (2017) reuniram trabalhos relacionando o processo de senescência à ansiedade, cujo desenvolvimento pode estar ligado à insuficiência de suporte físico social e dificuldades nas relações interpessoais, principalmente em idosos com menor grau de escolaridade ou que apresentem doenças crônicas. Os idosos com ansiedade tendem a possuir níveis significativamente mais elevados de aflição, comprometimento funcional, piora na qualidade de vida e mais busca por consultas de saúde, pelo fato da ansiedade estar intimamente associada com o aumento da mortalidade ser um preditor para maior fragilidade e aumento no número de internações (OLIVEIRA; ANTUNES; OLIVEIRA, 2017).

2.2.2 A ansiedade e os Cuidados com a Saúde

A ansiedade tem características psicológicas e somáticas (palpitações, desconforto no peito, etc.), que foram atribuídas à excitação autonômica e um aumento na pressão arterial (PA). Além disso, o estresse é comumente relacionado à ansiedade, o que aumenta a produção dos níveis circulantes de catecolaminas e, conseqüentemente, provocam resistência à insulina, disfunção endotelial, inflamação e hipertensão, todos contribuintes para doenças cardiovasculares (JOHNSON, 2019).

Os estados de felicidade, raiva e ansiedade em pacientes com hipertensão arterial borderline elevam a PA, revelando forte associação entre a intensidade da ansiedade e a PA diastólica (FONSECA *et al.*, 2009). Padrões de comportamento não saudáveis (por exemplo, tabagismo, dieta não saudável, obesidade e inatividade física) são considerados fatores que aumentam o risco de desenvolver hipertensão e foram associados ao diagnóstico de ansiedade. A hipertensão e ansiedade comórbidas (com ou sem depressão) foram associadas a menor adesão ao tratamento, menores níveis de funcionamento diário, menor qualidade de vida e maiores gastos com a saúde (JOHNSON, 2019). Além do risco de doença cardiovascular, o diagnóstico de ansiedade também foi relacionado ao desenvolvimento de diabetes tipo 2, hiperlipidemia e obesidade (PÉREZ-PIÑAR *et al.*, 2016).

Haines, Imeson e Meade (1987) associaram a ansiedade fóbica à isquemia cardíaca fatal. Foi demonstrado, também, que a hiperventilação induzida pela ansiedade causava espasmo coronário com subseqüente isquemia cardíaca, e que um estado subjacente intenso de distúrbio psicológico e um evento desencadeante podem induzir a ocorrência de arritmias cardíacas (HAINES; IMESON; MEADE, 1987).

O estudo publicado por Kawachi *et al.* (1994) também relacionando tais condições corroborou com os achados clínicos do estudo citado anteriormente, incluindo, ainda, a informação de que o tempo médio para o início do infarto do miocárdio ou angina em pacientes com TA foi de 15,3 anos e o tempo médio para a ocorrência de morte súbita cardíaca foi de 17,5 anos (KAWACHI *et al.*, 1994).

Roest; Zuidersma; De Jonge (2012) realizaram uma meta análise de estudos correlacionando ansiedade e problemas cardíacos, cujos resultados mostraram uma associação entre ansiedade e um aumento de 26% no risco de doença arterial coronariana. A ansiedade também foi especificamente associada à mortalidade cardíaca, com pessoas ansiosas tendo um risco 48% maior de morte cardíaca (ROEST; ZUIDERSMA; DE JONGE, 2012).

Uma revisão de literatura realizada por Naicker *et al.* (2017) analisou os resultados de um estudo envolvendo 1.133 pacientes com diagnóstico de diabetes tipo 2, no qual o risco ajustado de morte foi mais alto para pacientes com sintomas ansiosos comórbidos com diabetes do que no caso de diabetes basal apenas.

Smith, Deschênes e Schmitz (2018) reuniram resultados de 14 estudo, nos quais 6,6% com diagnóstico de ansiedade desenvolveram diabetes incidente. Tal associação se dá provavelmente devido a uma relação entre ansiedade e outros fatores de risco para diabetes. Por exemplo, a ansiedade costuma ser comórbida com outros transtornos psiquiátricos que estão associados ao risco de diabetes, como a depressão, e também está associada a alguns fatores de risco comportamentais, como estilo de vida pouco saudável, distúrbios do sono e obesidade. A ansiedade também está relacionada a várias alterações biológicas que aumentam o risco de diabetes, como inflamação e anormalidades cardiometabólicas (SMITH; DESCHÊNES; SCHMITZ, 2018).

2.2.3 Tratamentos para Ansiedade

De acordo com o estudo da European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), apenas 20% das pessoas com diagnóstico de transtorno de ansiedade procuram ajuda nos serviços de saúde e apenas uma proporção delas recebe tratamento adequado (SARTORI; SINGEWALD, 2019). Devido ao estigma associado aos transtornos mentais, muitos indivíduos afetados se negam a procurar ajuda profissional para sua doença (BANDELOW; MICHAELIS, 2015).

As opções de tratamento atuais são baseadas, principalmente, em psicoterapia e farmacoterapia; no entanto, em casos mais graves, terapias de estimulação cerebral (como terapia eletroconvulsiva, estimulação magnética transcraniana, estimulação do nervo vago e estimulação cerebral profunda) podem ser consideradas (SARTORI; SINGEWALD, 2019). A prática de exercícios físicos, técnicas de hipnose, treinamento autógeno e biofeedback ou métodos de medicina complementar, como acupuntura, osteopatia ou homeopatia, são frequentemente recomendados como fatores coadjuvantes no tratamento da ansiedade (BANDELOW; MICHEALIS; WEDEKIND, 2017).

2.2.3.1 Tratamento Psicoterápico

Todo paciente que apresente sintomas de ansiedade deve ser acolhido e orientado quanto às mudanças fisiológicas e comportamentais que tal transtorno mental acarreta, bem como as opções de tratamento disponíveis. A maioria das abordagens psicoterápicas consiste no tratamento de exposição do paciente às situações que provoquem os sintomas de ansiedade para que estes confrontem seus medos, aprendam a lidar com as emoções e evitem as fugas (BANDELOW; MICHEALIS; WEDEKIND, 2017).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma das primeiras escolhas de psicoterapia para o TAG (ZUARDI, 2017), TAS (DEWES *et al.*, 2010), TP e AF (ZUARDI, 2017). É uma terapia de curto prazo, focalizada diretamente no problema. Tem como objetivo a correção das distorções cognitivas que o indivíduo tem de si mesmo, do mundo e do futuro, e busca organizar a perturbação no pensamento que está por trás dos transtornos, identificando e trabalhando três níveis de cognições: pensamentos automáticos (pensamentos exagerados, distorcidos, equivocados, irrealistas ou disfuncionais, e moldam tanto as emoções como as ações do indivíduo em resposta aos eventos da vida); pressupostos subjacentes (regras, padrões, normas, premissas e atitudes que guiam a nossa conduta) e crenças nucleares ou centrais (ideias e conceitos mais enraizados e fundamentais acerca de nós mesmos, das pessoas e do mundo); visando o equilíbrio biopsicossocial do indivíduo (KNAPP, 2007; MOURA *et al.*, 2018). Deve-se ressaltar que a TCC, para ter êxito, implica em algumas atitudes do paciente, como: alto grau de motivação, capacidade de auto-observação, disponibilidade de tempo e outros recursos (ZUARDI, 2017).

2.2.3.2 Tratamento Farmacológico

Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs), como citalopram, sertralina e fluoxetina; e inibidores da recaptação da serotonina-noradrenalina (IRSNs), como venlafaxina, são considerados os tratamentos farmacológicos de primeira linha para a maioria dos transtornos de ansiedade, e geralmente levam entre 2 e 6 semanas para produzir uma melhora de pelo menos 25% na gravidade dos sintomas, porém não podem ser usados como uma intervenção ansiolítica aguda pois não possuem efeito imediato (FARACH *et al.*, 2012; BANDELOW; MICHEALIS; WEDEKIND, 2017; SARTORI; SINGEWALD, 2019).

Estudos mostram que os antidepressivos tricíclicos (ADTs) têm eficácia semelhante aos ISRSs para transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada, porém, essas são medicações mais fortes e com maior potencial de overdose (FARACH *et al.*, 2012). Os medicamentos mais comuns dessa classe são: Amitriptilina, clomipramina, imipramina e

maprotolina (GORZONI; FABBRI; PIRES, 2012). Os inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), como a tranilcipromina, são eficazes tanto para TP quanto para TAS e são considerados por alguns especialistas como excelentes opções para transtornos de ansiedade graves resistentes ao tratamento, embora tenham o pior perfil de efeitos colaterais (FARACH *et al.*, 2012; GORZONI; FABBRI; PIRES, 2012).

Os benzodiazepínicos (BDZ) foram introduzidos para a prática clínica na década de 1960 (SARTORI; SINGEWALD, 2019) e são bastante utilizados para controle de sintomas somáticos de ansiedade devido ao seu potente e rápido efeito, além de suas propriedades sedativas, amnésicas, anticonvulsivantes, relaxantes musculares e aditivas; no entanto, o uso crônico de benzodiazepínicos está associado à dependência fisiológica, prejuízo cognitivo e psicomotor de curto prazo e ansiedade de rebote após a descontinuação, o que pode causar certa resistência ao tratamento por parte do paciente (ANDREATINI; BOERNGEN-LACERDA; ZORZETTO FILHO, 2001; FARACH *et al.*, 2012; NALOTO *et al.*, 2016; SARTORI; SINGEWALD, 2019). Quanto ao seu uso terapêutico prolongado, o efeito ansiolítico dos BZD pode ser visto nas primeiras seis semanas, sendo esse período de tratamento suficiente para até 50% dos pacientes, embora a maioria apresente recaída após a retirada do medicamento (que deve ser gradual) (ANDREATINI; BOERNGEN-LACERDA; ZORZETTO FILHO, 2001). Os benzodiazepínicos podem ser divididos quanto ao período de meia vida:

- I. Longa (40 a 250h): Diazepam;
- II. Curta a intermediária (12 a 40h): Alprazolam, Bromazepam, Clonazepam, Estazolam, Lorazepam e Nitrazepam;
- III. Curta (1 a 12h): Midazolam (NALOTO *et al.*, 2016).

Possui ação praticamente limitada ao SNC, provocando discreta diminuição da PA e esforço cardíaco. É importante lembrar que essas drogas causam um ligeira depressão na frequência da respiração, devendo ser utilizadas com precaução em pacientes com problemas pulmonares e insuficiência respiratória (COGO *et al.*, 2006; ANDRADE, 2014). Andrade (2014) também contraindica para portadores de glaucoma de ângulo estreito, portadores de miastenia grave, gestantes (primeiro trimestre e ao final da gestação), crianças com comprometimento físico ou mental severo, pacientes com história de hipersensibilidade aos benzodiazepínicos, pacientes com diagnóstico de apneia do sono e etilistas (ANDRADE, 2014).

O lorazepam é indicado para pacientes com funções hepáticas comprometidas pois não sofrem metabolização hepática e não apresentam metabólitos ativos (ANDREATINI;

BOERNGEN-LACERDA; ZORZETTO FILHO, 2001), enquanto o midazolam é preferivelmente empregado como ansiolítico e sedativo no pré-operatório devido à sua rápida absorção, ao início dos efeitos e à curta meia vida de eliminação (NALOTO *et al.*, 2016).

Os betabloqueadores e as azapironas têm ainda menos utilizações. Os betabloqueadores geralmente são prescritos como agentes de dose única para ansiedade relacionada ao desempenho porque eles podem reduzir os sintomas físicos periféricos (por exemplo, palpitações e tremores de mãos), mas não afetam os sintomas cognitivos e emocionais de ansiedade. As azapironas são pouco utilizadas, pois o TAG é o único transtorno de ansiedade em que estas têm demonstrado eficácia de forma consistente, porém, como o TAG geralmente inclui um componente de depressão, os medicamentos antidepressivos são a melhor escolha de tratamento (FARACH *et al.*, 2012).

3 DISCUSSÃO

3.1 A ODONTOLOGIA E O PACIENTE COM ANSIEDADE

O medo e a ansiedade estão lado a lado no cotidiano odontológico. Estes causam reações emocionais, antes e/ou durante o tratamento, que envolvem fatores comportamentais, cognitivos e fisiológicos (CHAVES *et al.*, 2006). Um estado de ansiedade e medo pode ser gerado por uma simples visita ao dentista, seja por experiência odontológica anterior desagradável, seja própria ou de terceiros, medo da dor ou insegurança ante o desconhecido, pelos equipamentos e instrumentos utilizados no atendimento ou até mesmo pela sensação de ter parte do corpo invadido por alguém.

O próprio ambiente do consultório pode ser considerado ansiogênico, e tal estado baixa o limiar de percepção da dor e, embora a dor seja determinada por um processo fisiológico, ela também tem um forte componente cognitivo, e as pessoas com ansiedade dentária podem ter expectativas e percepções de dor exageradas, o que faz com que o paciente ignore os problemas orais e procure atendimento apenas em casos emergenciais, que geralmente exige um tratamento mais invasivo e, conseqüentemente, mais traumático.

Essa evasão do atendimento odontológico não prejudica apenas fatores locais ou estéticos, mas também pode causar perturbações do sono, baixa autoestima e distúrbios psicológicos e sociais. Tais manifestações fazem parte de um conjunto de sinais e sintomas conhecidos como ansiedade odontológica ou odontofobia (CHAVES *et al.*, 2006;

POSSOBON *et al.*, 2007; CARVALHO *et al.*, 2012; PEREIRA *et al.*, 2013; WIDE BOMAN *et al.*, 2013; ARMFIELD; HEATON, 2013; CARTER *et al.*, 2014; APPUKUTTAN, 2016).

De acordo com o DSM-5, a ansiedade odontológica é uma fobia específica, caracterizada pelo comportamento de fuga frente ao medo da situação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). O paciente com sinais de ansiedade e medo apresenta alguns sinais e manifestações que podem ser identificados no momento da consulta ou realização do procedimento, como: queixa verbal, inquietação, agitação, midríase, palidez da pele, transpiração excessiva, sensação de formigamento das extremidades, hiperventilação, aumento da PA e da frequência cardíaca, choro, distúrbios gastrintestinais, movimentos espasmódicos e hipossalivação (MEDEIROS *et al.*, 2013; BARASUOL *et al.*, 2016). Evitar atendimento odontológico também pode ser um aspecto de alguma outra condição, como medo de avaliação social (fobia social), medo de germes (transtorno obsessivo-compulsivo), medo de ficar longe da segurança de casa (transtorno do pânico com ou sem agorafobia) e/ou até mesmo a depressão (ARMFIELD; HEATON, 2013). Outros fatores que parecem influenciar na presença da ansiedade ao tratamento odontológico envolvem baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, gênero feminino e idade avançada (CARVALHO *et al.*, 2012; CARTER *et al.*, 2014).

É importante destacar que controlar a dor não é o mesmo que controlar a ansiedade e o medo do paciente; por exemplo, a aplicação da anestesia local, mesmo que tenha como finalidade evitar a dor, é considerada por muitos pacientes ansiosos o momento mais estressante do atendimento (ARMFIELD; HEATON, 2013; MEDEIROS *et al.*, 2013). Saber controlar o medo e a ansiedade do paciente é crucial para a continuidade do tratamento, uma vez que, quanto mais incomodado, maior a esquivas quanto ao atendimento (BATISTA *et al.*, 2018).

Dantas *et al.* (2017) detectaram aumento significativo na PA em pacientes ansiosos e apreensivos submetidos a cirurgia oral. Apesar de haver uma discussão sobre a real influência dos anestésicos e vasoconstritores na hemodinâmica, o estresse causado por pequenas cirurgias orais faz com que catecolaminas endógenas (adrenalina e noradrenalina) sejam em quantidade 40 vezes maior que a adrenalina presente no tubo de anestésico local, causando aumento da PA, taquicardia e redução da tolerância à dor.

Em pacientes pediátricos, as manifestações de ansiedade e stress são bastante comuns. Estes manifestam o seu medo através de seu comportamento, como, por exemplo, choro, recusa em abrir a boca, chute, vômitos, na tentativa de evitar o atendimento odontológico. Embora a ocorrência e gravidade das manifestações diminuam a partir dos 6 ou sete anos, elas

ainda precisam ser consideradas, pois a persistência da falta de colaboração de uma criança acima dessa faixa etária pode indicar atrasos no desenvolvimento psicológico (CARDOSO; LOUREIRO, 2005).

Cardoso e Loureiro (2005) avaliaram os níveis de stress e problemas comportamentais de crianças saudáveis na faixa de seis a onze anos e cinco meses submetidas a tratamento odontológico com e sem necessidade de contenção física, e constataram que crianças que colaboraram espontaneamente com o tratamento apresentavam menos indicadores de estresse e mais sociabilidade, ao passo que o grupo de crianças que necessitou de contenção física tinha um perfil mais agressivo e maiores manifestações de estresse, bem como presença de outros problemas como asma, crises respiratórias e dificuldade de fala. Também é bastante comum que pais ansiosos transmitam seu estresse aos seus filhos, o que pode resultar em comportamento não colaborador por parte da criança. Por isso, é importante orientar os pais em relação a conduta e como atuar a favor do atendimento (SHITSUKA; FRIGGI; VOLPINI, 2019).

Além da dificuldade durante o atendimento de crianças e adultos ansiosos e evitação das consultas de rotina, outros problemas orais relacionados à ansiedade também devem ser citados. Oliveira *et al.* (2015) relacionaram bruxismo a manifestações de ansiedade em crianças. Nesse estudo, as crianças que apresentavam bruxismo eram mais inquietas, nervosas, preocupadas e apresentavam maior quantidade de queixas espontâneas de esquecimento e lacunas de memória (OLIVEIRA *et al.*, 2015). O bruxismo pode ser definido como uma disfunção musculoesquelética de origem multifatorial, incluindo fator psicológico, caracterizada pela intensidade e pela repetição periódica de apertar e ranger os dentes, o que confere ao hábito parafuncional uma grande capacidade de destruição dentária, sensibilidade nos músculos da mastigação à palpação ao despertar, dores de cabeça, hipertrofia muscular do masseter e hipersensibilidade ou sons audíveis na Articulação Têmporomandibular (ATM) (CARVALHO *et al.*, 2020). Polmann *et al.* (2019) realizaram uma revisão sistemática de estudos envolvendo bruxismo e ansiedade em pacientes adultos e não chegaram a um consenso em relação aos resultados conflitantes, no entanto, manifestações como sensibilidade ao estresse, expectativa ansiosa e sintomas de pânico foram observados com mais frequência em pacientes com bruxismo noturno em dois estudos (POLMANN *et al.*, 2019); já Ahlberg *et al.* (2013) relacionaram bruxismo autorrelatado a estados psicológicos de ansiedade e estresse severo.

As Desordens Temporomandibulares (DTMs) também têm sido associadas à ansiedade. As DTMs são definidas como um grupo de afecções musculoesqueléticas e

neuromusculares envolvendo as articulações temporomandibulares (ATM), músculos mastigatórios e todos os tecidos associados, que causam dores de origem não dentária na região orofacial, limitação ou desvio da abertura mandibular e ruídos articulares (TON *et al.*, 2020).

Um estudo envolvendo 3538 adolescentes realizado por Motta *et al.* (2015) concluiu que existe uma correlação positiva entre o grau de DTM e o nível de ansiedade (dentre os adolescentes com DTM, 80,8% mostraram-se ansiosos), além de que os níveis altos de ansiedade do adolescente aumentam a chance de desenvolver DTM em três vezes. O estudo também apontou que mulheres estavam mais propensas a desenvolver DTM quando comparadas aos homens (MOTTA *et al.*, 2015). Ton *et al.* (2020) avaliaram 714 estudantes universitários e constataram a prevalência de DTM leve e ansiedade moderada nos envolvidos no estudo, no qual 68,63% foram classificados como portadores de DTM. Tal estudo também relacionou a prevalência de DTM ao sexo feminino (TON *et al.*, 2020).

Apesar da ansiedade odontológica apresentar uma barreira à realização de um tratamento odontológico de qualidade, é importante ressaltar que a falta de cuidados orais pode resultar em problemas de saúde mais sérios como abscessos periapicais, osteomielites faciais, sinusites e sepse. Tratar pacientes ansiosos também é estressante para o dentista, devido à menor cooperação, requerendo mais tempo e recursos de tratamento, porém, a função principal do CD é manter uma boa condição de saúde bucal de seu paciente e, para tanto, necessita avaliá-lo em visitas preventivas frequentes, é essencial que este saiba identificar as manifestações de ansiedade e estresse, lidar com o paciente ansioso e conhecer as técnicas e estratégias disponíveis para possibilitar um atendimento pleno e completo (POSSOBON *et al.*, 2007; MURRER; FRANCISCO, 2015; APPUKUTTAN, 2016).

3.2 O MANEJO DO PACIENTE ANSIOSO

O profissional deve ter o cuidado de observar a intensidade e origem da ansiedade do paciente a fim de escolher o melhor manejo, diminuir o impacto emocional e conquistar a sua confiança (PEREIRA *et al.*, 2013), bem como evitar problemas no momento do diagnóstico. Eli (1993) relatou erro diagnóstico em um caso clínico envolvendo uma paciente extremamente ansiosa, cujo medo e estresse influenciou na percepção da dor diante de um teste térmico e elétrico em um dente com necrose pulpar. Sensação de frio na barriga, taquicardia, sudorese, náuseas, tonturas, palpitações, tremores visíveis, tremores das mãos, pontadas no peito, sensação de fraqueza, diarreias, sensação de alfinetadas nos dedos dos pés

e das mãos e ao redor da boca e hiperventilação são sinais clínicos de que o paciente pode estar passando por um estado de ansiedade (PEREIRA *et al.*, 2013).

Uma das maneiras mais utilizadas no diagnóstico das manifestações de ansiedade no âmbito da Odontologia é através da aplicação de um questionário elaborado por Corah (1968), conhecido como Escala de Corah ou Dental Anxiety Scale (DAS). A escala permite definir o nível da ansiedade do paciente a partir da soma das pontuações obtidas nas respostas às perguntas do questionário abaixo (CORAH, 1968; CHAVES *et al.*, 2006; PRESOTO *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2012; APPUKUTTAN, 2016):

Quadro 1: Questionário da escala de ansiedade odontológica de Corah.

<p>1. Se você tivesse que ir ao dentista amanhã, como se sentiria?</p> <ul style="list-style-type: none">a) Tudo bem, não me importaria.b) Ficaria ligeiramente preocupado.c) Sentiria um maior desconforto.d) Estaria com medo do que poderá acontecer.e) Ficaria muito apreensivo, não iria nem dormir direito.
<p>2. Quando se encontra na sala de espera do ambulatório, esperando ser chamado pelo dentista, como se sente?</p> <ul style="list-style-type: none">a) Tranquilo, relaxado.b) Um pouco desconfortável.c) Tenso.d) Ansioso ou com medo.e) Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal.
<p>3. Quando você se encontra na cadeira do dentista aguardando que ele inicie os procedimentos de anestesia local, como se sente?</p> <ul style="list-style-type: none">a) Tranquilo, relaxado.b) Um pouco desconfortável.c) Tenso.

<p>d) Ansioso ou com medo.</p> <p>e) Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal.</p>
<p>4. Você está na cadeira do dentista, já anestesiado. Enquanto aguarda o dentista pegar os instrumentos para iniciar o procedimento, como se sente?</p> <p>a) Tranquilo, relaxado.</p> <p>b) Um pouco desconfortável.</p> <p>c) Tenso.</p> <p>d) Ansioso ou com medo.</p> <p>e) Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal.</p>

Fonte: Adaptado de CORAH, 1968; CHAVES *et al.*, 2006; e CARVALHO *et al.*, 2012.

As respostas são quantificadas sendo a = 1, b = 2, c = 3, d = 4, e = 5 e aplicadas à tabela abaixo para se obter a classificação do grau de ansiedade.

Tabela 1: Classificação do grau de ansiedade segundo a escala de Corah.

PONTUAÇÃO	GRAU DE ANSIEDADE
ATÉ 4 PONTOS	Nulo
DE 5 A 10 PONTOS	Baixo
DE 11 A 15 PONTOS	Moderado
DE 16 A 20 PONTOS	Exacerbado

Fonte: Adaptado de CORAH, 1968; CHAVES *et al.*, 2006; e PEREIRA *et al.*, 2013.

Conforme critérios de Corah (1968), a soma dos valores de cada questão poderá variar de 4 a 20 pontos, onde abaixo de 4 é considerado nulo, de 5 a 10 é considerado baixo, de 11 a 15 é moderado e acima de 16 o paciente é definido como extremamente ansioso (CORAH, 1968; PEREIRA *et al.*, 2013; APPUKUTTAN, 2016). É importante destacar que, geralmente, o nível de ansiedade aumenta conforme a complexidade do tratamento odontológico a ser realizado (CHAVES *et al.*, 2006). Indica-se a realização do questionário logo no primeiro atendimento do paciente (CHAVES *et al.*, 2006; PEREIRA *et al.*, 2013), pois é essencial no

processo de manutenção da saúde bucal. A deterioração da saúde oral pode levar a um ciclo vicioso de evitação do atendimento, uma vez que, além de a evolução das doenças orais exigir tratamentos mais invasivos e, conseqüentemente, mais associados à dor, também pode provocar timidez, insegurança, culpa e constrangimento em decorrência do agravo da saúde bucal (CHAVES *et al.*, 2006; KANEGANE *et al.*, 2006; APPUKUTTAN, 2016). Medidas objetivas, como a aferição da frequência cardíaca e PA e verificação dos níveis de saturação de oxigênio, podem ser aliadas à escala de Corah a fim de oferecer um diagnóstico mais preciso (BARASUOL *et al.*, 2016). Uma vez definido o grau da ansiedade do paciente, é necessário aliviar seus sintomas de forma que estes fiquem motivados a longo prazo para futuras consultas odontológicas.

3.2.1 Abordagem não Farmacológica

O CD deve tentar descobrir inicialmente se a ansiedade é relacionada a um procedimento específico, uma experiência ruim ou fruto de um transtorno de ansiedade mais complexo (APPUKUTTAN, 2016). Armfield e Heaton (2013), em sua revisão bibliográfica, destacaram uma boa relação profissional-paciente como a principal chave para a redução das manifestações de medo, estresse e ansiedade, sendo esta responsável pela confiança do paciente no plano de tratamento. Também relataram a importância da empatia do profissional e escuta eficaz deste, e também pela comunicação verbal explícita pelo CD em relação à prevenção da dor. Esse vínculo de compreensão, confiança e segurança formado entre profissional e paciente é chamado de iatrosedação (ARMFIELD; HEATON, 2013). Assim como já recomendado por Armfield e Heaton (2013), Appukuttan (2016) também inclui técnicas de relaxamento muscular e controle respiratório no manejo do paciente ansioso (APPUKUTTAN, 2016).

Quando a ansiedade odontológica é fruto de um transtorno ansioso, o tratamento multidisciplinar envolvendo um psicólogo ou até mesmo um psiquiatra é indicado, a fim de estabelecer o melhor plano de tratamento para o paciente (APPUKUTTAN, 2016). A abordagem multidisciplinar geralmente se baseia em princípios de aprendizagem, aprendizagem social e teoria cognitiva. As terapias comportamentais, como a TCC, são as formas mais comuns de tratamento para ansiedade relacionada a situações e objetos particulares, sendo, muitas vezes, o tratamento proposto pelo psicólogo como terapia combinada para a dessensibilização sistemática do paciente ao ambiente odontológico (WIDE BOMAN *et al.*, 2013). É importante ressaltar que, em caso de fobia proveniente de um

transtorno psicológico maior, o profissional que guia o plano de tratamento é o psicólogo (APPUKUTTAN, 2016).

O próprio ambiente odontológico, se não for totalmente planejado, pode causar a emissão de respostas emocionais nos pacientes (BATISTA *et al.*, 2018). Appukuttan (2016) discorreu sobre o papel do ambiente do consultório odontológico como gatilho para os sentimentos ruins no paciente. O autor destaca a importância do acolhimento desde a recepção e organização para que o paciente não tenha que esperar muito pelo atendimento, a fim de criar uma atmosfera segura e não ameaçadora, e destaca também a aromaterapia e musicoterapia como estratégias de redução dos sintomas ansiosos desde o início do atendimento (APPUKUTTAN, 2016).

Lehrner *et al.* (2005) relataram um nível mais baixo de ansiedade-estado, um humor mais positivo e um nível mais alto de calma em pacientes expostos a odor de laranja ou lavanda no ambiente odontológico em comparação com os pacientes do grupo controle. Zabirunnisa *et al.* (2014) também relataram redução dos níveis de ansiedade em pacientes expostos ao aroma ambiente de óleo de lavanda em consultório odontológico, corroborando com outros estudos que atestaram as propriedades sedativas dos óleos essenciais naturais.

Mejía-Rubalcava *et al.* (2015) constatou uma diminuição nas concentrações de cortisol salivar em pacientes expostos a terapia musical antes do atendimento odontológico, indicando diminuição do estresse e demonstrando o efeito favorável da musicoterapia sobre a ansiedade. Rangel e Silva (2016) obtiveram redução da agitação em bebês de 0 a 36 meses durante atendimento odontológico com música instrumental de ninar ambiente. No estudo, a maioria dos bebês esteve atento à música durante o atendimento, e treze deles perceberam a interrupção da mesma durante o experimento.

Tshiswaka e Pinheiro (2020) defendem o uso da musicoterapia durante o atendimento como uma ferramenta de relaxamento no tratamento odontológico após constatarem redução da frequência cardíaca em crianças de 5 a 11 anos submetidas a atendimento com música acústica ao vivo.

Appukuttan (2016) também destaca como fatores influenciadores da redução da ansiedade e estresse em pacientes o uso de luzes e temperaturas amenas no ambiente odontológico. Outros fatores importantes ressaltados pelo autor são a comunicação não-verbal (olho no olho, toques a fim de transmitir segurança) e a transparência do CD em relação ao tratamento proposto. O paciente deve compreender todas as etapas e justificativas do tratamento a ser realizado, bem como ter suas dúvidas sanadas pelo profissional, tanto antes quanto durante o procedimento, e deve-se também evitar garantias falsas. É importante dar

espaço ao paciente para que este relate qualquer desconforto para que a confiança profissional-paciente seja estabelecida.

Existem algumas técnicas de manejo comportamental utilizadas em odontopediatria a fim de condicionar a criança ao ambiente. São essas:

- a) Dizer-mostrar-fazer: explicações verbais seguidas de demonstração visual e tátil dos procedimentos, buscando tranquilizar o paciente infantil, deixando-o à vontade e, conseqüentemente, promovendo educação em saúde oral;
- b) Controle de voz: o volume e o tom da voz deverão ser adaptados conforme a necessidade, instruindo de forma clara e sucinta e estabelecendo, então, um guia para o comportamento desejado. A entonação deve ser utilizada com o intuito de atrair a atenção da criança e a expressão facial do profissional também deve refletir atitude de confiança;
- c) Distração: tem como principal objetivo desviar a atenção da criança para evitar um possível desconforto com algo do qual ela possa vir a ter receio, utilizando-se de músicas, vídeos, conversas sobre assuntos aleatórios e histórias infantis;
- d) Reforço Positivo: técnica de motivação do comportamento positivo da criança que visa recompensar comportamentos desejados com gestos positivos, elogios, lembrancinhas, brinquedos ou até mesmo um simples balão com a luva de procedimento;
- e) Modelo: utilização de vídeos ou outra criança colaboradora, servindo de modelo para o paciente que está tendo o primeiro contato com o dentista ou já teve alguma experiência traumática (ARMPFIELD; HEATON, 2013; SILVA *et al.*, 2016).

Armfield e Heaton (2013) ainda recomendam técnicas que deem ao paciente a sensação de controle da situação, como combinar com este um sinal para que o atendimento seja pausado por alguns instantes e o paciente possa se recompor. Além disso, o próprio CD pode realizar pequenas pausas quando perceber que os sintomas de ansiedade se apresentam exacerbados no decorrer dos procedimentos. Atitudes como essa aumenta a confiança do paciente no profissional e facilita sua adaptação ao atendimento odontológico (ARMPFIELD; HEATON, 2013). Pacientes adultos com ansiedade odontológica severa e não colaboradores mesmo quando o CD lança mão das formas de manejo disponíveis, podem ser encaminhados para profissionais ou clínicas especialistas em pacientes especiais, que geralmente oferecem atendimento odontológico adaptado, incluindo diferentes tipos de sedação e, em um grau

variável, intervenções comportamentais para o tratamento da ansiedade odontológica (WIDE BOMAN *et al.*, 2013).

3.2.2 Abordagem Farmacológica

3.2.2.1 Sedação oral

Em alguns casos pode ser necessária a inclusão de um componente farmacológico no atendimento, principalmente em casos em que não há tempo disponível para a dessensibilização do paciente ou quando o paciente se recusa a se submeter a abordagens não-farmacológicas. (ARMPFIELD; HEATON, 2013; APPUKUTTAN, 2016) A American Dental Association (ADA) classificou os diferentes graus de sedação em odontologia como mínima, moderada e profunda. A sedação mínima pode ser obtida através de medicação oral ou inalação de uma mistura de óxido nitroso e oxigênio e, embora as funções cognitivas e de coordenação motora se encontrem discretamente afetadas, as funções respiratórias e cardiovasculares permanecem inalteradas. A sedação moderada envolve a combinação de vários agentes sedativos e o uso de sedativos por via intravenosa (IV) e a sedação profunda (anestesia geral) é obtida com altas doses de sedativos por via oral, inalatória ou parenteral (ANDRADE, 2014).

De acordo com Appukuttan (2016), os BDZs são os ansiolíticos mais utilizados na sedação mínima dentro do âmbito da odontologia, por conta de suas propriedades ansiolíticas, sedativo-hipnóticas, anticonvulsivantes e relaxantes da musculatura esquelética (APPUKUTTAN, 2016). Andrade (2014) destaca como outra vantagem seu efeito redutor do fluxo salivar e do reflexo do vômito (ANDRADE, 2014). Além disso, eles também têm influência mínima na respiração e na função cardiovascular; e podem elevar indiretamente o limiar de dor do paciente (ALZHRANI; WYNE, 2012). Também podem produzir dois fenômenos: efeitos paradoxais (ao invés da sedação esperada, o paciente apresenta excitação, agitação e irritabilidade, geralmente em crianças e idosos) e amnésia retrógrada (esquecimento dos fatos que ocorreram no pico de atividade do medicamento). Alguns profissionais consideram a amnésia retrógrada um fator positivo, pois o paciente não se lembrará do procedimento traumático passado o efeito da medicação; porém, sua desvantagem é que o paciente pode não se lembrar de orientações dadas durante ou logo após o atendimento. Esse efeito é mais comum com o uso do midazolam e do lorazepam (ANDRADE, 2014).

Os BDZs mais comumente utilizados na Odontologia são: diazepam, midazolam, lorazepam, alprazolam e triazolam (NÓIA; ORTEGA-LOPES; MAZZONETTO, 2011; WEISSHEIMER *et al.*, 2016).

O diazepam é um BDZ cuja sedação varia de leve a moderada e sua propriedade ansiolítica é maior do que sua capacidade de sedação. Tem início de ação entre 45 a 60 minutos e tempo de meia-vida plasmática entre 24 e 72 horas, sendo assim, o protocolo para adultos varia de 5 a 10mg e para idosos recomenda-se 5mg, 1 hora antes do atendimento, podendo incluir a mesma dose na noite anterior à consulta em pacientes extremamente ansiosos. Para crianças, são sugeridas dosagens que variam de 0,2 a 0,5mg/kg de peso corporal. O diazepam e o midazolam são os únicos BDZs liberados para uso em pacientes infantis. Não é recomendado para idosos pois seu efeito sedativo é prolongado e pelo risco de apresentar efeitos paradoxais, o que pode facilitar a ocorrência de acidentes nesses pacientes (COGO *et al.*, 2006; ALZHRANI; WYNE, 2012; ANDRADE, 2014; WEISSHEIMER *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2019).

O midazolam é o medicamento de escolha para pequenas cirurgias, especialmente em crianças, por apresentar efeitos mais rápidos e duração menor do que outros medicamentos. Tem seu início de ação após 30 minutos, com uma duração de efeito de aproximadamente 2 a 4 horas. A dose recomendada é de 7,5 a 15 mg em adultos, 7,5 mg em idosos (COGO *et al.*, 2006; ANDRADE, 2014; SANTOS *et al.*, 2019). Cogo *et al.* (2006) recomenda uma dose de 0,2 a 0,6 mg/kg em crianças; já para Andrade (2014) e Santos *et al.* (2019), a dose de recomendação é 0,25 a 0,5 mg/kg. O midazolam deve ser administrado como um protocolo na realização de procedimentos odontológicos em pacientes cardíacos (SANTOS *et al.*, 2019).

O lorazepam é o medicamento de escolha para idosos por ter pouca chance de apresentar efeitos paradoxais e por ter curta duração do efeito (2-3 horas), porém, como desvantagem, o tempo necessário para o início de efeito do lorazepam é mais longo, levando de 1 a 2 horas (ANDRADE, 2014; SANTOS *et al.*, 2019). A dose recomendada para adultos é de 1 mg a 2 mg, e em pacientes geriátricos recomenda-se a administração de 1 mg. Não é recomendado para crianças (ANDRADE 2014).

O alprazolam tem a maior atividade ansiolítica, principalmente em pacientes com ansiedade generalizada grave e/ou crises de pânico, e possui meia-vida curta, efeito rápido e facilidade de uso, constituindo uma boa alternativa ao midazolam; no entanto, muitos autores consideram uma desvantagem sua menor incidência de amnésia retrógrada, além de ter tempo de início do efeito mais prolongado. Também apresenta menores taxas de efeitos paradoxais. Sua dose usual é de 0,5 a 0,75 mg para adultos, 0,25 a 0,5 mg para idosos e, para crianças, o

Alprazolam não é indicado. Suas maiores concentrações plasmáticas são obtidas 1 a 2 horas após sua administração e seu efeito dura de 1 a 2 horas também (COGO *et al.*, 2006; ANDRADE, 2014; WEISSHEIMER *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2019).

O triazolam, comparado com outros benzodiazepínicos, tem um início de ação rápido e uma curta duração de ação. As doses usuais utilizadas por via oral são 0,125 a 0,25 mg para adultos, 0,06 a 0,125 mg para idosos e, para crianças, não é recomendado. Esse medicamento seria ideal para uso em idosos devido ao seu rápido início de ação e curta duração de ação, mas não está disponível comercialmente no Brasil (SANTOS *et al.*, 2019).

A sedação IV envolve a administração de agentes sedativos, geralmente um benzodiazepínico (por exemplo, diazepam ou midazolam) sozinho ou em combinação com um opioide (por exemplo, fentanil ou demerol), diretamente no compartimento vascular, e requer treinamento avançado adicional. Uma das vantagens dessa técnica é o aumento da eficácia em relação à sedação oral ou inalatória (APPUKUTTAN, 2016). A escolha da sedação profunda como método farmacológico deve ser feita em último caso ou em casos onde não seja possível realizar o procedimento utilizando outra abordagem, pois não há evidências de que a cirurgia realizada sob anestesia geral forneça qualquer benefício ao paciente altamente ansioso além de atender às suas necessidades imediatas de tratamento, podendo inclusive provocar repercussões negativas, como aumento do medo e ansiedade (ARMPFIELD; HEATON, 2013). Os efeitos adversos mais comuns são sonolência, incoordenação motora, diminuição da velocidade de raciocínio, confusão e tosse (NÓIA; ORTEGA-LOPES; MAZZONETTO, 2011).

3.2.2.2 Sedação Inalatória

Segundo PICCIANI *et al.* (2014):

O óxido nitroso (N₂O) é um gás incolor, de cheiro adocicado, com baixa solubilidade sanguínea, que rapidamente é difundido através das membranas alveolares, elevando as concentrações alveolar e cerebrais em segundos. A primeira saturação do sangue e do cérebro com N₂O ocorre de 3 a 5 minutos após o início do uso, devido à rápida substituição de N₂ por N₂O dos alvéolos e do sangue. O N₂O possui efeito ansiolítico, relaxante e levemente analgésico, auxiliando no tratamento de pessoas que possuem histórico de experiência negativa com algum tipo de tratamento dentário. O real efeito do N₂O no sistema nervoso central (SNC) ainda não está totalmente esclarecido, sendo relatado depressão do SNC, principalmente no córtex cerebral.

A sedação consciente com uso do óxido nitroso e oxigênio (N₂O/O₂) é uma opção de abordagem farmacológica que foi regulamentada no Brasil em 2004 e, desde então, vem sendo aplicada no dia a dia clínico por profissionais habilitados. É realizada em consultório, onde o paciente permanece acordado e responsivo, sem necessidade de intubação, ajuda a manter a PA e glicemia em níveis aceitáveis, e promove relaxamento, bem-estar e controle do comportamento do paciente, bem como uma resposta psicológica positiva ao tratamento e retorno ao estado de consciência igual ao pré-tratamento, quando o mesmo é finalizado, e aumenta o limiar de dor (CZLUSNIAK; REHBEIN; REGATTIERI, 2007; PICCIANI *et al.*, 2014). Pode ser utilizada para tratamento de pacientes odontopediátricos, ansiosos, portadores de doenças cardiovasculares, doenças respiratórias não obstrutivas, doenças hepáticas, oncológicas, renais, com distúrbios neurológicos, distúrbios endócrinos, pacientes alérgicos, pacientes portadores de desordens nutricionais, leucêmicos e anêmicos (LADEWIG *et al.*, 2016).

Picciani *et al.* (2014) apresentou um caso clínico de uma paciente extremamente odontofóbica que necessitava de várias intervenções cirúrgicas orais, mas já havia passado por 7 profissionais e não conseguiu colaborar com nenhum. Apesar de manifestar todos os sintomas de ansiedade grave durante a anamnese, a paciente se adaptou com a máscara de óxido nitroso e oxigênio e os profissionais puderam, enfim, realizar os procedimentos necessários. Os autores relataram diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial em todas as consultas e, após a fase cirúrgica, a paciente não mais necessitou de sedação para a fase protética do tratamento (PICCIANI *et al.*, 2014).

Um estudo realizado por Galeotti *et al.* (2016) com 688 pacientes pediátricos de 4 a 17 anos, não colaboradoras, que necessitavam de procedimentos orais, e foram tratados sob sedação com óxido nitroso e oxigênio. Os autores constataram que a técnica pode ser uma alternativa útil à anestesia geral, e pode reduzir o número de pacientes pediátricos encaminhados a hospitais para a realização dos procedimentos. O uso de sedação consciente com óxido nitroso resultou na conclusão bem-sucedida do tratamento odontológico em 86,3% dos casos (GALEOTTI *et al.*, 2016).

Sivaramakrishnan e Sridharan (2017) conduziram uma revisão de literatura e concluíram que a associação da sedação inalatória e do midazolam é indicada para pacientes muito agitados que tenham problemas com a máscara, pois o midazolam previamente ministrado causa redução da ansiedade causada pela colocação da máscara em pacientes fóbicos. Os autores relatam, também, que a técnica associada diminui a dose necessária da medicação oral e, conseqüentemente, seus efeitos colaterais.

3.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS: INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS

O profissional deve estar atento não somente quanto ao comportamento do paciente ansioso, mas também em relação às possíveis interações medicamentosas decorrentes das drogas utilizadas pelo próprio transtorno de ansiedade ou das medicações administradas dentro do consultório odontológico.

Os benzodiazepínicos, empregados na técnica de sedação mínima ou quando de uso contínuo pelo paciente, podem interagir com outros medicamentos, acarretando efeitos indesejáveis. Os BDZs potencializam o efeito das drogas depressoras do SNC, o que pode causar um possível risco de depressão respiratória; o paciente não deve ingerir álcool 24 horas antes e 24 horas depois do uso de BDZs, pois essa interação também pode provocar uma depressão pronunciada do SNC (ANDRADE, 2014). Em pacientes que fazem uso de antidepressivos tricíclicos deve-se tomar cuidado com altas doses de vasoconstritores como adrenalina, noradrenalina ou fenilefrina, pois a literatura relata efeitos colaterais sobre o sistema cardiovascular, como elevação da pressão arterial e arritmias cardíacas causadas por essa interação. Inibidores da captação de serotonina são capazes de inibir enzimas que participam da metabolização da lidocaína, podendo assim elevar seu potencial tóxico. O vasoconstritor fenilefrina é contraindicado para pacientes que fazem uso de inibidores da MAO, por ser metabolizado por essa enzima (CHIOCA *et al.*, 2010).

4 CONCLUSÕES

Os transtornos e estados ansiosos fazem parte não só do cotidiano de um consultório odontológico, mas do nosso dia a dia como um todo. É importante que esses pacientes sejam compreendidos e seus problemas e dúvidas sanados para que se possa criar uma atmosfera de confiança e segurança entre o CD e o paciente, a fim de que um bom relacionamento facilite o atendimento e o controle de suas emoções.

Sabe-se que o medo de dentistas é antigo e muitas vezes mitológico, uma vez que muitas fobias são irreais ou totalmente passíveis de serem resolvidas com tranquilidade. O terror psicológico acerca do ambiente odontológico já se inicia desde a infância, seja em crianças que não conhecem o ambiente, em casos de experiências traumáticas passadas, ou até mesmo por um medo implantado pelos próprios pais ou responsáveis. A tecnologia e a informação vêm trabalhando a favor da saúde a fim de minimizar o estresse causado por uma

simples consulta, porém, ainda assim, muitos indivíduos não são capazes de relaxar e colaborar com o atendimento.

A literatura é muito rica em estudos de estratégias para o melhor tratamento dos pacientes odontofóbicos, seja por meio de métodos farmacológicos, inalatórios, condicionantes ou até mesmo através de uma abordagem multidisciplinar, quando necessário. O paciente não deve ser observado apenas como uma boca, mas sim como uma pessoa inserida dentro de um universo de complexidades pessoais, e os profissionais da saúde devem estar preparados para recebê-los e oferecer um tratamento seguro, tranquilo e de qualidade.

REFERÊNCIAS

AHLBERG, J.; LOBBEZOO, F.; AHLBERG, K.; MANFREDINI, D.; HUBLIN, C.; SINISALO, J.; KÖNÖNEN, M.; SAVOLAINEN, A. Self-reported bruxism mirrors anxiety and stress in adults. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v. 18, n. 1, p. 7-11, 2013.

ALZHRANI, A.M.; WYNE, A.H. Use of oral midazolam sedation in pediatric dentistry: A review. **Pakistan Oral & Dental Journal**, v.32, n. 3, p. 444-455, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, E.D. **Terapêutica medicamentosa em Odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

ANDREATINI, R.; BOERNGEN-LACERDA, R.; ZORZETTO-FILHO, D. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 233-42, 2001.

APPUKUTTAN, D.P. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry**, v. 8, p. 35-50, 2016.

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.

BANDELOW, B.; MICHAELIS, S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 17, n. 3, p. 327-335, 2015.

BANDELOW, B.; MICHAELIS, S.; WEDEKIND, D. Treatment of anxiety disorders. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 19, n. 2, p. 93-106, 2017.

BARASUOL, J.C.; BUSATO, C.A.; FELIPAK, P.K.; MENEZES, J.V.N.B. Abordagem de pacientes com ansiedade ao tratamento odontológico no ambiente clínico.

Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, v. 70, n. 1, p. 76-81, 2016.

BATISTA, T.R.M.; VASCONCELOS, L.M.R.; VASCONCELOS, M.G.; VASCONCELOS, R.G. Medo e ansiedade no tratamento odontológico: um panorama atual sobre aversão na Odontologia. **Salusvita**, v. 37, n. 2, p. 449-469, 2018.

BRAGA, J.E.F; PORDEUS, L.C.; SILVA, A.T.M.C.; PIMENTA, F.C.F.; DINIZ, M.F.F.M.; ALMEIDA, R.N. Ansiedade patológica: Bases neurais e avanços na abordagem psicofarmacológica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 93-100, 2010.

CARDOSO, C.L.; LOUREIRO, S.R. Problemas comportamentais e stress em crianças com ansiedade frente ao tratamento odontológico. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 5-12, 2005.

CARTER, A.E.; CARTER, G.; BOSCHEN, M.; ALSHWAIMI, E.; GEORGE, R. Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review. **World Journal of Clinical Cases**, v. 2, n. 11, p. 642-653, 2014.

CARVALHO, R.W.F.; FALCÃO, P.G.C.B.; CAMPOS, G.J.L.; BASTOS, A.S.; PEREIRA, J.C.; PEREIRA, M.A.S.; CARDOSO, M.S.O.; VASCONCELOS, B.C.E. Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores preditores em brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1915-1922, 2012.

CARVALHO, G.A.O.; SOUSA, G.P.; PIEROTE, J.J.A.; CAETANO, V.S.; LIMA, D.E.O.; COSTA, I.V.S.; SILVA, F.A.J.C.; LIMA, L.F.C. Ansiedade como fator etiológico do bruxismo - revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-29, 2020.

CASTILLO, ANA REGINA GL ET AL. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 20-23, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 nov. 2020.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 2006.

CHAVES, A.M.; LOFFREDO, L.C.M.; VALSECKI JÚNIOR, A.; CHAVEZ, O.M.; CAMPOS, J.A.D.B. Estudo epidemiológico da ansiedade dos pacientes ao tratamento odontológico. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 35, n. 4, p. 263-68, 2006.

CHIOCA, L.R.; FERNANDEZ SEGURA, R.C.; ANDREATINI, R.; LOSSO, E.M. Antidepressivos e anestésicos locais: interações medicamentosas de interesse odontológico. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 7, n. 4, p. 466-473, 2010.

COGO, K.; BERGAMASCHI, C.C.; YATSUDA, R.; VOLPATO, M.C.; ANDRADE, E.D. Sedação consciente com benzodiazepínicos em Odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 18, n. 2, p. 181-188, 2006.

CORAH, N.L. Development of a dental anxiety scale. **Journal of Dental Research**, v. 48, n. 4, p. 596, 1968.

CZLUSNIAK, G.D.; REHBEIN, M.; REGATTIERI, L.R. Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio (N₂O/O₂): Avaliação clínica pela oximetria. **Ciências Biológicas e da Saúde**, v.13, n. ¾, p. 23-28, 2007.

DANTAS, M.V.M.; NESSO, B.; MITUUTI, D.S.; GABRIELLI, M.A.C. Assessment of patient's anxiety and expectation associated with hemodynamic changes during surgical procedure under local anesthesia. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 46, n. 5, p. 299-306, 2017.

DE JONGE, *et al.* Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. **Depression and Anxiety**, v. 33, n. 12, p. 1155-1177, 2016.

DEWES, D.; OLIVEIRA, M.S.; ANDRETTA, I.; VON MÜHLEN, B.K.; CAMARGO, J.; LEITE, J.C.C. Efetividade da terapia cognitivo-comportamental para os transtornos do humor e ansiedade: uma revisão de revisões sistemáticas. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 2, n. 2, p. 385-397, 2010.

ELI, I. Dental anxiety: a cause for possible misdiagnosis of tooth vitality. **International Endodontic Journal**, v. 26, p. 251-253, 1993.

FARACH, F.J.; PRUITT, L.D.; JUN, J.J.; JERUD, A.B.; ZOELLNER, L.A.; ROY-BYRNE, P.P. Pharmacological treatment of anxiety disorders: Current treatments and future directions. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 26, p. 833-843, 2012.

FONSECA, F.C.A.; COELHO, R.Z.; NICOLATO, R.; MALLOY-DINIZ, L.F.; SILVA FILHO, H.C. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n. 2, p. 128-134, 2009.

GALEOTTI, A.; *et al.* Inhalation conscious sedation with nitrous oxide and oxygen as alternative to general anesthesia in preoperative, fearful, and disabled pediatric dental patients: A large survey on 688 working sessions. **BioMed Research International**, p. 7289310, 2016.

GORZONI, M.L.; FABBRI, R.M.A.; PIRES, S.L. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 4, p. 442-446, 2012.

HAINES, A.P.; IMESON, J.D.; MEADE, T.W. Phobic anxiety and ischaemic heart disease. **British Medical Journal**, v. 295, p. 297-299, 1987.

JOHNSON, H.M. Anxiety and Hypertension: Is There a Link? A Literature Review of the Comorbidity Relationship Between Anxiety and Hypertension. **Current Hypertension Reports**, v. 21, n. 66, p. 1-7, 2019.

KANEGANE, K.; PENHA, S.S.; BORSATTI, M.A.; ROCHA, R.G. Ansiedade ao tratamento odontológico no atendimento de rotina. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 54, n. 2, p.111-114, 2006.

- KAWACHI, I.; SPARROW, D.; VOKONAS, P.S.; WEISS, S.T. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease - The normative aging study. **American Heart Association**, v. 90, n. 5, p. 2225-2229, 1994.
- KNAPP, P. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. 1. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- LADEWIG, V.M.; LADEWIG, S.F.A.M.; SILVA, M.G.; BOSCO, G. Sedação consciente com óxido nítrico na clínica odontopediátrica. **Odontologia Clínico-Científica**, v. 15, n. 2, p. 91-96, 2016.
- LEHRNER, J.; MARWINSKI, G.; LEHR, S.; JOHREN, P.; DEECKE, L. Ambient odors of orange and lavender reduce anxiety and improve mood in a dental office. **Physiology & Behavior**, v. 86, p. 92-95, 2005.
- LEICHSENDRING, F.; LEWEKE, F. Social Anxiety Disorder. **The New England Journal of Medicine**, v. 376, n. 23, p. 2255-2264, 2017.
- LIMA, C.L.S.; *et al.* Bases fisiológicas e medicamentosas do transtorno da ansiedade. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. 1-26, 2020.
- LOCKE, A.B.; KIRST, N.; SHULTZ, C.G. Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. **American Family Physician**, v. 91, n. 9, p. 617-624, 2015.
- MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MEDEIROS, L.A.; RAMIRO, F.M.S.; LIMA, C.A.A.; SOUZA, L.M.A.; FORTES, T.M.V.; GROppo, F.C. Avaliação do grau de ansiedade dos pacientes antes de cirurgias orais menores. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, n. 5, p. 357-363, 2013.
- MEJÍA-RUBALCAVA, C.; ALANÍS-TAVIRA, J.; MENDIETA-ZERON, H.; SANCHEZ-PEREZ, L. Changes induced by music therapy to physiologic parameters in patients with dental anxiety. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 21, p. 282-286, 2015.
- MENEZES, G.B.; FONTENELLE, L.F.; MULULO, S.; VERSIANI, M. Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 2, p. 55-60, 2007.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MOTTA, L.J.; BUSSADORI, S.K.; GODOY, C.L.H.; BIAZOTTO-GONZALEZ, D.A.; MARTINS, M.D.; SILVA, R.S. Disfunção temporomandibular segundo o nível de ansiedade em adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 389-395, 2015.
- MOURA, I.M.; *et al.* A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 9, n. 1, p. 423-441, 2018.

- MURRER, R.D.; FRANCISCO, S.S. Diagnóstico e manejo da ansiedade odontológica pelos cirurgiões-dentistas. **Interação Psicológica**, v. 19, n. 1, p. 37-46, 2015.
- NAICKER, K.; JOHNSON, J.A.; SKOGEN, J.C.; MANUEL, D.; ØVERLAND, S.; SIVERTSEN, B.; COLMAN, I. Type 2 Diabetes and comorbid symptoms of depression and anxiety: longitudinal associations with mortality risk. **Diabetes Care**, v. 40, n. 3, p. 352-358, 2017.
- NALOTO, D.C.C.; LOPES, F.C.; BARBERATO-FILHO, S.; LOPES, L.C.; DEL FIOLO, F.S.; BERGAMASCHI, C.C. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1267-1276, 2016.
- NARDI, P.C.; FERREIRA, I.M.F.; NEUFELD, C.B. Resultados preliminares do Programa PRHAVIDA em crianças com escores clínicos de ansiedade, depressão e estresse. **Contextos Clínicos**, v. 10, n. 1, p. 74-84, 2017.
- NÓIA, C.F.; ORTEGA-LOPES, R.; MAZZONETTO, R. Considerações sobre a utilização dos benzodiazepínicos em Implantodontia. **Revista Implantnews**, v. 8, n. 5, p. 674-677, 2011.
- OLIVEIRA, M.T.; BITTENCOURT, S.T.; MARCON, K.; DESTRO, S.; PEREIRA, J.R. Sleep bruxism and anxiety level in children. **Brazilian Oral Research**, v. 29, n. 1, p. 1-5, 2015.
- OLIVEIRA, D.V.; ANTUNES, M.D.; OLIVEIRA, J.F. Ansiedade e sua relação com a qualidade de vida em idosos: revisão narrativa. **Cinergis**, v. 18, n. 4, p. 316-322, 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10**. Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, v.2, 3. ed. São Paulo: EDUSP, 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Depression and Other Common Mental Disorders: Global health estimates**. Geneva, 2017.
- PEREIRA, V.Z.; BARRETO, R.C.; PEREIRA, G.A.S.; CAVALCANTI, H.R.B.B. Avaliação dos níveis de ansiedade em pacientes submetidos ao tratamento odontológico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 55-64, 2013.
- PÉREZ-PIÑAR, M.; MATHUR, R.; FOGUET, Q.; AVIS, S.; ROBSON, J.; AYERBE, L. Cardiovascular risk factors among patients with schizophrenia, bipolar, depressive, anxiety, and personality disorders. **European Psychiatry**, v. 35, p. 8-15, 2016.
- PICCIANI, B.L.S.; *et al.* Sedação inalatória com óxido nitroso/oxigênio: uma opção eficaz para pacientes odontofóbicos. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 71, n. 1, p. 72-75, 2014.
- POLMANN, H.; DOMINGOS, F.L.; MELO, G.; STUGINSKI-BARBOSA, J.; GUERRA, E.N.S.; PORPORATTI, A.L.; DICK, B.D.; FLORES-MIR, C.; CANTO, G.L. Association between sleep bruxism and anxiety symptoms in adults: A systematic review. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 46, p. 482-491, 2019.

POSSOBON, R.F.; CARRASCOZA, K.C.; MORAES, A.B.A.; COSTA JÚNIOR, A.L. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 3, p. 609-616, 2007.

PRESOTO, C.D.; CIOFF, S.S.; DIAS, T.M.; LOFFREDO, L.C.M.; CAMPOS, J.A.D.B. Escala de ansiedade odontológica: Reprodutibilidade das respostas dadas em entrevistas telefônicas e pessoais. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n. 2, p. 205-210, 2011.

RANGEL, T.A.; SILVA, A.M.L.S. Efeito da música instrumental no comportamento de bebês durante o tratamento odontológico. **ClipeOdonto**, v. 8, n. 1, p. 22-27, 2016.

RIBEIRO, H.K.P.; SANTOS, J.D.M.; MEDEIRO, F.D.A.; FERNANDES, M.A. Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, n. 1, p. 1-8, 2019.

RODRIGUES, M.E.S.; *et al.* Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. **Psico-USF**, v. 17, n. 1, p. 53-62, 2012.

ROEST, A.M.; ZUIDERSMA, M.; DE JONGE, P. Myocardial infarction and generalised anxiety disorder: 10-year follow-up. **The British Journal of Psychiatry**, v. 200, n. 4, p. 324-329, 2012.

SANTOS, M.S.; *et al.* Sedation with oral benzodiazepines in dental practice in cardiac patients: A literature review. Clinical and laboratorial research in dentistry. **Clinical and Laboratorial Research in Dentistry**, v. 1, p. 1-8, 2019.

SARTORI, S.B.; SINGEWALD, N. Novel pharmacological targets in drug development for the treatment of anxiety and anxiety-related disorders. **Pharmacology & Therapeutics**, v. 204, p. 1-33, 2019.

SHITSUKA, C.; FRIGGIE, M.N.P.; VOLPINI, R.M.C. Influência dos pais sobre o comportamento infantil no atendimento odontológico. **Research, Society and Development**, v. 8, n. 7, p. 1-10, 2019.

SILVA, L.F.P.; FREIRE, N.C.; SANTANA, R.S.; MIASATO, J.M. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na odontopediatria. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v. 28, n. 2, p. 135-142, 2016.

SIVARAMAKRISHNAN, G.; SRIDHARAN, K. Nitrous oxide and midazolam sedation: A systematic review and meta-analysis. **Anesthesia Progress**, v. 64, p. 59-65, 2017.

SMITH, K.J.; DESCHÊNES, S.S.; SCHMITZ, N. Investigating the longitudinal association between diabetes and anxiety: a systematic review and meta-analysis. **Diabetic Medicine**, v. 35, n. 6, p. 677-693, 2018.

TIBI, L.; *et al.* An admixture analysis of age of onset in agoraphobia. **Journal of Affective Disorders**, v. 180, p. 112-115, 2015.

TON, L.A.B.; MOTA, I.G.; DE PAULA, J.S.; MARTINS, A.P.V.B. Prevalence of temporomandibular disorder and its association with stress and anxiety among university students. **Brazilian Dental Science**, v. 23, n. 1, p. 1-9, 2020.

TSHISWAKA, S.K.; PINHEIRO, S.L. Effect of music on reducing anxiety in children during dental treatment. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 68, p. 1-8, 2020.

WEI, C.; et al. Assessing anxiety in youth with the Multidimensional Anxiety Scale for Children. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 43, n. 4, p. 566-578, 2013.

WEISSHEIMER, T.; GERZSON, A.S.; SCHWENGBER, H.E.; MENUCCI NETO, A. Benzodiazepines for conscious sedation in the dental office. **Stomatos**, v. 22, n. 42, p. 42-53, 2016.

WIDE BOMAN, U.; CARLSSON, V.; WESTIN, M.; HAKEBERG, M. Psychological treatment of dental anxiety among adults: a systematic review. **European Journal of Oral Science**, v. 121, p. 225–234, 2013.

ZABIRUNNISA, M. GADAGI, J.S.; GADDE, P.; MYLA, N.; KONERU, J.; THATIMATLA, C. Dental patient anxiety: Possible deal with lavender fragrance. **Journal of Research in Pharmacy Practice**, v. 3, n. 3, p. 100-103, 2014.

ZAMIGNANI, D.R.; BANACO, R.A. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005.

ZUARDI, A.W. Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada. **Medicina (Ribeirao Preto)**, v. 50, n. supl.1, p. 51-55, 2017.