FRANCISCO ALÍCIO MENDES

Análise qualitativa da sedação consciente em pacientes odontofóbicos

São Paulo
2012

FRANCISCO ALÍCIO MENDES

Análise qualitativa da sedação consciente em pacientes odontofóbicos

Versão Corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Moacyr Silva

São Paulo

2012

Mendes FA. Análise qualitativa da sedação consciente em pacientes odontofóbicos. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / /2012

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

À Marjory minha amada esposa, amiga de todas as horas, Nickollas, Tamirys e Romullo, meus amados filhos, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho e de toda minha vida com eles.

Aos Meus Pais Alicio e Diva pela vida, carinho e incentivo.

À família Fernandes, nas pessoas de Luiz e Meire, que me acolheram como a um filho.

Aos Meus irmãos Flavio e Fabiana por serem sempre meus primeiros e amados companheiros na vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Moacyr da Silva por me apresentar a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e pela gentileza e amabilidade durante todo o tempo deste curso de Doutorado.

A todos os Professores e funcionários da Disciplina de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pela atenção, prontidão e convivência científica compartilhada.

Aos pacientes da FMendes Odontologia que aceitaram o convite para participarem do trabalho.

Ao Instituto Paulista Do Discurso do Sujeito Coletivo pela sua colaboração na obtenção dos resultados através do programa de computador “Qualiquantisoft”.

À Fundação Rotaria de *Rotary International* pela bolsa a mim oferecida, que abriu os horizontes para a sedação consciente.

À Empresa JG Moriya pelo empréstimo do Oxímetro de pulso para que fosse tornar mais segura a sedação.

Ao Cirurgião-Dentista Níckollas Fernandes Mendes pela prestimosa colaboração.

RESUMO

Mendes A. F. Análise qualitativa sedação consciente em pacientes odontofóbicos [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2012. Versão Corrigida.

O medo ou a ansiedade são emoções frequentemente presentes nos pacientes que nos procuram na clínica odontológica para tratamento odontológico. Estes pacientes são denominados pacientes odontofóbicos. O objetivo deste estudo é avaliar o efeito ansiolítico do Maleato de midazolam e/ou Óxido Nitroso usado para promover sedação consciente nestes pacientes para se observar posteriormente a percepção dos usuários . Foram colhidas suas narrativas descrevendo qual a contribuição do sedativo usado no alívio da ansiedade. O presente estudo foi realizado como pesquisa de campo pautada na técnica da representação social ou discurso do sujeito coletivo proposto por Lefevre et al. (2000). Foram entrevistados de 10 pacientes diagnosticados como odontofóbicos, suas respostas catalogadas e transformadas em resultados qualitativos. De todos os sujeitos da pesquisa, todos aprovaram a utilização de ansiolíticos durantes procedimentos cirúrgicos. Sendo assim, dentro desta amostra, concluímos que a sedação consciente por meio de sedativos é uma excelente forma de se controlar a ansiedade frente ao tratamento odontológico

Palavras-chave: Sedação consciente. Odontofobia. Discurso do Sujeito Coletivo.

ABSTRACT

Mendes AF. Qualitative analysis of conscious sedation in dental phobic patients [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2012. Versão Corrigida.

Fear and anxiety are emotions often present in patients who come to us in the dental clinic for treatment. These patients suffer of dental anxiety. The objective of this study is to evaluate the anxiolytic effects of midazolam maleate and / or Nitrous Oxide used to promote conscious sedation in these patients. We collected the narratives describing the contribution of the sedative used to relieve their anxiety. This study was conducted as a field research based in the technique of representing social or collective subject discourse proposed by Lefevre et al. (2000). We interviewed 10 patients with a dental fear background, their narratives processed in qualitative results. After the surgery all patients described that the procedures were softer than usual, and by this results we can conclude that the use of sedatives in oral surgery should be encouraged.

Keywords: Conscious sedation. Dental anxiety. Qualitative analysis.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ASA	American Society of Anesthesiologists
CAM	Concentração alveolar mínima
DSC	Discurso do sujeito Coletivo
MG	Miligrama
N2O/O2	Óxido nitroso e oxigênio
SP	Sujeitos de Pesquisa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 9

2 REVISÃO DA LITERATURA 11

3 PROPOSIÇÃO 31

4 MATERIAL E MÉTODOS 32

5 RESULTADOS 39

6 DISCUSSÃO 68

7 CONCLUSÕES 74

REFERÊNCIAS 75

ANEXOS 79

APÊNDICE 91

1 INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho é a análise da contribuição da sedação consciente no controle de ansiedade de pacientes odontofóbicos através do método de discurso do sujeito coletivo. O medo ou a ansiedade é um problema frequente na clínica odontológica. O tratamento odontológico pode ser considerado um sério problema para pacientes odontofóbicos (Kanegane et al., 2003). O medo de se submeter a tratamentos odontológicos ou a ansiedade frente a esses tratamentos é denominado, por diversos autores, como ansiedade dental ou odontofobia (Weiner; Sheehan, 1990; Hagglin et al., 1999; Locker et al., 1999; Dailey et al., 2002; Eli et al., 2008; Crofts-Barnes et al., 2010). A odontofobia é um problema universal, com graves efeitos adversos sobre a saúde bucal do paciente, e precisa ser considerado e resolvido pelo profissional na sua clínica odontológica (Kleinhauz et al., 1992).

Em geral o medo é definido como uma resposta individual a um evento perigoso real ou a uma situação perigosa, e este sentimento existe para proteger a vida do indivíduo. Três diferentes termos têm sido usados na literatura quando o paciente tem problemas de aceitar o tratamento odontológico, ou seja, medo do tratamento em si, ansiedade dental, que corresponde ao medo de procurar e frequentar um consultório odontológico e odontofobia. No primeiro caso pode estar relacionada com a realidade presente no ambiente odontológico, com a presença de agulhas, ruídos desagradáveis, a aparelhagem do consultório entre outras possibilidades. No caso da ansiedade, a origem do sentimento não está clara e é ambígua. Entretanto, a resposta emocional individual pode ser a mesma em diferentes situações. Os elementos do medo podem ser divididos em duas categorias: subjetivas, que incluem emoção e conhecimento, e objetivas, que incluem comportamento e reações fisiológicas autônomas. Muitos pacientes tiveram experiências subjetivas desagradáveis durante um primeiro tratamento odontológico, e esta pode ser a principal causa de seu comportamento odontofóbico. Assim sendo, é de suma importância que o profissional tome conhecimento destes sentimentos subjetivos de seu paciente (Aartman et al., 1998; Bay; Algase, 1999).

Para Weiner e Sheehan (1990) indivíduos ansiosos não constituem um grupo homogêneo, mas diferem em termos de origens e/ou manifestações de seus medos quanto ao tratamento dentário. Estes autores sugeriram que indivíduos ansiosos poderiam ser classificados em dois grupos, exógenos e endógenos, com relação à fonte de sua ansiedade. No primeiro, a ansiedade dental é resultado de condicionamento através de experiências traumáticas de tratamentos dentários anteriores ou de aprendizagem vicária (aprendizagem por observação). No segundo grupo, a ansiedade dental teria suas origens em uma vulnerabilidade constitucional de transtornos de ansiedade, que pode ser evidenciada por estados de ansiedade geral, vários medos graves e transtornos de humor. Esta classificação sugere que nem todos os indivíduos ansiosos ficam com medo apenas como resultado de condicionamentos anteriores (Locker et al., 1999).

Nos EUA, Bryan (2002) concluiu que 40% das pessoas não recebem cuidados odontológicos de rotina, e a causa mais comum é o medo ou apreensão em procurar este profissional. Estes pacientes sempre necessitam de abordagens não farmacológicas e/ou farmacológicas especiais, para que se submetam ao tratamento odontológico. Segundo este autor, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) descreve a dor como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a algum dano tecidual real ou eminente. Esta definição continua em debate, pois o grau de sofrimento doloroso experimentado é variável de indivíduo para indivíduo e muito subjetivo.

Rãducanu et al. (2009) também afirmam que a ocorrência de odontofobia comum, seria uma emoção inevitável para muitos indivíduos. A intensidade do medo varia na dependência do grau de ansiedade e fobia de cada paciente, assim como de sua capacidade de controle. Em estudo realizado com crianças e adolescentes concluíram que a forma de abordagem profissional em relação ao problema em questão é uma ferramenta extremamente indispensável para o profissional. O tratamento pode estar relacionado com terapias comportamentais e em casos de emergência com o uso de medicamentos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Para Locker e Liddell (1991) a odontofobia tem sido reconhecida como uma barreira significativa para a procura do atendimento odontológico. Pode levar a um atraso no reconhecimento do tratamento odontológico ou provocar a sua completa evasão. Quando os indivíduos ansiosos se apresentam para tratamento odontológico, eles podem representar um problema significativo de gestão profissional, especialmente se o dentista não for treinado em técnicas de gerenciamento de pacientes. Tais pacientes podem levar mais tempo para terminar o tratamento e, muitas vezes, ficam na maioria das vezes insatisfeitos com o cuidado que recebem. A este respeito, o medo e a ansiedade levam ao atraso ou à ausência nos dias dos atendimentos odontológicos, o que pode causar problemas clínicos e interpessoais entre o paciente e o dentista.

Pinheiro (2003) classifica a “ansiedade odontológica” em três subcategorias: a) ansiedade de associação, na qual certos estímulos servem de gatilho para a excitação, como a visão da agulha, seringa ou outro instrumento odontológico; b) ansiedade de atribuição, a qual a causa está relacionada a uma situação ou procedimento que acontece na cadeira odontológica; c) ansiedade de avaliação, que ocorre pela rememoração de experiências negativas associadas ao tratamento dental. Os pacientes odontológicos submetidos a procedimentos invasivos, como é o caso das cirurgias de terceiros molares inclusos, podem apresentar um grau excessivo de ansiedade, envolvendo invariavelmente as três subcategorias supracitadas. Quando não controlada, esta ansiedade exacerbada interfere negativamente no curso da intervenção, fazendo com que o operador tenha até mesmo que “abortar” o procedimento em certas situações. O paciente com sinais de ansiedade pode ser identificado pelo seu comportamento e pela avaliação ou reconhecimento de alguns sinais físicos, como a dilatação das pupilas, palidez da pele, transpiração excessiva, hiperventilação e aumento da pressão arterial e frequência cardíaca. Torna-se, portanto, indispensável a sedação para o tratamento do paciente.

Ainda no campo da dor e da ansiedade frente ao tratamento, Malamed (1995) classificou os cinco principais tipos de medo: a) medo da dor - é o medo mais associado com a odontologia, identificado com a pergunta clássica: “Hoje vai doer doutor?”; b) medo do desconhecido - pode ser muitas vezes eliminado através da comunicação prévia dos procedimentos que serão realizados. O profissional deve discutir antes os procedimentos com o paciente, não usando termos técnicos e ameaçadores, apenas explicitando a natureza e a necessidade de todos os procedimentos envolvidos; c) medo da dependência - este é mais difícil de ser eliminado, pela posição vulnerável que geralmente o paciente se encontra na cadeira odontológica, ou seja, em "posição de supino" o que dificulta a observação de todos os movimentos do profissional. Nos casos em que o paciente é encaminhado para tratamento com um profissional estranho, este medo estará acentuado. Na área da farmacosedação esse medo também aparece, dependendo da personalidade do paciente, que pode ser do tipo autoritária, tipo executivo, que são pessoas que gostam de ter o completo controle da situação durante todo o tempo; d) medo da mutilação - a cavidade oral é ricamente inervada e psicologicamente importante. Mudanças no tamanho, formato ou aparência de qualquer parte do corpo podem afetar a atitude e comportamento do paciente. A perda de um dente atualmente traduz o começo do processo de envelhecimento, o que por sua vez pode ocasionar distúrbios psicológicos num indivíduo; e) medo da morte – o qual está sempre presente em muitos indivíduos. O paciente é colocado em uma posição vulnerável, e próximo a ele, manipula-se uma quantidade enorme de instrumentos que são colocados dentro de sua boca, drogas são injetadas e tiram dele a capacidade de sentir; o instrumento de rotação com 400.000 rpm incomoda devido ao seu ruído e sua vibração. Muitas sensações podem passar na mente do paciente nesta hora: "Vou poder respirar com tudo isso dentro da minha boca? E se eu mexer minha língua, esse motor poderá machucá-la? Este motor de repente pode cortar mais do que devia e me produzir uma dor aguda e insuportável". Para o autor, quando uma situação de estresse se apresenta durante o tratamento odontológico, um ou mais destes cinco medos podem se manifestar, e o paciente apresentará sinais de fobia, ou seja, um medo irracional e uma falta de controle se manifesta durante o tratamento odontológico. Na área da fármaco-sedação, o medo pode ser

controlado, mas em contrapartida poderá aparecer dependência química ao fármaco.

Sonis et al. (1996) classificaram a técnica de sedação em três níveis: a) simples – que se caracteriza pela administração inalatória de uma mistura gasosa de óxido nitroso e oxigênio (N_2O/O_2). Segundo esses autores ela é uma técnica muito usada, segura e simples; b) intermediária – que se caracteriza pela administração oral de drogas com propriedades sedativas e/ou hipnóticas. O paciente deve ser avisado que ao se submeter a essa técnica ele deve vir e sair do consultório sempre acompanhado por um adulto responsável; c) avançada – que se caracteriza pela administração endovenosa de sedativos. As desvantagens desta técnica de sedação dependem, em grande parte da droga utilizada e dos seus efeitos colaterais sobre as funções cardiovasculares e respiratórias do paciente. Portanto, para seu uso, deve haver uma avaliação criteriosa do profissional, juntamente com um atestado médico de que o paciente pode se submeter a esta técnica.

Miyake et al. (1998) afirmaram que o sedativo ideal para o uso na prática médica deveria preencher os seguintes critérios: a) início rápido de sua ação, proporcionando rápida sedação após a administração da droga; b) duração da ação da droga, que deve ter uma ação curta e ideal para procedimentos rápidos, evitando-se a sedação muito prolongada. Espera-se também do sedativo ideal que seus efeitos sejam rapidamente revertidos, evitando-se uma sedação prolongada que é indesejada; c) a duração da ação da droga deve ser previsível, proporcionando monitorização da mesma por período determinado, e alertando-se o médico colaborador sobre alguma alteração no metabolismo ou excreção da droga quando esse período se estender além do previsto; d) droga sem metabólitos ativos – evitando-se ação prolongada e indesejável destes; e) drogas com múltiplas vias de administração - permitindo vários acessos alternativos na ausência de um acesso venoso numa situação de urgência; f) droga de fácil titulação por infusão contínua – são medicamentos com curta meia-vida e que possibilitam administração por infusão contínua, com titulação dos seus efeitos perante as diferentes intensidades de dor, evitando picos e quedas do nível sérico da droga; g) drogas com efeitos limitados em relação à função cardiorrespiratória - normalmente, um dos grandes receios no

uso destas drogas é a depressão respiratória e cardiovascular; h) drogas sem efeitos nos casos de doença hepática ou renal – pois poderão ser administradas em pacientes com função renal e/ou hepática comprometida; i) drogas sem interação medicamentosa – pois estas permitem o uso concomitante com outras medicações; j) drogas com amplo índice terapêutico – possibilitam seu uso em níveis terapêuticos mantendo uma grande margem de segurança; k) drogas de baixo custo - possibilitam seu uso em larga escala; l) disponibilidade de drogas antagonistas - possibilitam a reversão dos seus efeitos quando for necessário.

Locker et al. (1999) identificaram a idade de início da odontofobia, classificaram as diferenças por idade de início e em relação aos possíveis fatores etiológicos da ansiedade dental, tais como experiências negativas com tratamentos odontológicos anteriores, histórico familiar de odontofobia, e os estados psicológicos gerais. Os dados foram coletados por meio de dois inquéritos realizados por e-mail para uma amostra aleatória da população adulta. De 1420 indivíduos que retornaram os questionários enviados 16,4% estavam ansiosos. Metade dos pacientes, 50,9%, relatou início da ansiedade dental (odontofobia) na infância, 22,0% na adolescência e 27,1% na idade adulta. Análises de regressão logística indicaram que experiências negativas sobre tratamentos odontológicos anteriores foram os maiores causadores da odontofobia, independentemente da idade de início da mesma. O histórico familiar de ansiedade dental também indica o desencadeamento desta fobia em filhos únicos. Quando o início da ansiedade dental ocorreu na adolescência, os indivíduos apresentaram traços característicos de ansiedade, assim como quando ocorreu no início da idade adulta, cujos problemas estavam relacionados a temores graves e sintomas indicativos de problemas psiquiátricos. Os três grupos que participaram do referido estudo foram semelhantes em relação às respostas fisiológicas, cognitivas e comportamentais para a odontofobia. No entanto, adolescentes e indivíduos no início da idade adulta apresentavam reações mais hostis e menos confiantes frente a figura do dentista.

Singh et al. (2000) avaliaram o medo, a ansiedade e o controle do paciente em relação ao tratamento odontológico. Em uma amostra formada por 364 crianças na faixa etária de 7 a 13 anos, três questionários com questões de múltipla escolha

foram aplicados em grupos de 10 crianças cada um. O primeiro questionário destinou-se à avaliação do medo ao tratamento odontológico e outras situações. Foi traduzido e adaptado do *Child's Fear Survey Schedule* e continha 15 itens. O segundo questionário continha 20 itens relacionados às situações potencialmente produtoras de ansiedade, e foi traduzido e adaptado do *State Trait Anxiety Inventory for Children*. O terceiro questionário com 40 itens, sendo que 20 deles estavam relacionados ao controle percebido pelo paciente e os outros 20 se relacionavam ao controle desejado pelo profissional, e este questionário foi traduzido e adaptado do *Child Dentral Control Assessment.* Em relação ao medo e ansiedade, a média dos escores foi mais elevada para o sexo feminino do que para o sexo masculino ($P<0,05$). Em relação à idade, as crianças da faixa etária de 11 a 13 anos revelaram-se em média mais temerosas do que as de 7 a 9 anos. Quanto ao controle percebido pelo paciente, as crianças mais novas tinham mais controle do que as mais velhas. Em geral os dados indicaram que valores mais altos de medo relacionam-se com valores mais baixos de controle percebido pelo paciente.

Spitalnic et al. (2000) realizaram uma revisão sobre a sedação consciente, e concluíram que a administração segura e adequada de medicamentos sedativos e analgésicos pode tornar as situações dolorosas que provocam ansiedade, em situações toleráveis. Especificamente, a sedação consciente é uma ferramenta à disposição dos médicos em ambulatório, o que pode melhorar a tolerância do paciente e a aceitação dos procedimentos desagradáveis. Em todos os pacientes que necessitavam de sedação, a importância de uma avaliação pré-anestésica e da monitoração adequada não pode ser subestimada. O conhecimento dos medicamentos e da capacidade para tratar os efeitos da supersedação é essencial para que a sedação consciente no ambulatório seja um processo seguro e eficaz.

Ranali (2001) afirmou que a técnica de administração da mistura de óxido nitroso/oxigênio permite aumentar gradativamente a concentração do óxido nitroso da mistura, de modo que a atingir o grau de sedação e analgesia adequada para cada paciente, geralmente ocorre com a proporção de 30 a 40% de óxido nitroso para 70 a 60% de oxigênio. O paciente não precisa ficar respirando, durante todo o atendimento, uma proporção de 30 a 40% de óxido nitroso, mas somente durante os

procedimentos mais estressantes como, por exemplo, durante a injeção do anestésico local. No restante do tempo pode receber a mistura na proporção de 20% e 80% de óxido nitroso e oxigênio, respectivamente. Essa baixa concentração é suficiente para manter a maioria dos pacientes relaxados e cooperativos. O autor afirma que a administração de uma alta concentração de oxigênio ao paciente (80%) é positiva, pois ultimamente tem sido recomendado na Odontologia, que para certos pacientes odontológicos, principalmente os portadores de alterações cardiovasculares, deve se oferecer uma ótima oxigenação durante o atendimento. Então, nada melhor do que sedar e oxigenar o paciente simultaneamente. Atualmente, a técnica recomendada pelo autor indica que ao final da administração da mistura de óxido nitroso e oxigênio, oferecido durante de 3 a 5 minutos, 100% de oxigênio deve ser oferecido para que ocorra o adequado retorno do paciente às suas condições normais, evitando-se a possibilidade de ele apresentar qualquer desconforto devido à rápida eliminação do óxido nitroso.

Jackson e Johnson (2002) afirmaram que existem muitos medicamentos eficazes e seguros disponíveis para os tratamentos odontológicos para a produção da sedação. Devido aos muitos tipos de sedativos disponíveis, todos possuem características clínicas diferentes e vários graus de risco. Muita atenção e cuidado deve ser dado para os objetivos da sedação, procurando optar-se pelo melhor agente farmacológico para cada caso. Antes de fazer planos para sedação de pacientes odontológicos, é preciso certificar-se de que várias ações para a gestão de risco estão disponíveis no local para assegurar um procedimento de sedação o mais seguro possível. No plano de gestão de risco deve estar incluído um completo entendimento dos regulamentos que definem a sedação consciente, e a formação profissional necessária para a realização deste procedimento. Atenção especial também deve ser dada à seleção apropriada dos pacientes que receberão a sedação. Um profundo conhecimento do estado físico e psicológico do paciente é necessário para se tomar decisões sobre a sedação. Como a doença dental não é uma ameaça à vida, a necessidade de tratamento odontológico tende a ser principalmente de natureza eletiva. Considerando-se os requisitos para a realização do procedimento por via inalatória ou enteral da sedação consciente com um único agente, é prudente limitar este tipo de sedação para a população de pacientes

classificados como saudáveis (por exemplo, ASA I e II) e psicologicamente estáveis, pois tais fatos minimizam os riscos. A quantidade de risco adicional quando alguém se depara com pacientes medicamente comprometidos para a sedação (ASA III para mais) deve-se sugerir o adiamento do tratamento odontológico eletivo até a melhora do estado de saúde do paciente. Em situações em que uma melhora do estado de saúde do paciente não é provável, o encaminhamento para um profissional experiente em sedação, exclusivo para esse tipo de paciente é fortemente recomendado.

Jensen e Matsson (2002) afirmaram que o tratamento odontológico em crianças muito pequenas ou muito apreensivas e difíceis de cooperar, muitas vezes, é realizado sob sedação. Na Suécia, a tradição tem sido a administração de sedativos por via retal em crianças pequenas, mas a sedação oral líquida é agora cada vez mais utilizada. Os autores compararam os efeitos sedativos da administração oral e retal do maleato de midazolam com crianças que receberam tratamento odontológico sob anestesia geral; avaliaram a aceitação da administração do sedativo e a aceitação da aplicação da máscara e os casos de amnésia. Foram selecionadas, aleatoriamente, 50 crianças com idade entre 2 a 7 anos, divididas em dois grupos de 25 crianças cada um, para receber sedação líquida oral ou retal. O efeito sedativo da administração retal foi maior do que da administração oral, mas os resultados não foram estatisticamente significativos (p = 0,07). Não ocorreram diferenças significativas na aceitação da administração do sedativo, mas a aplicação da máscara e amnésia foi encontrada em alguns grupos de pacientes. Os autores concluíram que, tanto por via oral como por via retal, na maioria dos casos, a sedação por maleato de midazolam mostrou-se apropriada. No entanto, segundo os autores o melhor efeito sedativo foi apresentado pela sedação retal do maleato de midazolam, apresentando-se como um método mais favorável em crianças, apesar da diferença não ter sido estatisticamente significativa.

Amarante (2003) afirmou que a importância da segurança da técnica de sedação consciente por oxigênio/óxido nitroso deve-se ao fato dos equipamentos utilizados para esta finalidade possuírem dispositivos de segurança que devem ser cuidadosamente observados. No estudo realizado pelo referido autor, foram

efetivados ensaios em sete equipamentos comerciais utilizados em Odontologia para sedação consciente, baseados em uma proposta das Normas Técnicas para equipamentos de sedação consciente, desenvolvida para esta pesquisa, após uma extensa e cuidadosa análise das normas nacionais e internacionais. A avaliação experimental dessa proposta forneceu resultados que consolidaram, validaram e mostraram viabilidade e adequação para adoção dessa proposta das Normas Técnicas. Dentre vários problemas encontrados pelos resultados dos ensaios, o autor observou que alguns equipamentos permitiam concentrações de oxigênio bem inferiores à prescrição da Norma proposta, criando um risco potencial quando do seu uso. A ausência, até o momento, de uma normativa que sirva de referência, tanto para as empresas fabricantes de equipamentos como para o Órgão responsável pelos seus registros, acarreta em uma grande variabilidade em relação ao desempenho dos equipamentos e, consequentemente, à segurança e qualidade destes equipamentos de sedação consciente aplicados em odontologia.

Carvalho (2003) realizou uma pesquisa sobre a analgesia inalatória com Óxido Nitroso e Oxigênio, e afirmou que a técnica para fazer a analgesia era segura, pois possuía uma aparelhagem própria para a dispersão do gás óxido nitrosa. O oxigênio misturado ao óxido nitroso pode variar suas proporções de acordo com cada paciente, já que irá depender do estado emocional de cada um, da idade, peso dos pacientes entre outros fatores. A dosagem em cada caso pode variar de 10% de N_2O com 90% O_2 até o máximo de 70% de N_2O com 30% de O_2. Entretanto, o autor enfatiza que se o paciente atingir o nível de sedação consciente entre 30 a 50% de N_2O, ele sentirá uma dormência que começará nos membros inferiores e alcançará o palato e a região perioral.

Cavalcante e Nunes (2003) avaliaram os efeitos do N_2O em diferentes concentrações em um estudo com 30 pacientes adultos, de ambos os sexos, estado físico ASA I, com idade entre 20 e 40 anos, analisando-os clinicamente quanto ao seu estado de alerta e hemodinamicamente pela frequência cardíaca (FC), pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD). Os pacientes foram submetidos às misturas O_2 + N_2O a 30% e O_2 + N_2O a 50%, as quais foram bem toleradas por todos os pacientes. Os autores observaram discreta agitação

transitória em três pacientes quando estes inalaram O_2 + N_2O a 50%. Os autores não observaram modificações clinicamente importantes, pois todos os pacientes mostraram-se cooperativos quando levemente sedados, sendo capazes de responder a comandos verbais. Os valores da PAS, PAD, FC e frequência respiratória foram significativamente diferentes ao longo do estudo, entretanto, não ultrapassaram os limites normais pré-estabelecidos pelo protocolo. Ao final do estudo os autores concluíram que o N_2O em concentrações de 30% e de 50%, em pacientes sem medicação pré-anestésica, induz a um leve estado de sedação sem abolir a consciência.

Kanegane et al. (2003) avaliaram a frequência de pacientes com ansiedade ou medo do tratamento odontológico em um setor de urgência de uma Faculdade de Odontologia de São Paulo. Participaram do estudo 252 pacientes, com 18 anos ou mais, que compareceram ao setor de urgência desta faculdade no período de agosto a novembro de 2001. Para avaliar a ansiedade foram utilizadas as seguintes escalas; *Modified Dental Anxiety Scale* (MDAS) e a Escala de Medo de *Gatchel*. O grupo estudado respondeu às questões sobre o tempo decorrido desde a última visita ao dentista e o início dos seus sintomas de odontofobia, grau de escolaridade, renda familiar e história prévia de trauma. Os resultados foram analisados pelos testes estatísticos do qui-quadrado e Teste Exato de Fisher. De acordo com os resultados foram identificados 28,2% de indivíduos com algum grau de ansiedade, segundo a MDAS, na qual as mulheres foram consideradas mais ansiosas que os homens (χ^2 = 0,01), e 14,3% de pacientes com alto grau de medo segundo a Escala de Medo de *Gatchel*. Em 44,4% da amostra a demora em procurar alívio dos sintomas foi superior a sete dias. Mulheres ansiosas procuraram atendimento mais rapidamente e em maior número. A ocorrência de experiência traumática anterior foi de 46,5% dos pacientes ansiosos. Não foi possível relacionar escolaridade e renda familiar com a ansiedade e/ou medo. Os autores concluíram que pacientes ansiosos, com destaque para as mulheres, são frequentes no atendimento odontológico de urgência. A experiência prévia traumática mostrou-se importante para o desenvolvimento da ansiedade em relação ao atendimento odontológico.

Ranali (2003) afirmou que a técnica de sedação consciente por óxido nitroso é de fácil aplicação e deve ser realizada com um aparelho específico para a dispensa do óxido nitroso e do oxigênio. É interessante notar que o aparelho possui algumas características para dar segurança à administração dos gases, ou seja, em qualquer circunstância há sempre o oferecimento de no mínimo 30% de oxigênio contido no ar atmosférico (20,94%). Esse fato é fundamental, pois normalmente o óxido nitroso produz a sedação e a analgesia na concentração de 30 a 40%, ou seja, o paciente estará recebendo junto com ele 60 a 70% de oxigênio. Na realidade, para se obter um estado de anestesia geral com o óxido nitroso, é necessário administrá-lo juntamente com um outro anestésico geral gasoso ou intravenoso mais potente, pois a CAM (Concentração Alveolar Mínima) tem que chegar a 105% segundo o autor.

Armijo et al. (2004) afirmaram que existem vários problemas pessoais e sociais envolvidos na administração de diazepam retal, que o tornam inadequado para uso em locais públicos e por alguns profissionais da saúde, especialmente em crianças, adolescentes e adultos. O maleato de midazolam oral e intranasal podem ser uma alternativa ao diazepam retal. Os autores revisaram a eficácia e segurança destas formas de administração de maleato de midazolam que já é usado em alguns países como sedativo e também como droga anticonvulsionante. Os autores concluíram que o este medicamento utilizado por via oral ou intranasal pode melhorar o tratamento de crises convulsivas agudas em ambiente hospitalar e, mais especificamente, em ambientes extra hospitalares, quando os pacientes são atendidos por equipe não médica.

Fanganiello (2004) verificou as indicações e contraindicações da sedação consciente com óxido nitroso, indicando sempre a realização de uma anamnese bem detalhada, e para tanto, a ASA (*American Society of Anesthesiologists*) criou a classificação a seguir, que compreende os seguintes níveis: ASA I, II, III, IV, V e, mais recentemente, o VI, além do índice E de emergência, que pode estar enquadrado em qualquer um dos graus. Assim temos: ASA I - para pacientes normais e saudáveis, que apresentam um risco mínimo de complicações. Para pacientes ASA I o óxido nitroso é indicado com muita segurança para a técnica da

analgesia inalatória ou para outros tipos de sedação e/ou analgesia por outras vias que não a inalatória, salvo contraindicação específica ou histórico de alergias às drogas preconizadas. ASA II - portadores de doença sistêmica controlada. Estes pacientes também apresentam um mínimo risco durante o tratamento odontológico, porém, devemos estar atentos na alteração sistêmica que apresentem, para que possamos adequar nossa conduta clínica, usando abordagem farmacológica ou não. Podemos citar como exemplo de pacientes ASA II o paciente asmático bem controlado (fora de crise); a gestante saudável; pacientes epilépticos controlados (sem outra alteração em nível mental); o diabético controlado; o hipertenso devidamente controlado entre outras condições sistêmicas. ASA III - neste nível estão enquadrados os pacientes portadores de doenças sistêmicas não controladas que podem levar à limitação das atividades do paciente, ou seja, a alteração limita, porém não incapacita o indivíduo. Estes pacientes apresentam maiores riscos de complicações médicas durante o tratamento odontológico quando comparados aos ASA I e II. Por este motivo, a sedação para estes indivíduos é muito bem indicada, porém, sua conduta quanto à escolha da técnica deve ser muito bem avaliada. Deve-se, inicialmente, diminuir o grau de ansiedade e/ou estresse do paciente frente ao procedimento odontológico, quer seja ele de rotina ou não, e também diminuir muito o risco destes indivíduos desenvolverem situações de urgência ou mesmo emergência no consultório do dentista. São exemplos de ASA III os hipertensos não controlados; os diabéticos não controlados (dependendo do estado da doença o paciente pode ser classificado até como ASA IV); os portadores de enfisema pulmonar ou bronquite crônica (depende também do estágio da doença); o asmático com crise desencadeada por exercícios físicos. ASA IV - estes pacientes estão acometidos por doenças sistêmicas graves e incapacitantes, estando sob constante risco de vida. Caso o motivo da consulta não seja urgência, deve-se postergar o tratamento até que qualquer quadro patológico que apresente regrida (quando possível), e possam ser considerados como, pelo menos, pacientes ASA III. Entretanto, existem situações de urgência em que não é possível postergar o procedimento até que haja controle da condição sistêmica do indivíduo. São exemplos de pacientes ASA IV o diabético não controlado (dependendo do estágio da doença); o hipertenso não controlado; o asmático em crise grave entre outros

quadros patológicos. ASA V - estes pacientes são enquadrados como se estivessem em fase terminal, sendo a expectativa de vida não superior a 24 horas. Os pacientes ASA V são aqueles pacientes com doenças infecciosas em estágio final, com aneurisma roto de aorta, com choque séptico; pacientes em estágio final de AIDS entre outros quadros patológicos graves. ASA VI são pacientes já com morte cerebral.

Moura (2005) afirmou em seu estudo que a anestesia geral divide-se em quatro estágios: analgesia; delírio (excitação); cirúrgico; parada respiratória. O estágio 1 (analgesia) começa com o início da administração do anestésico e termina com a perda da consciência, ficando o paciente insensível aos estímulos mais sutis, sendo ainda capaz de responder a comandos verbais e subdivididos em três planos (1º 2º e 3º planos). Os dois primeiros planos da analgesia formam a chamada analgesia relativa e o terceiro plano a analgesia total, sendo que para o cirurgião-dentista somente os dois primeiros planos devem ser utilizados. No estágio 2 (delírio ou excitação) ocorre agitação violenta e vômito, sendo desejável que esta fase transcorra rapidamente. O estágio 3 (cirúrgico) foi subdividido em quatro planos (1º, 2º, 3º e 4º planos), a fim de aumentar a profundidade da anestesia, e observa-se uma série de sinais clínicos como o diâmetro das pupilas, a perda dos reflexos oculares, orofaringeanos, o relaxamento muscular, a profundidade e regularidade da respiração e a separação das fases torácica e abdominal da respiração. O estágio 4 inicia-se com o desaparecimento da respiração diafragmática e termina com o colapso respiratório completo, isto pode causar a morte do paciente se a administração do anestésico não for interrompida, e se não for dado apoio aos sistemas cardiopulmonares do paciente. Graças ao grande aperfeiçoamento das técnicas no preparo dos gases e do aprimoramento das máquinas, a anestesia geral vem-se tornando cada vez mais segura; o paciente é levado rapidamente ao estágio cirúrgico, sem que se note a passagem pelos estágios de analgesia e do delírio.

Dionne et al. (2006) afirmaram que existe uma forte demanda por serviços de sedação em adultos e crianças. O uso de medicação oral para atingir a sedação em adultos parece ter larga uma margem de segurança. Contudo, mortalidade e morbidade grave têm sido relatadas com sedação consciente oral, especialmente

em crianças pequenas. Mais eventos adversos graves estão relacionados a complicações respiratórias, potencialmente evitáveis. Os autores concluíram que ensaios clínicos são necessários para avaliar as combinações de sedativos orais, bem como para desenvolver critérios de alta, com objetivos quantificáveis de prontidão que devem ser realizados com o paciente já em casa. A segurança com relação à sedação em ambiente ambulatorial é uma preocupação primordial. A sedação consciente por via enteral, incluindo triazolam, exige avaliação cuidadosa do paciente, acompanhamento do mesmo, documentação, instalações adequadas, recursos tecnológicos e humanos para garantir a segurança do paciente.

Wilson et al. (2006) compararam o maleato de midazolam por via oral e óxido nitroso por via inalatória, como agentes sedativos durante a manejo de crianças de 5 a 10 anos que se apresentaram para a extração de dentes decíduos sob anestesia local. Foram realizadas duas visitas obrigatórias para a extração de quatro dentes decíduos, uma em cada quadrante da boca, e foram selecionados aleatoriamente alguns pacientes para receber o óxido nitroso 30% com oxigênio ou maleato de midazolam por via oral (0.3mg/kg$^{-1)}$ na primeira visita, com outra técnica foi utilizada na segunda visita. Os sinais vitais, os níveis de escores da sedação e os comportamentais foram registrados, e a recordação pós-operatória e satisfação foram relatadas pelos pacientes. A dose média de maleato de midazolam por via oral foi de 8.6 [3.3-16.5] mg. Os tempos médios obtidos para se atingir o nível máximo de sedação para o óxido nitroso foi de 15,9 [2-30] min. e de 6,8 [2-10] min. para o maleato de midazolam. Os parâmetros fisiológicos dos pacientes testados permaneceram dentro dos limites clínicos aceitáveis para ambos os tipos de sedação. O maleato de midazolam por via oral foi considerado aceitável em 59% dos casos e foi preferido por 36% dos pacientes. A sedação por maleato de midazolam oral em crianças de 5-10 anos de idade mostrou-se tão segura e eficaz quanto à sedação com o óxido nitroso mais oxigênio para a extração de dentes decíduos, mas este não seria o método de escolha para todos os pacientes.

Bartolome et al. (2007) revisaram as indicações, doses e formas de administração dos sedativos, analgésicos e relaxantes musculares mais utilizados em crianças, bem com os métodos de monitoração da sedação. Foi realizado um

levantamento bibliográfico utilizando a base de dados MEDLINE e uma revisão da experiência adquirida em nossas unidades de cuidados intensivos pediátricos. Observou-se que a administração contínua de drogas analgésicas e sedativas impedia o aparecimento das fases de subsedação e requeria menor assistência do que na administração intermitente. O maleato de midazolam é a droga mais utilizada para sedação contínua da criança gravemente enferma e os derivados opiáceos e antiinflamatórios não hormonais são os analgésicos escolhidos para estas mesmas crianças. Os opióides associados aos benzodiazepínicos em infusão contínua são os fármacos de eleição em crianças submetidas à ventilação mecânica, especialmente a morfina e o fentanil. O uso de protocolos e a monitorização com a utilização de escores clínicos permitem ajustar mais corretamente a medicação, evitando-se a supersedação, a subsedação e a síndrome de abstinência. As intervenções não farmacológicas, como a musicoterapia, o controle de ruídos, a adequada utilização da luz, a massagem e a comunicação com o paciente, são medidas complementares que auxiliam na adaptação da criança ao ambiente hospitalar adverso. Os autores concluíram que a sedação deve ser adaptada a cada criança em cada momento. O emprego de protocolos que facilitem uma correta seleção de fármacos, uma administração adequada e uma monitorização cuidadosa melhoram a qualidade da sedação e analgesia e reduzem seus efeitos adversos.

Cesar et al. (2008) avaliaram os parâmetros cardiovasculares, a dosagem anestésica e a sintomatologia dolorosa em cirurgias para instalação de implantes osseointegráveis em pacientes sob o efeito da mistura de óxido nitroso/oxigênio (N_2O/O_2). A amostra foi composta por 10 indivíduos adultos, ASA I ou ASA II, submetidos à cirurgia para instalação de implantes unitários. Os voluntários foram divididos em dois grupos com cinco pacientes cada um: no grupo teste foi utilizada a inalação de óxido nitroso e oxigênio e o grupo controle recebeu apenas oxigênio puro. Foram avaliados parâmetros cardiovasculares (frequência cardíaca, pressão arterial e saturação de oxigênio), além do requerimento de droga anestésica e sintomatologia dolorosa. Os resultados demonstraram que a saturação do oxigênio apresentou maior estabilidade no transoperatório do grupo sedado (grupo teste). A frequência cardíaca e a pressão arterial não se alteraram neste grupo experimental. Também foi observada uma tendência à redução do anestésico local e diminuição

da sintomatologia dolorosa no grupo submetido à sedação com N_2O/O_2. A sedação consciente com óxido nitroso/oxigênio mostrou ser um recurso benéfico, desde que manteve os parâmetros cardiovasculares em níveis normais associados à redução da percepção dolorosa, tendo sido usado menor quantidade de anestésico local durante as cirurgias para instalação dos implantes osseointegráveis.

Eli et al. (2008) afirmaram que o estresse pode afetar significativamente a capacidade cognitiva de uma pessoa processar uma informação. Portanto, a hipótese de que a capacidade dos pacientes para reconhecer informações relacionadas com o procedimento ao qual estão prestes a serem submetidos, pode ser afetada pelo estresse. Para confirmar esta referida hipótese, os autores avaliaram 66 pacientes quanto à sua capacidade de reconhecer a informação clínica fornecida em duas ocasiões diferentes: imediatamente antes da cirurgia oral (alta condição de tensão) e antes da remoção da sutura (baixa condição de tensão). O estado de ansiedade e a expectativa da dor também foram avaliados. Em ambas as ocasiões, os pacientes apresentaram baixa capacidade de reconhecer as informações corretamente (menor que 50%). A capacidade de reconhecimento das informações foi significativamente menor no pré-operatório cirúrgico do que antes da remoção da sutura. O estado de ansiedade e a expectativa de sentir dor mostraram um profundo efeito na capacidade do paciente de reconhecer corretamente a informação fornecida. Aparentemente, antes do tratamento dental (alta ou baixa condição de estresse), a capacidade dos pacientes para processar a informação pode ser bastante prejudicada.

Gaujac et al. (2009) afirmaram que o óxido nitroso, primeiro gás inalatório utilizado na sedação consciente, foi identificado por Joseph Priestley. Esse composto ficou conhecido como gás hilariante, porém, somente em 1844 teve sua primeira aplicação em pacientes. Este composto tem como características farmacológicas a metabolização lenta no organismo, início e término de ação rápida, mas alcançam concentrações cerebrais eficientes. Sua técnica tem como base a administração de 0_2 seguida de N_2O, até alcançar o nível de sedação ideal. Essas técnicas são indicadas para pacientes ansiosos, tensos e em situações em que não existam contraindicações, porém, essas técnicas são apenas relativas e não

absolutas, e estão relacionadas principalmente com risco de hipóxia, aumento de volume ou pressão em espaços fechados, alterações hematológicas e neurológicas. Os benzodiazepínicos servem também como método de sedação consciente devido à sua ação ansiolítica. É importante destacar que o maleato de midazolam, diazepam, alprazolam, triazolam e lorazepam como agentes de sedação. Seus efeitos colaterais são variados e abrange degeneração da medula óssea, náuseas, teratogênese, entre outras alterações.

Lorenz et al. (2009) caracterizaram a utilização da sedação com óxido nitroso pelos cirurgiões-dentistas da cidade de Porto Alegre-RS. A partir de dados obtidos no Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Sul, foram identificados 21 profissionais habilitados em sedação consciente. Um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas foi respondido por estes profissionais, com um retorno positivo de 76%. Os resultados evidenciaram que 70% dos entrevistados utilizavam esta técnica, rotineiramente, nos seus respectivos consultórios particulares, sendo que 40% deles eram especialistas em odontopediatria. Com relação à experiência profissional, foi observado que seis profissionais tinham se graduado nas décadas de 1970 e 1980, e quatro deles na década de 1990. Como vantagens no uso da técnica foram citados fatores como: efetividade na redução da ansiedade e o baixo risco da técnica. Dentre as desvantagens foi destacado o custo associado à técnica e a necessidade de cooperação do paciente. Embora pouco difundida e utilizada no Brasil, a sedação com óxido nitroso possui grande potencial de utilização, especialmente em Odontologia Pediátrica.

Ramos et al. (2009) afirmaram em seu estudo que o maleato de midazolam apresenta as seguintes características farmacológicas: início de ação rápida e meia vida curta. O maleato de midazolam produz efeitos ansiolíticos, hipnóticos e amnésicos. O maleato de midazolam por via oral apresenta uma taxa de ligação às proteínas plasmáticas de 94% a 97%, atinge o pico plasmático em 32 minutos a 1h e 52 minutos, apresentando uma meia-vida de 1h e 7 minutos a 4 h. O tempo de pico plasmático sugere que ele seja administrado por via oral, 30 a 45 minutos antes do procedimento. O maleato de midazolam comporta-se como todos os benzodiazepínicos, quanto aos seus efeitos sobre os receptores gabaérgicos. As

doses variam muito na literatura. Alguns trabalhos testaram as doses de 0,2 mg/kg e 0,5 mg/kg por via oral e concluíram que a dose maior produziu maior efeito amnésico. O maleato de midazolam por via oral é bem tolerado, mas não desprovido de reações adversas como a depressão respiratória. O flumazenil é um antagonista específico dos benzodiazepínicos e pode ser usado como um reversor durante um quadro de depressão respiratória ou intoxicação, embora nem sempre tenha sido capaz de reverter todos os aspectos da sedação consciente com maleato de midazolam, principalmente a atividade psicomotora e a atenção. Alguns trabalhos indicam que o maleato de midazolam não deve ser administrado em pacientes com hipersensibilidade aos benzodiazepínicos e não deve ser usado no primeiro trimestre de gestação, a não ser que seja considerado absolutamente necessário.

Crofts-Barnes et al. (2010) realizaram um estudo para determinar, em pacientes fóbicos, a relação temporal dos níveis pré-operatórios, ansiedade e as perturbações da vida diária causada pela ansiedade. Participaram do estudo 24 pacientes fóbicos e um grupo de controle com 19 pacientes não fóbicos. Quatro questionários validados foram utilizados para avaliar a ansiedade e a qualidade de vida de cada um dos pacientes, durante cinco dias antes do tratamento e no dia do tratamento. Os pacientes do grupo experimental apresentaram níveis significativamente maiores de ansiedade geral e relacionada ao tratamento odontológico, e uma qualidade de vida significativamente mais baixa comparada com os pacientes do grupo controle. Relações temporais significativas foram observadas em todos os questionários. Escores de ansiedade relacionada ao tratamento odontológico e geral foram significativamente correlacionados com a qualidade de vida deste pacientes. Os autores concluíram que os pacientes com fobia ao tratamento odontológico experimentaram um aumento significativo da ansiedade e uma redução na qualidade de vida durante o período que precedeu o tratamento, como também no dia do tratamento odontológico. Para Crofts-Barnes et al. (2010) a sedação consciente pode ser utilizada no controle da ansiedade no paciente odontofóbico. Trata-se de uma técnica usada para reduzir a ansiedade do paciente durante a realização do tratamento odontológico. A premissa da sedação consciente é de que a sedação utilizada em odontologia ambulatorial não põe o

paciente para dormir, ou seja, o paciente permanece acordado e consciente durante todo o tratamento odontológico, apesar de não sentir dor e nem ansiedade.

Andrade et al. (2011) afirmaram que o Triazolam é um benzodiazepínico que, após sofrer biotransformação, produz poucos metabólitos ativos. Por isso possui curta duração de ação, sendo considerada uma boa alternativa como medicação pré-anestésica na sedação consciente em odontologia. Seu uso, no entanto ainda é bastante restrito no Brasil. O Triazolam quando administrado por via oral, possui uma ação rápida e a duração dos efeitos é relativamente curta, mas apresenta boa margem de segurança clínica. Desde que utilizado na dose adequada torna-se um dos benzodiazepínicos de escolha para a sedação consciente em odontologia. Os autores concluíram que o Triazolam atende à maioria das características exigidas de um ansiolítico quando empregado por via oral ou sublingual. Apresenta uma rápida ação e um efeito de curta duração. É fácil de administrar, apresentando uma boa margem de segurança clínica. Por estes motivos é considerado mais uma alternativa para a sedação consciente em Odontologia.

Arnez et al. (2011) realizaram uma revisão de literatura e descreveram os diferentes métodos de sedação consciente utilizados para o tratamento odontológico em pacientes com necessidades especiais e odontopediátricos, dando ênfase na terapia com benzodiazepínicos e na inalação da mistura dos gases óxido nitroso e oxigênio. Existem diversas técnicas usadas como recursos alternativos à anestesia geral para o controle e manejo da ansiedade, da dor, do medo e do comportamento em pacientes odontopediátricos e pacientes especiais. Estes métodos incluem modalidades do tipo psicológicas (métodos não farmacológicos) e farmacológicas. Contudo, em alguns pacientes os métodos não farmacológicos ainda não são suficientes para conseguir a compreensão e a cooperação desejada, que possibilite a realização do tratamento odontológico. Deste modo, o cirurgião-dentista pode utilizar diversos recursos farmacológicos, como agentes sedativos, analgésicos e outros fármacos úteis para sedação destes pacientes. Dentre os métodos farmacológicos conhecidos de sedação consciente, os mais empregados em odontologia são os que utilizam os benzodiazepínicos por via oral e a técnica inalatória por meio da mistura de óxido nitroso e oxigênio. Os autores concluíram

que a sedação consciente deve ser utilizada para procedimentos odontológicos específicos e em situações em que o paciente se beneficie da sedação consciente como método farmacológico para o controle da ansiedade, da dor e do medo.

Miqdady et al. (2011) avaliaram a segurança e a eficácia da sedação por cetamina-maleato de midazolam intravenoso, durante a endoscopia pediátrica no mundo árabe. Foi realizado um estudo retrospectivo de todos os procedimentos endoscópicos pediátricos realizados entre 2002 a 2008, na endoscopia compartilhada do *King Abdullah University Hospital*, *Jordan Universtity of Science & Technology*. Todas as crianças tinham idade superior a um ano e peso superior a 10 kg, e eram pacientes ASA I e II. A análise foi feita em termos de complicações relacionadas à sedação, ou seja, dessaturação, desconforto respiratório, apnéia, bradicardia, parada cardíaca, reações de emergência, adequação da sedação, necessidade de reversão da sedação ou a incapacidade de concluir o procedimento. Um total de 301 pacientes, incluindo 160 crianças do sexo masculino e 141 crianças do sexo feminino, com idade média de 9,26 anos, com variação de 1 a 18 anos. Todos foram medicados com atropina®**,** e 79,4% (239/301) apresentaram sedação eficaz e sem complicações. Duzentos e quarenta e oito (82,4%) dos 301 pacientes receberam uma dose média de 0,16 mg/kg (variação 0,07-0,39) de maleato de midazolam e 1,06 mg/kg (variação 0,31-2,67) de cetamina®, respectivamente, obedecendo-se das orientações de dosagem recomendadas. A recomendação da dosagem máxima de maleato de midazolam foi excedida em 17,6% dos pacientes (34 do sexo feminino e 19 do sexo masculino, *(P* = 0,003) e da cetamina® em 2,7% (3 do sexo masculino e 5 do sexo feminino). A dosagem máxima de maleato de midazolam foi mais fácil de ser ultrapassada do que a cetamina® (*P*<0,001). A dessaturação ocorreu em 37 (12,3%) pacientes, e foi reversível pelo oxigênio suplementar praticamente em todos os pacientes, exceto em 4 deles que continuaram a ter dessaturação apesar do oxigênio suplementar. Quatro pacientes (1,3%) apresentaram desconforto respiratório e 6 (2%) foram difíceis de se conseguir a sedação tendo sido necessário mais um sedativo nível 3; 12 pacientes (4%) necessitaram de inversão; e 7 pacientes (2,3%) não conseguiram concluir o procedimento. Nenhum paciente desenvolveu apnéia, bradicardia, detenção ou

outras reações ao despertar. Os autores concluíram que a sedação por cetamina-maleato de midazolam parece segura e eficaz para o diagnóstico pediátrico de endoscopia gastrointestinal no mundo árabe, para crianças com idade superior a 1 ano e peso superior a 10 kg, sem ocorrência de comorbidades.

Johnson et al. (2012) avaliaram as atitudes e percepções dos membros da Academia Americana de Odontopediatria sobre a sedação consciente. Uma pesquisa com 22 itens foi enviada para 4358 membros ativos da Academia Americana de Odontopediatria, para se identificar fatores que influenciavam a prática da sedação por dentistas pediátricos em seus consultórios. Modelos estatísticos de regressão bivariada e logística foram empregados para analisar os dados. Um total de 1219 inquéritos foi devolvido (taxas de resposta de 28%); 743 entrevistados (63%) praticavam a sedação consciente, e a ajuda na prestação de atendimento odontológico para pacientes de difícil gestão foi a principal razão relatada para a prática desta abordagem clínica. Por outro lado, a preocupação com a responsabilidade relacionada com a sedação consciente foi o principal motivo alegado por profissionais que não utilizavam sedação consciente. Os autores concluíram que, entre os entrevistados, a atitude daqueles profissionais que praticavam a sedação consciente foi significativamente diferente da atitude dos profissionais que não a praticavam.

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste estudo é descrever a percepção dos sujeitos de pesquisa frente ao uso de ansiolíticos, tais como o do Maleato de midazolam e/ou Óxido Nitroso (sedação consciente), no controle de destes pacientes odontofóbicos, submetidos à cirurgia oral menor, colhendo suas narrativas e descrevendo qual a contribuição destes sedativos no alívio da ansiedade.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo foi baseado em uma pesquisa de campo. Da referida pesquisa tomam parte pessoas implicadas no problema sob investigação, a odontofobia, fazendo com que a fronteira entre pesquisador e amostra de pacientes, ao contrário do que ocorre na pesquisa tradicional, seja tênue.

A pesquisa foi realizada usando-se inicialmente uma ficha de anamnese para nosso diálogo com o paciente, o qual assinava, sempre que aceitava participar da pesquisa, um termo de consentimento livre e esclarecido e uma ficha de monitoramento clínica específica para este projeto (Anexos A-F).

4.2 Universo da pesquisa

O universo da pesquisa envolveu uma clínica odontológica denominada F Mendes Odontologia, localizada na Praia Grande, na Rua Fumio, Miyasi, 515 – SP, CEP 11701-160, o pesquisador e a amostra da pesquisa, composta por 10 pacientes escolhidos conforme método a seguir demonstrado.

4.3 Amostra

A amostra era formada por indivíduos classificados como ASA I e II conforme a classificação da ***A****merican* ***S****ociety of* ***A****nesthesiologists* (ASA).

- ASA I: paciente saudável e dentro dos padrões de normalidade.

- ASA II: paciente com doença sistêmica leve.

A amostra foi aleatória e definida por acessibilidade, onde não se levou em consideração qualquer procedimento estatístico; foram selecionados apenas os indivíduos classificados como ASA I e II e que aceitaram participar da pesquisa. Foram entrevistados 10 pacientes odontofóbicos, diagnosticados como tal, que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa.

4.4 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão na presente pesquisa foram os seguintes:

- Paciente classificado como ASA I e II (*American Society of Anestesiologists*);
- Paciente com necessidade de algum procedimento em cirurgia oral menor;
- Paciente com diagnóstico prévio de odontofobia (*Corah's Dental Anxiety Scale Revised*; *Dental Concerns Assessment*) Questionários estes validados na comunidade científica internacional;
- Paciente que concordou em participar da pesquisa e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5 Coleta de dados

Os dados coletados foram utilizados exclusivamente para esta pesquisa, de modo a construir um panorama do pensamento dos pacientes da amostra da pesquisa, tendo em vista a comparação entre o comportamento antes e depois do uso da sedação e as opiniões destes mesmos pacientes.

Os pacientes da amostra foram avaliados de acordo com seu grau de ansiedade e por meio dos instrumentos de pesquisa, tais como:

- *Corah's Dental Anxiety Scale Revised* (DAS-R) (Corah, 1968) (Anexo A);
- *Dental Concerns Assessment* (*Oregon Health Sciences University School of Dentistry;* Clarke; Rustvold, 1993) (Anexo B);
- Anamnese (Anexo C);
- Realização de exames complementares tais como: hemograma completo; coagulograma Completo, níveis de glicemia;
- Ficha de monitoramento (Anexo D);
- Teste de Trieger (Anexo E);
- Questionário qualitativo – Discurso do Sujeito Coletivo (Lefevre et al., 2000) (Anexo F).

Estes pacientes foram medicados com Maleato de midazolam e/ou Óxido Nitroso nas doses recomendadas pelos fabricantes, à medida que eram monitorados em sua pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória e saturação periférica de Oxigênio (Oxímetro de pulso - JG Moriyá®).

4.6 Grau de vulnerabilidade dos sujeitos e medidas protetoras propostas

O pesquisador assumiu o compromisso de que os dados obtidos da pesquisa seriam utilizados somente para os fins explicitados, buscando criar um vínculo de respeito e confidencialidade entre pesquisador/profissional e paciente.

Para preservar a identidade dos pacientes selecionados para a pesquisa, os nomes e quaisquer outros dados que pudesse identificá-los foram omitidos por

motivos éticos. Os nomes dos pacientes foram modificados pelo programa de computador Qualiquantisoft, sendo então nominados como Fóbico 001 à Fóbico 010.

Os pacientes incluídos nesta pesquisa não foram submetidos a nenhum outro tipo de teste e/ou medicamento que os já determinados, ou qualquer outra terapêutica diferente da indicada no presente estudo, com a qual concordaram e para a qual assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo G).

4.7 Avaliação do binômio risco-benefício

Riscos: complicações em potencial no caso da sedação consciente: depressão respiratória; hipóxia, taquicardia; obstrução respiratória; complicações cardiovasculares; disritmias, hipotensão; alergias; náusea/vômito. Destas complicações, as mais frequentes são: hipóxia, taquicardia; hipotensão, náusea/vômito. Tais complicações estão diretamente relacionadas ao procedimento de cirurgia oral menor.

A pesquisa não apresenta risco adicional ao participante, uma vez que não serão realizados outros procedimentos além dos que o paciente necessita para o tratamento odontológico, no caso uma cirurgia oral menor. A realização da pesquisa baseou-se nas respostas dos pacientes aos questionários, já que o paciente teria que realizar o procedimento de cirurgia oral menor de qualquer forma, devido às suas necessidades de tratamento odontológico. Além disso, todos os procedimentos foram monitorados e todos os exames e dados pertinentes ao tratamento foram anexados ao estudo.

Benefícios: ao se realizar o presente estudo foi alcançado o efeito ansiolítico do Maleato de midazolam e/ou Óxido Nitroso no controle dos pacientes odontofóbicos submetidos à cirurgia oral menor. Também foi possível estabelecer critérios para o uso da sedação consciente, a partir da análise dos efeitos ansiolíticos destes pacientes odontofóbicos e o controle destas reações, já descritos na revisão da literatura.

4.8 Tratamento dos dados

Os questionários respondidos previamente foram analisados e foram colhidas as impressões verbais e emocionais dos pacientes participantes da pesquisa por ocasião da remoção da sutura.

O método empregado foi o de corte qualitativo, descritivo e exploratório, utilizando-se o discurso do sujeito coletivo sugerido por Lefevre et al. (2000). Lefevre et al. (2010) apresentaram a utilização da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como possibilidade de superação de alguns impasses e insuficiências das pesquisas tradicionais de opinião. A proposta do DSC é de introduzir, com vistas a recuperar na escala coletiva, a integridade da opinião, como uma variável essencialmente discursiva, o que se chamou de primeira pessoa coletiva do singular, que configura a opinião como expressão de um “eu ampliado”. Assim, para se conseguir, por meio de uma pesquisa “empírica”, a opinião de uma coletividade e para que se possa conhecer a opinião coletiva expressada diretamente, foi sempre necessário contornar o problema, pois tal opinião coletiva precisaria, necessariamente, ser reconstruída, desde que em uma perspectiva estritamente positivista, só a opinião individual parece existir. Os autores concluíram que o pensamento das coletividades é um referendo, descrito pelo DSC e interpretado pelo meta-discurso teórico. Além do estudo realizado por Lefevre et al. em 2000, diversos estudos que descreveram o DSC e sua importância (Lefevre et al., 2003; Sales et al., 2007; Lefevre et al., 2009; Lefevre et al., 2010).

A técnica do DSC combina perguntas fechadas e abertas, nas quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. O questionário qualitativo (Anexo F) foi desenvolvido com base na técnica proposta por Lefevre et al. (2000). As questões serão abertas (não optativas, com livre resposta e argumentação do entrevistado) e, se houver necessidade ou intenção tanto do pesquisador como do pesquisado, outras perguntas se somarão ao rol apresentado no questionário atual (Anexo F). As

entrevistas foram gravadas digitalmente e, em seguida, transcritas na íntegra pelo pesquisador-entrevistador.

Para o tratamento dos dados foram utilizados procedimentos de tabulação e organização dos dados discursivos, sobretudo, daqueles provenientes de depoimentos orais.

A manipulação dos dados desta pesquisa seguiram as seguintes etapas:

- Seleção das expressões-chave de cada discurso particular. Tais expressões são segmentos contínuos ou descontínuos de discurso que revelam o principal do conteúdo discursivo, representam uma espécie de prova das idéias centrais do entrevistado.
- Identificação da idéia central de cada uma dessas expressões-chave, que são a síntese do conteúdo dessas expressões, ou seja, o que elas querem efetivamente dizer.
- Identificação das ideias centrais semelhantes ou complementares.
- Reunião das expressões-chave referentes às idéias centrais semelhantes ou complementares, em um discurso síntese que é o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Em síntese, o discurso do sujeito coletivo representa um recurso metodológico destinado a tornar mais claras e expressivas as representações sociais, permitindo que um determinado grupo social (no caso pacientes odontofóbicos) possa ser visto como autor e emissor de discursos comuns.

Com o sujeito coletivo os discursos não se anulam e nem se reduzem a uma categoria comum unificadora, desde que o que precisa ser feito é precisamente o inverso, ou seja, reconstruir, com pedaços dos discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para se expressar uma dada “figura”, um dado pensar ou uma representação social sobre um fenômeno.

4.9 Limitações da pesquisa

O estudo foi realizado em uma única clínica odontológica, não tendo sido possível se realizar uma pesquisa mais ampla e consultar a opinião de outros pacientes odontofóbicos em outras clínicas odontológicas. Deste modo, a pesquisa foi restrita a amostra selecionada para o presente estudo e obedecendo-se os objetivos anteriormente definidos. A utilização da sedação consciente não é totalmente difundida na classe odontológica e nem tem lugar apropriado na grade curricular nas escolas de Odontologia, posto isto, temos certeza que este conteúdo poderá ser estopim para novas investigações inclusive no setor público.

5 RESULTADOS

Questão 1. Transcrição das respostas

Descreva seu medo frente ao tratamento dentário.

Fóbico01: O meu medo, como vou dizer? É de tudo, tenho medo do motorzinho, da anestesia, da cadeira. De tudo na verdade. De qualquer coisa que esteja nesta sala, inclusive do senhor.
Fóbico02: Tenho medo de tudo mais o que mais me deixa apavora da é o motor. Não é bem o motor em si, eu não tenho arrepio com o motor, tenho arrepio com a vibração dela nos meus dentes. Parece que a cabeça toda vibra, é horrível. Me encolho toda na cadeira, fico transtornadíssima.
Fóbico03: Tenho medo, um total pavor de sangue, principalmente na boca. Tenho pesadelo que estou sangrando pela boca. Já desmaiei de medo no Dentista.
Fóbico04: Tenho pavor só de escutar o motor da sala de espera.
Fóbico05: Meu medo é o da possibilidade de sentir dor com as ferramentas e os aparelhos, inclusive com o jato de água e ar.
Fóbico06: Sempre tive medo intenso e quase impeditivo, só mesmo em casos de necessidade é que eu procurava o Dentista. Muitas vezes eu ia chorando e muitas vezes eu fugia da sala de espera mesmo sabendo que minha mãe ia ficar muito brava.
Fóbico07: Sempre tive muito medo de dentista e por isso todo e qualquer tratamento que era necessário me trazia muito incomodo. Era preciso ter muita dor e desconforto para procurar ajuda. Sempre me causou revolta ter que passar por aquilo. O pavor era grande. Sei lá... Acho horrível. Não quero chegar nem perto de sala de Dentista.
Fóbico08: O medo é um sentimento, às vezes, sem fundamento. Nunca senti grandes dores durante os meus tratamentos dentários, que possa justificar o meu pânico, mas creio que ele venha da impressão que eu tenho de que, a qualquer momento, algum instrumento vai escapar da mão do dentista, ou ele vai acabar tocando algum nervo e a anestesia não estará fazendo efeito e eu vou sentir muita dor. O barulho do motorzinho para mim também é terrível. Tenho baixa tolerância à dor.
Fóbico09: Morro de medo, tenho pavor, uma angústia, só em pensar que possa ter algum problema nos dentes, antecipo tudo de ruim que pode acontecer. Só de pensar de ter que ir visitar o meu dentista, sofro por antecipação. O pavor é tenso.
Fóbico10: O meu medo é de doer. Me dá náuseas, dor de cabeça, ou seja, me sinto totalmente frágil perante o problema, porém hoje não deixo de visitar o dentista, com medo de aumentar o grau de necessidade do Profissional. Acredito que por este motivo, até o momento não precisar fazer além de pequenas restaurações e extrações em função do uso do aparelho que passei três anos em tratamento.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO Questão 1

1 - Descreva seu medo frente ao tratamento dentário

RESULTADOS QUANTITATIVOS

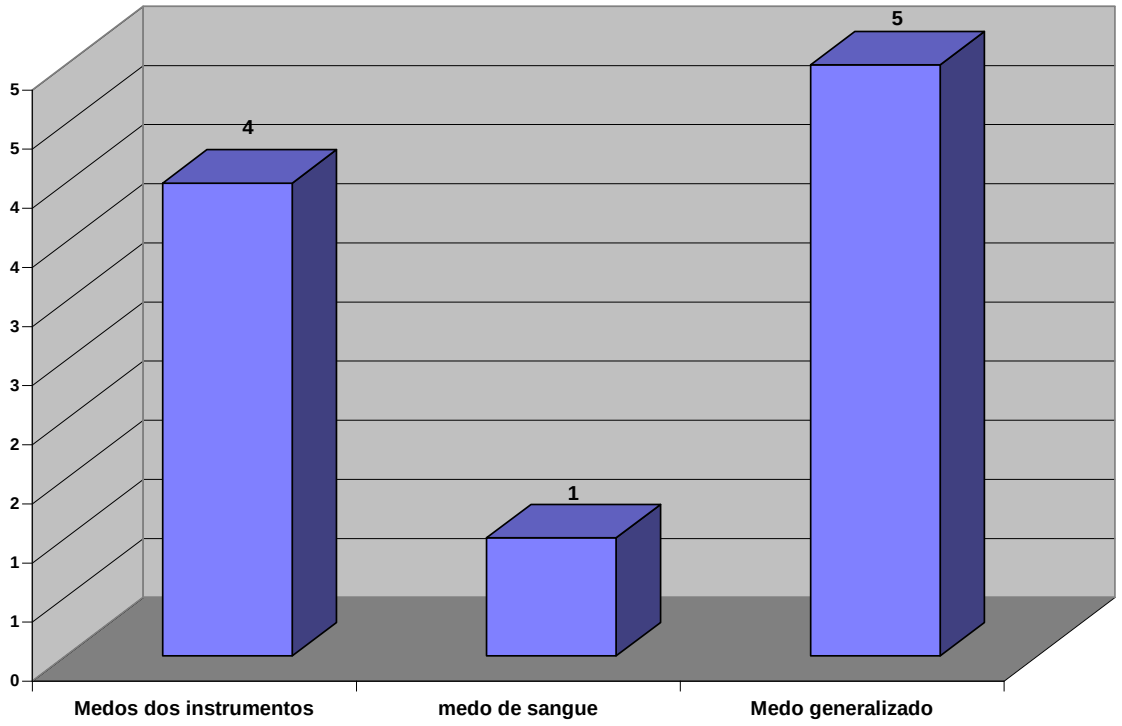


Gráfico 5.1 - Resultado quantitativo referente questão 1

RESULTADOS QUALITATIVOS – Questão 1

DSC A- Medos dos instrumentos

Meu medo é de sentir dor com as ferramentas e os aparelhos, inclusive com o jato de água.

Nunca senti grandes dores durante os meus tratamentos dentários, que possam justificar o meu pânico, mas a impressão que eu tenho é que, a qualquer momento, algum instrumento vai escapar da mão do dentista, ou ele vai acabar tocando algum

nervo e a anestesia não estará fazendo efeito e eu vou sentir muita dor, pois tenho baixa tolerância à dor.

O que mais me deixa apavorada é o motor. O barulho do motorzinho. Tenho pavor só de escutar o motor da sala de espera. Não é bem o motor em si, eu não tenho arrepio com o motor, tenho arrepio com a vibração dele nos meus dentes. Parece que a cabeça toda vibra, é horrível. Me encolho toda na cadeira, fico transtornadíssima.

DSC B-Medo de sangue

Tenho medo, um total pavor de sangue, principalmente na boca. Tenho pesadelo que estou sangrando pela boca. Já desmaiei de medo no Dentista.

DSC C- Medo generalizado

O meu medo é de tudo, tenho medo do motorzinho, da anestesia, da cadeira, realmente de qualquer coisa que esteja nesta sala, inclusive do senhor. Foi preciso muita dor e desconforto para procurar ajuda, era quase impeditivo. Muitas vezes eu ia chorando e fugia da sala de espera. Este medo me dá náuseas, dor de cabeça, me sinto frágil perante o problema, porém hoje não deixo de visitar o dentista, com medo de aumentar o grau de necessidade do profissional.

Questão 2 – Transcrição das respostas

Como e porque começou este medo?

Fóbico01: Acho que este medo começou na minha adolescência, pois quando eu tive três dentes arrancados de uma vez por causa de um acidente. Não tinha dinheiro para tratar e o meu dentista anestesiou e tirou os três.
Fóbico02: Desde menina que eu tenho medo de Dentista, só ia amarrada. O Dentista era muito nervoso e não tinha paciência. Lembro que entrava chorando e saia chorando. Às vezes não deixava tratar e ele me mandava embora. Quando meu pai me levava eu tinha que obedecer e ficava quieta. Ele era muito severo.
Fóbico03: Desde pequena no grupo escolar eu já ficava arrepiada quando era dia de Dentista.
Fóbico04: Meu medo vem desde a escola. Quando eu tinha que ir ao Dentista da Escola eu já ficava apavorada.
Fóbico05: Não sei por quê. Mas, desde que me lembro tenho medo de dentista, meus pais contam que era impossível me levar ao dentista e tomar uma simples injeção no braço ou nas nádegas. Sinto medo de sentir DOR.
Fóbico06: Não sei como isso começou, mas sei que se agravou muito desde que tive uma Síndrome do Pânico de 2000 a 2005.
Fóbico07: e começou o horror a qualquer tipo de dor. Mesmo o dentista me dizendo que não iria doer, eu não acreditava e suava muito e me dava vontade de chorar. O medo era do barulhinho do motorzinho do dentista. Depois foi aumentando
Fóbico08: difícil de lembrar, mas acho que tenho este medo desde sempre. Não me recordo de um ponto específico. Deve ser desde criança.
Fóbico09: Depois que fiquei grávida, tive que realizar o meu primeiro canal, aquilo para mim, foi uma decepção, sempre tratei dos meus dentes muito bem, faço visita ao dentista preliminarmente, e pra eu perder o dente e passar por todo o processo do canal, foi muito desesperador.
Fóbico10: Foi na minha infância, me lembro como se fosse hoje, minha Mãe me levou numa Dentista de Sindicato, onde não tinha um mínimo de paciência com criança e muito menos com criança que tinha medo de Dentista, sei que fugi da cadeira chorando muito e gritando que ali não voltaria mais, onde só agravou o meu problema de “MEDO DE DENTISTA”.

Discurso do Sujeito Coletivo

2 - Como e porque começou este medo?

Resultados Quantitativos

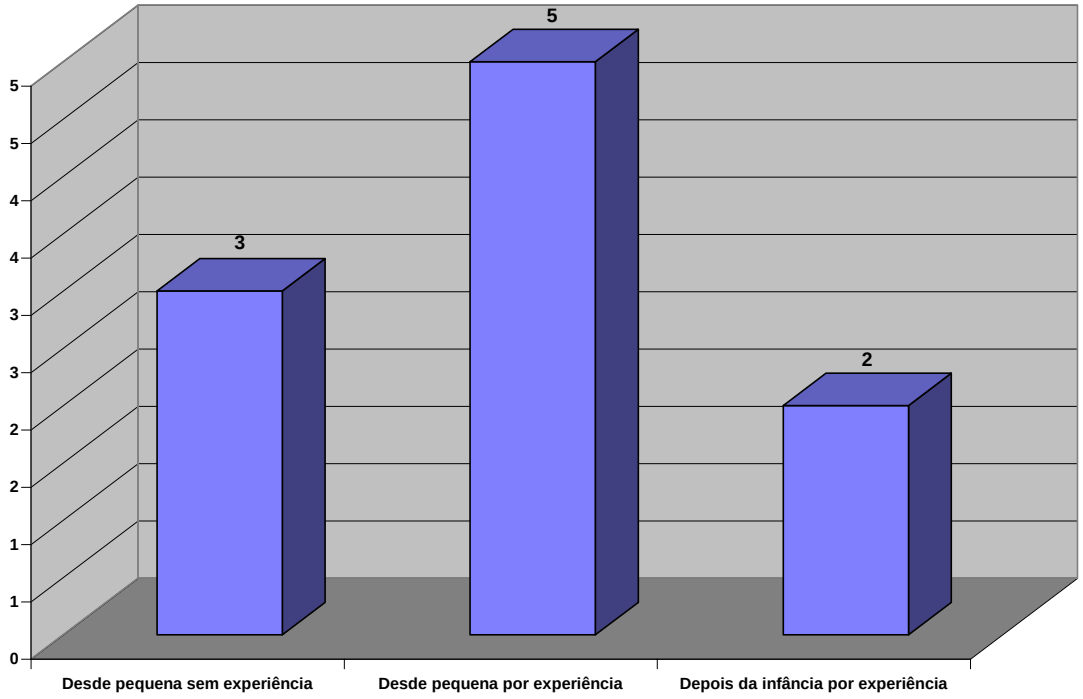


Gráfico 5.2 - Resultado quantitativo referente a questão 2

Resultados Qualitativos

Discurso do Sujeito Coletivo

2 - Como e porque começou este medo?

DSC A – Desde menina sem experiência

Desde menina que eu tenho medo de Dentista, só ia amarrada. O Dentista era muito nervoso e não tinha paciência. Lembro que entrava chorando e saia chorando. Às vezes não deixava tratar e ele me mandava embora. Quando meu pai me levava eu

tinha que obedecer e ficava quieta. Ele era muito severo.Difícil de lembrar, mas acho que tenho este medo desde sempre. Não me recordo de um ponto específico, mas sei que se agravou muito desde que tive uma Síndrome do Pânico de 2000 a 2005.

DSC B- Desde pequena por experiência

Meu medo vem desde a escola. Desde pequena no grupo escolar eu já ficava arrepiada quando era dia de Dentista.

Quando era minha vez então ficava apavorada. Meus pais contam que era impossível me levar ao Dentista e tomar uma simples injeção no braço ou nas nádegas. Sinto medo de sentir DOR. O medo inicialmente, era do barulhinho do motorzinho, mas depois ficou generalizado, mesmo o Dentista me dizendo que não iria doer, eu não acreditava e suava muito e me dava vontade de chorar. Os Dentistas de escola não tinham um mínimo de paciência com criança e muito menos com criança que tinha medo, sei que fugia da cadeira chorando muito e gritando que ali não voltaria mais.

DSC C - Depois da infância por experiência.

Acho que este medo começou na minha adolescência, pois quando eu tive três dentes arrancados de uma vez por causa de um acidente. Não tinha dinheiro para tratar e o meu dentista anestesiou e tirou os três. Depois que fiquei grávida, tive que realizar o meu primeiro canal, aquilo para mim, foi uma decepção pois sempre tratei dos meus dentes muito bem e faço visita ao dentista regularmente e me ver perder o dente e passar por todo o processo do canal, foi muito desesperador.

Questão 3 – Transcrição das respostas

Como você resolvia este medo tempos atrás?

Fóbico01: Eu na verdade não resolvia. Eu ia ao dentista quando tava doendo. Tomava anestesia e tinha de fazer canal e eu não voltava mais. Já deixei muito tratamento pago e não voltei pra terminar. Era só tomar anestesia que não voltava mais.
Fóbico02: Ficava quieta quando meu pai ia junto e dava escândalo quando minha mãe me levava. Já mais crescidinha me controlava mais e deixava tratar com muito medo de dor, sempre fui muito patife pra dor.
Fóbico03: Eu apenas ia ao Dentista quando tinha dor, chorava um choro contido, mas não caia do salto. Agüentava firme, só porque estava com mais dor que medo.
Fóbico04: Não me lembro de como eu fazia, mas sei que perdi alguns dentes por conta disto. Quando fiquei mais moça eu lembro que eu ia quando já era tarde demais. Hoje mudou bastante. Até faço algumas coisa numa boa, fico apreensiva mas faço. Quando o tratamento é mais grave ai eu peço para meu Dentista me sedar, pra eu não ver.
Fóbico05: Sempre que eu ia ao dentista quando menor era levada por meus Pais a base de ameaças de perda dos dentes e sempre havia uma recompensa de brinquedo de meus pais ou do dentista. Nunca tive muitos problemas de caries. Quando minha irmã se formou e passei a tratar com ela meu medo diminuiu em 50%, pois, tenho intimidade para demonstrar minha covardia de dentista e ela tem muita paciência e calma comigo, mais ainda assim fico bem apreensiva.
Fóbico06: Nunca houve uma solução anterior, acho que nunca terá. Meu antigo dentista era amigo da família e tinha uma confiança e eu podia interromper o tratamento se eu tivesse algum tipo de dor. Ele não se incomodava se eu desistisse do atendimento e eu por medo sempre corria. Acho que isto tudo só piorava porque eu começava a ter dores e tinha que voltar. Era um círculo vicioso.
Fóbico07: Não resolvia apenas criava coragem e ficava quietinha prá poder tratar os dentes normalmente. Mas o medo contiuava la dentro da alma {risos}

Fóbico08: A minha "técnica" é permanecer com os olhos para não perceber a movimentação do dentista, e assim não ver os instrumentos. O que os olhos não veem o coração não sente.
Fóbico09: Antes de eu engravidar, não tinha medo, acho até por nunca ter feito nenhum procedimento diferente nos dentes, era bem corajosa. Eu não tinha noção de poderia ter dores e quando apareceu um problema de canal, tudo explodiu.
Fóbico10: Ainda na infância, minha Mãe viu a necessidade de fazer um tratamento dentário particular, para tentar salvar os meus dentes, pois todos os dentes de leite estavam cariados e eu tinha muito mal hálito, onde já estava inclusive afetando o meu desenvolvimento na Escola, pois eu morria de vergonha dos meus colegas. Essa Profissional foi muito bem recomendada por outras pessoas, e o que foi

decisivo para a escolha dela, foi ser pediátrica e meio Pisicóloga, pois já estava crônico o meu problema.

Discurso do Sujeito Coletivo - Questão 3

3 - Como você resolvia este medo tempos atrás?

RESULTADOS QUANTITATIVOS

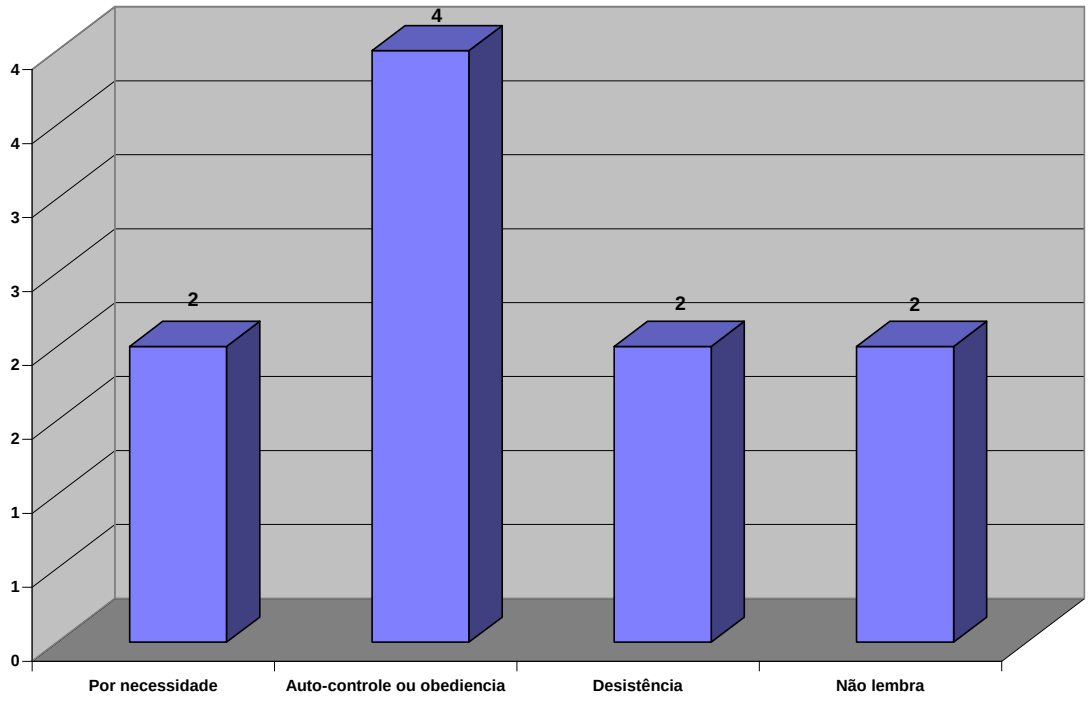


Gráfico 5.3 - Resultado quantitativo referente a questão 3

RESULTADOS QUALITATIVOS

DSC A - Por Necessidade

Eu apenas ia ao Dentista quando tinha dor, chorava um choro contido, mas não caia do salto. Agüentava firme, só porque estava com mais dor que medo. Ainda na infância, minha Mãe viu a necessidade de fazer um tratamento dentário particular,

para tentar salvar os meus dentes, pois todos os dentes de leite estavam cariados e eu tinha muito mal hálito, onde já estava inclusive afetando o meu desenvolvimento na Escola, pois eu morria de vergonha dos meus colegas. Essa Profissional foi muito bem recomendada por outras pessoas, e o que foi decisivo para a escolha dela, foi ser pediátrica e meio Pisicóloga, pois já estava crônico o meu problema.

DSC B- Controle próprio ou por obediência

Sempre que eu ia ao dentista quando menor era levada por meus Pais a base de ameaças de perda dos dentes e sempre havia uma recompensa de brinquedo de meus pais ou do dentista. Ficava quieta quando meu pai ia junto e dava escândalo quando minha mãe me levava. Já mais crescidinha me controlava mais e deixava tratar com muito medo de dor, sempre fui muito patife pra dor. Quando minha irmã se formou e passei a tratar com ela meu medo diminuiu em 50%, pois, tenho intimidade para demonstrar minha covardia de dentista e ela tem muita paciência e calma comigo, mais ainda assim fico bem apreensiva, apenas criava coragem. A minha "técnica" é permanecer com os olhos fechados para não perceber a movimentação do dentista, e assim não ver os instrumentos. O que os olhos não veem o coração não sente.

DSC C -Desistência

Eu na verdade não resolvia. Eu ia ao dentista quando tava doendo. Tomava anestesia e tinha de fazer canal e eu não voltava mais. Já deixei muito tratamento pago e não voltei pra terminar. Era só tomar anestesia que não voltava mais. Nunca houve uma solução anterior, acho que nunca terá. Meu antigo dentista era amigo da família e tinha uma confiança e eu podia interromper o tratamento se eu tivesse algum tipo de dor. Ele não se incomodava se eu desistisse do atendimento e eu por

medo sempre desistia. Acho que isto tudo só piorava porque eu começava a ter dores e tinha que voltar. Era um círculo vicioso.

DSC D - Não lembro

Não me lembro de como eu fazia, mas sei que perdi alguns dentes por conta disto. Quando fiquei mais moça eu lembro que eu ia quando já era tarde demais. Hoje mudou bastante. Até faço algumas coisa numa boa, fico apreensiva mas faço. Quando o tratamento é mais grave ai eu peço para meu Dentista me sedar, pra eu não ver. Antes de eu engravidar, não tinha medo, acho até por nunca ter feito nenhum procedimento diferente nos dentes, era bem corajosa. Eu não tinha noção de poderia ter dores e quando apareceu um problema de canal, tudo explodiu.

Questão 4 – Transcrição das respostas

Como é sua noite antes do tratamento a ser realizado na manhã seguinte?

Fóbico01: Eu nunca tive nervosismo antes da consulta. Sempre apertava quando eu chegava na sala de espera. Ai sim começava o pavor. Claro que sempre me segurava, mas sofria muito por dentro.
Fóbico02: Hoje com tantos afazeres acabo tentando não pensar, mas ficou bastante apreensiva.
Fóbico03: Como eu disse , já tive vários pesadelos com sangramento na boca. Nem durmo direito, com medo do Dentista e do pesadelo.....
Fóbico04: Não consigo dormir de jeito nenhum. Fico roando na cama.
Fóbico05: Desde que eu marcava o dentista ficava sofrendo por antecipação, tinha até dores de cabeça.
Fóbico06. Não consigo dormir, fico muito apreensiva. Acho que esta ansiedade que passo de noite me prejudica ainda mais.
Fóbico07: Péssima..anciosa por demais, difícil explicar. Não consigo dormir, nem ver televisão eu consigo, o negocio é sério.
Fóbico08: Tranquila não sinto nada de especial. Meu nervosismo começa apenas na hora em que sento na cadeira do dentista.
Fóbico09: Sofrido, mal dormia, só em pensar que poderia sofrer na cadeira e não ter ação nenhuma, me sinto impotente. Muito medo...

Fóbico10: Muito medo, me vinha as imagens do passado, pois já sofri de mais nas mãos de Profissionais errados...

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 4

4 - Como é sua noite antes do tratamento a ser realizado na manhã seguinte?

RESULTADOS QUANTITATIVOS

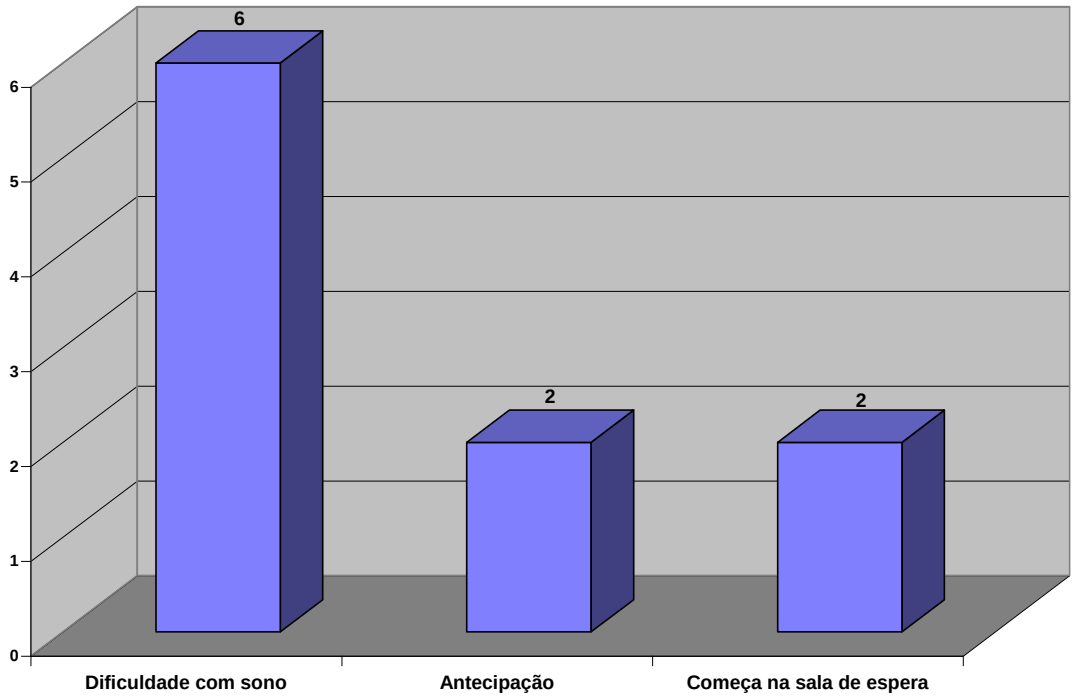


Gráfico 5.4 - Resultado quantitativo referente a questão 4

RESULTADOS QUALITATIVOS

DSC A- Dificuldade com sono

Já tive vários pesadelos com sangramento na boca. Nem durmo direito, com medo do Dentista e do pesadelo. Não consigo dormir de jeito nenhum. Fico rolando na cama. Acho que esta ansiedade que passo de noite me prejudica ainda mais. Me sinto péssima, ansiosa por demais, difícil explicar. Não consigo nem ver televisão, o negocio é sério. É uma noite sofrida, mal dormida, só em pensar que poderia sofrer na cadeira e não ter ação nenhuma, me sinto impotente. Muito medo. Muito medo, me vinha as imagens do passado, pois já sofri de mais nas mãos de Profissionais errados...

DSC B - Hoje com tantos afazeres acabo tentando não pensar, mas ficou bastante apreensiva. Mas muito frequentemente, desde que eu marcava o dentista ficava sofrendo por antecipação, tinha até dores de cabeça.

DSC C - Eu nunca tive nervosismo antes da consulta. Sempre apertava quando eu chegava na sala de espera. Ai sim começava o pavor. Claro que sempre me segurava, mas sofria muito por dentro. À noite fico tranquila não sinto nada de especial. Acho que o nervosismo começa apenas na hora em que sento na cadeira do dentista.

Questão 5 Transcrição das respostas

Descreva sua ansiedade quando você chega a clínica para o procedimento.

Fóbico01: Fico muito nervosa, começo a suar frio e muitas vezes saio da sala sem atendimento. Já fingi telefonemas de última hora pra escapar do atendimento
Fóbico02: é quando o terror realmente começa. Fico suando frio, mas quando a Evandra me oferece o medicamento eu melhoro. Não é sempre, depende do que o Doutor vai fazer, as vezes é mais light.
Fóbico03: Quando eu chego no consult=orio já estou passando mal, suando e querendo ir embora. Só fico proque preciso.

Fóbico04: Fico muito nervosa na sala de espera. Quando chama o meu nome piora muito.
Fóbico05: Fico bastante ansiosa , mas hoje procuro ficar mais calma e não pensar, fico com frio na barriga, como se estivesse descendo uma montanha russa ou indo fazer prova.
Fóbico06: Não obstante eu tenha uma gigantesca confiança nos profissionais que irão me atender, o desespero é geral. Tanto físico quanto emocional.
Fóbico07: Sempre com muito medo, não tem jeito, com muito medo mesmo...sentia um mal estar básico com suor nas mãos e um pouco de tontura.
Fóbico08: Levemente ansiosa. Mas reafirmo que o meu nervosismo começa na hora em que sento na cadeira do dentista. Quando começa o procedimento.
Fóbico09: Super nervosa, stress total...Se não tem noção..
Fóbico10: Nervosa, pálida e trêmula...

Discurso do Sujeito Coletivo 5

5 - Descreva sua ansiedade quando você chega a clínica para o procedimento.

Resultados Quantitativos

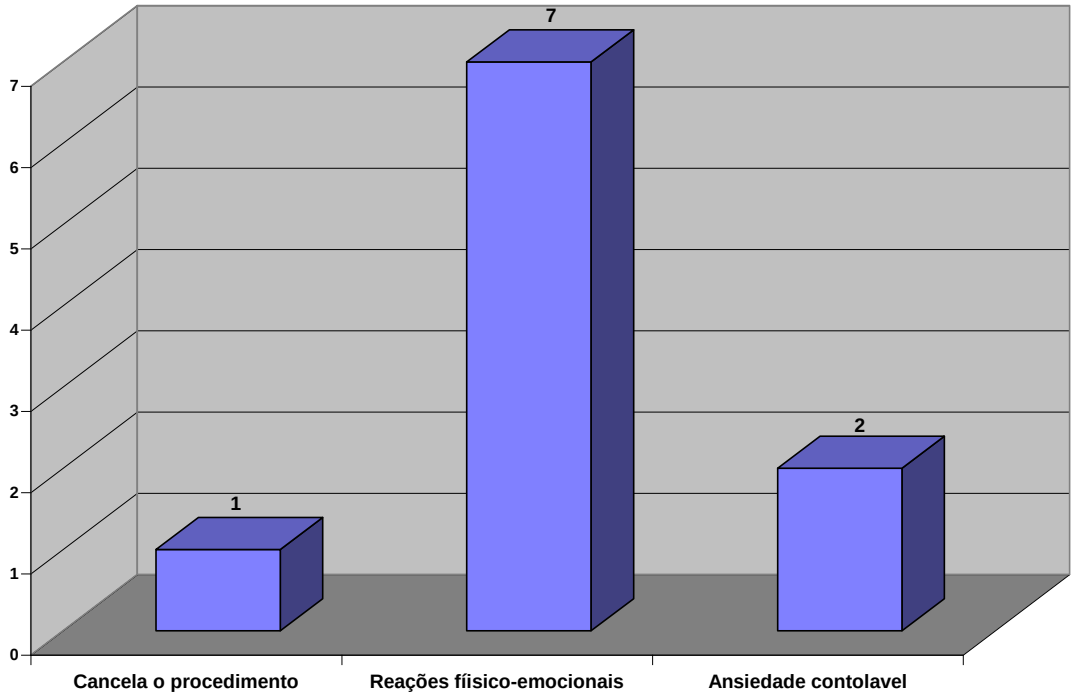


Gráfico 5.5 **-** Resultado quantitativo referente a questão 5

Resultados Qualitativos

DCS A - Fico muito nervosa, começo a suar frio e muitas vezes saio da sala sem atendimento. Já fingi telefonemas de última hora pra escapar do atendimento

DSC B - -Quando eu chego no consultório já estou passando mal, suando e querendo ir embora. Só fico porque preciso. É quando o terror realmente começa. Fico suando frio, sempre com muito medo, não tem jeito, sinto um mal estar básico com suor nas mãos e um pouco de tontura, mas quando a recepcionista me oferece o medicamento eu melhoro. Não é sempre, depende do que o Doutor vai fazer, as vezes é mais light. Não obstante eu tenha uma gigantesca confiança nos profissionais que irão me atender, o desespero é geral. Tanto físico quanto emocional. Dependendo do tratamento, se não sou sedada, fico em estresse total..Voce não tem noção...Nervosa, pálida e trêmula...

DSC C - Fico muito nervosa na sala de espera. Quando chama o meu nome piora muito. Mas reafirmo que o meu nervosismo começa na hora em que sento na cadeira do dentista. Quando começa o procedimento.

Questão 6 – Transcrição das respostas

Descreva o que se passou após utilizarmos o sedativo escolhido para você

Fóbico01: Me deram Dormonid. Isso me alcamou pois eu na primeira vez tomei o comprimido, dormi e não vi nada. Fiquei muito mais tranqüila e todas as ezes que tinha que voltar e sabia que podia usar o remédio eu vinha mais sossegada. Hoje eu

até faço outras coisas sem o comprimido, mas pra passar por cirurgia, tratamento de canal, so se usar o comprimido

Fóbico02: Foi tudo de bom, adorei esta situação de dormir enquanto me tratava.

Fóbico03: Acho que é um divisor de águas, não imagino fazer tratamento sem ele. Apesar de não precisar de tratamentos gravesw e difíceis, eu sabendo do dormonid eu fico bem mais tranqüila.

Fóbico04: Fiquei muito bem pois não lembro nem de ter começado. A moça da recepção me deu o comprimido e eu apaguei. Disseram que eu comecei dormir lá na recepção mesmo.

Fóbico05: A meu ver o sedativo de oxitro-nitroso não me ajudou em nada, pois, acabava ficando consciente pois eu respirava pela boca para não perder minha concentração na dentista e o efeito não era o que eu esperava. Com o comprimidinho mágico, isso tudo mudou, pois, já fiz 3 canais e minha segurança é que não senti nenhuma dor – claro levando em conta a confiança e a intimidade e liberdade com o dentista.

Fóbico06. Usei DORMONID. Na primeira vez que usei cheguei até dormir, na segunda fique extremamente relaxada, mas ainda com bomnível de consciência. Lembro bem do que estavam fazendo, reconheci que estavam dando pontos por exemplo, mas reagí bem.

Fóbico07: Fiquei muito bem e o tratamento transcorreu muito fácil. Não consegui acreditar que estava em consultório dentário

Fóbico08: lembro só que fui adormecendo, depois não me lembro de nada. Quando terminou a cirurgia dos sisos o Doutor me acordou mas também não me lembro de nada. Foi tudo de bom, não senti nada.

Fóbico09: Usei o gás, primeiro foi um teste, pra ver se eu consiga relaxar, pois não deixava o meu dentista colocar a
mão na minha boca para poder aplicar anestesia... Passou alguns minutinhos fui relaxando, ficando tranqüila, não fiquei
dopada, super consciente, mas relaxada, gostei muito, sempre quando preciso realizar algum procedimento nos dentes
penso em usar o gás.

Fóbico10: Tive duas experiências novas:

A. Antes de iniciar o tratamento ortodôntico, fiz uma panorâmica da face que permitisse diagnosticar um cronograma de necessidade para um melhor resultado, e a primeira ação foi a retirada dos quatro dentes do siso, onde foi a minha agonia torturante. Na época a maneira que encontrei e meu Dentista (Dr. Francisco) também para eu conseguir deixar realizar o procedimento, foi me internar numa clínica e enfrentar uma mesa de cirurgia utilizando anestesia geral para a extração dos dentes. E assim foi feito...e o pior dessa história toda não foi fazer tudo isso e sim descobrir tempos depois que tenho mais um dente do siso, isso mesmo, descobri o quinto dente do siso, com certeza isso só acontece para um histórico como o meu, portanto hoje, ainda tenho que resolver esse problema, para não afetar o tratamento ortodôntico que fiz com tanto sacrifício;

B. No meio do tratamento ortodôntico, houve a necessidade de extrair também os quatro dentes pré molares, mais uma missão para o tão paciente D. Francisco, usar de toda sua Psicologia comigo, pois a extração desses dentes não justificaria uma cirurgia com anestesia geral, portanto, foi utilizado o gás relaxante, onde logicamente não funcionou comigo...teve que haver todo um preparo de convencimento por parte do Dr. Francisco e inclusive a minha Mãe teve que ficar dentro da sala junto aos meus pés com todo carinho passando a mão e conversando e conversando até eu relaxar....foi difícil. Lembrando que quando isso ocorreu eu já estava com os meus 35 anos de idade, rsrs.

DISCURSO DO SJEITO COLETIVO 6

6 - Descreva o que se passou após utilizarmos o sedativo escolhido para você

Resultado Quantitativo

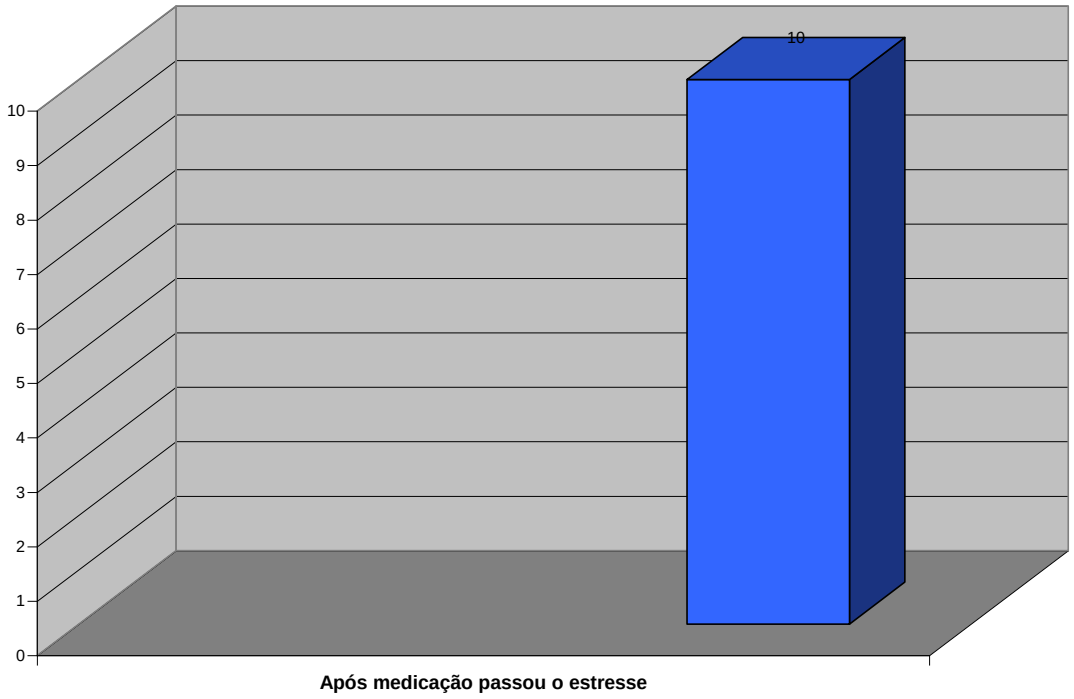


Gráfico 5.6 **-** Resultado quantitativo referente a questão 6

Resultado Qualitativo

DSC A – Após a medicação passou o estresse

Me deram Dormonid. Isso me acalmou pois eu na primeira vez tomei o comprimido, dormi e não vi nada. Fiquei muito mais tranqüila e todas as vezes que tinha que voltar e sabia que podia usar o remédio eu vinha mais sossegada. Hoje eu até faço outras coisas sem o comprimido, mas pra passar por cirurgia, tratamento de canal, so se usar o comprimido. Foi tudo de bom, adorei esta situação de dormir enquanto me tratava.

Acho que é um divisor de águas, não imagino fazer tratamento sem ele. Dormonid eu fico bem mais tranqüila. Fiquei muito bem pois não lembro nem de ter começado. A moça da recepção me deu o comprimido e eu apaguei. Disseram que eu comecei dormir lá na recepção mesmo. Usei o gás, primeiro foi um teste, pra ver se eu consiga relaxar, pois não deixava o meu dentista colocar a mão na minha boca para poder aplicar anestesia... Passaram se alguns minutinhos fui relaxando, ficando tranqüila, não fiquei dopada, super consciente, mas relaxada, gostei muito, sempre quando preciso realizar algum procedimento simples nos dentes penso em usar o gás.

A meu ver o sedativo de óxido-nitroso não me ajudou muito, pois, acabava ficando consciente pois eu respirava pela boca para não perder minha concentração na dentista e o efeito não era o que eu esperava. Com o comprimidinho mágico, isso tudo mudou, pois, já fiz 3 canais e minha segurança é que não senti nenhuma dor - claro levando em conta a confiança e a intimidade e liberdade com o Dentista. Na segunda fique extremamente relaxada, mas ainda com bom nível de consciência. Lembro bem do que estavam fazendo, reconheci que estavam dando pontos por exemplo, mas reagí bem, o tratamento transcorreu muito fácil. Não consegui acreditar que estava em consultório. Quando terminou a cirurgia, o Doutor me acordou mas também não me lembro de nada. Foi tudo de bom, não senti nada.

Questão 7 – Transcrição das respostas

Como foi a sua recuperação logo após o fim do procedimento?

Fóbico01: Sempre tive ótima recuperação, tomei sempre os medicamentos na hora certa, então não sofri nada. Meu problema é durante.
Fóbico02: Fiquei sonolenta, fui pra casa. Não lembro de muita coisa, sei que dormi muito e acordei um pouquinho inchada.
Fóbico03: Fique super bem, nem credito que tirei todos os dentes de uma vez. Milagre. Dormi muito depois.
Fóbico07: Foi ótima...apenas um pouco fora do ar..nada que durasse muito. Fiquei sonolenta o resto do dia. Este negócio de apagar durante o tratamento me deixou muito mais confiante.
Fóbico04: Tirando o inchaço e a dor no lugar dos implantes eu fiquei bem. Os pontos me incomodaram um pouco mais depois que o senhor aparou eu melhorei rapindinho.
Fóbico05: Quando acabo meu tratamento, sinto-me apreensiva, pois, por incrível que parece penso que nunca acaba, pois, terei que ir ao dentista outras vezes durante minha vida e tenho medo dos próximos procedimentos. Quando acabo ainda continuo a me sentir tranquila e isso dura durante umas horas
Fóbico06: Sem qualquer tipo de dor e sem o desconforto de sempre.
Fóbico08: Quando o dentista sugeriu o remédio eu logo aceitei, mas não imaginei que fosse tão bom. Eu só sei que ele tirou meus quatro dentes de uma vez e economizei muito tempo e sofrimento.
Fóbico09: Muito boa, sair normal, muito tranqüila, não fiquei com a sensação que havia tomado algum remédio pra dormir.
Fóbico10: Ambos os procedimentos acima foram traumáticos. Mas acho que o uso do comprimido faz muita diferençao do tratamento normal. Mas o meu caso acho que só com anestesia geral mesmo.

Discurso do Sujeito coletivo 7

7 - Como foi a sua recuperação logo após o fim do procedimento?

Resultados quantitativos

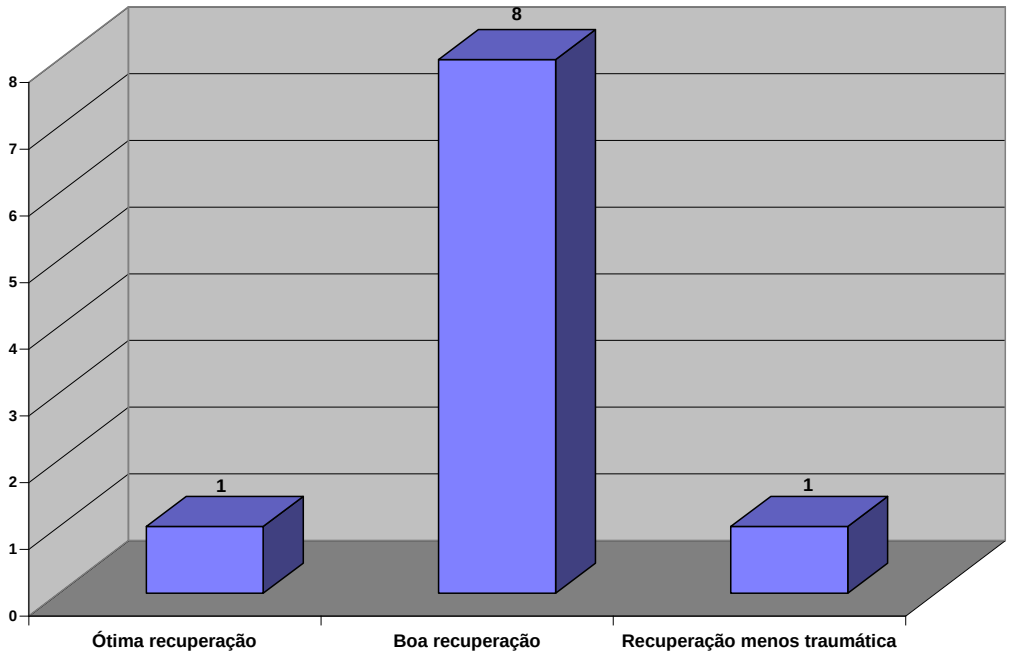


Gráfico 5.7 - Resultado quantitativo referente a questão 7

Resultados Qualitativos

DSC – A – Ótima recuperação

Foi ótima, apenas um pouco fora do ar..nada que durasse muito. Fiquei sonolenta o resto do dia. Este negócio de apagar durante o tratamento me deixou muito mais confiante

DSC – B – Boa recuperação

Quando o dentista sugeriu o remédio eu logo aceitei, mas não imaginei que fosse tão bom.Sempre tive ótima recuperação, tomei sempre os medicamentos na hora certa, então não sofri nada. Meu problema é durante. Fiquei sonolenta, fui pra casa. Não lembro de muita coisa, sei que dormi muito e acordei um pouquinho inchada, nem credito que tirei todos os dentes de uma vez. Um milagre. Dormi muito depois, porém não fiquei com a sensação que havia tomado algum remédio pra dormir. Os pontos me incomodaram um pouco mais depois que o senhor aparou eu melhorei rapindinho. Quando acabo o tratamento combinado, sinto-me apreensiva, pois sei que terei que ir ao dentista outras vezes durante minha vida e tenho medo dos próximos procedimentos. Quando acabo de imediato, ainda continuo a me sentir tranquila e isso dura durante umas horas.

DSC – C – Experiência apenas menos traumática.

Ambos os procedimentos acima foram traumáticos. Mas acho que o uso do comprimido faz muita diferença do tratamento normal. Mas o meu caso acho que só com anestesia geral mesmo.

Questão 8 – Transcrição das respostas

Qual a sua opinião sobre o uso deste medicamento? Descreva efeitos, memórias, desconfortos, etc.

Fóbico01: Nas primeiras vezes eu não me lembro de nada, mas depois de algumas sessões de cirurgias, pois tive muitas, me lembro de vocês conversando durante a cirurgia, de alguns barulhos mas nada que me traga lembrança ruim. As memória são meio vagas como se fossem sonhos. Eu lembro sim que eu estava sentindo muita dor na segunda cirurgia e vocês não perceberam. Senti muita dor mas não me lembro como terminou.
Fóbico02: Gostei muito, quero sempre utilizá-lo.

Fóbico03. Acho muito válido usar este rem´dio, pois me ajudou muito.
Fóbico04: Adorei. Eu até recomendei para as outras pessoas.
Fóbico05: Como dito acima o comprimido é o máximo. Ocorre que, já em algumas ocasiões não consegui pegar no sono e senti e vi tudo. Entretanto quando faz o efeito desejado, sinto uma tranqüilidade, embora sei tudo o que está acontecendo, mas meu corpo e mente ficam calmos.
Fóbico06: Achei muito eficiente e sem maiores consequências. Não penso mais em ficar sem essa medicação. Não me lembro de nada que ocorreu. Acho que isso é muito bom, eu não quero lembrar de nada mesmo.
Fóbico07: O Dormonid é um bom medicamento mas eu uso de vez em quando para dormir. Acho que pra mim tinha que ser mais forte.
Fóbico08: Gostei muito. Não senti qualquer efeito colateral, tampouco qualquer desconforto.
Fóbico09: Eu acho esse tipo de procedimento muito valido, pois existem diversas pessoas com vários medos (como eu), é uma forma de deixar a pessoa mais tranqüila, para que o dentista consiga realizar o tratamento de forma eficácia. Sobre o efeito é como se tivesse tomado algumas taças de vinho, rs as pernas vão ficando relaxadas, e seu corpo bem mole, uma sensação mesmo de relaxamento.
Fóbico10: O segundo procedimento (gás relaxante), acredito que tenha ajudado, pois não me imagino ter feito as extrações da maneira tradicional, isso digo como resultado....agora falando do procedimento, senti um pouco de desconforto sim e me causou efeitos de delírios como se eu estivesse tendo um sonho muito ruim, é muito estranho mesmo...

Discurso do Sujeito Coletivo 8

8 - Qual a sua opinião sobre o uso deste medicamento?Descreva efeitos, memórias, desconfortos, etc.

Resultados Quantitativos

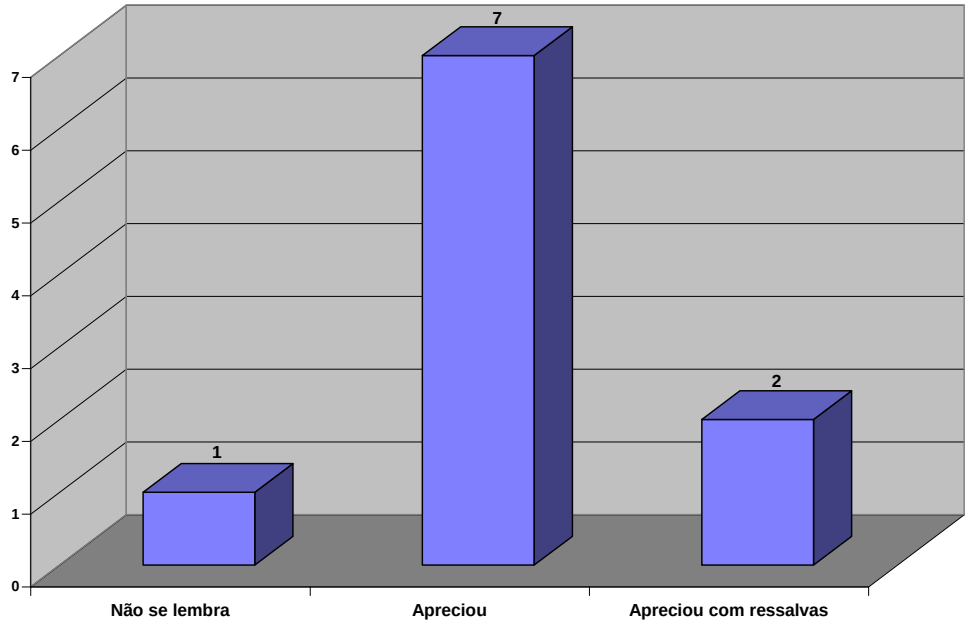


Gráfico 5.8 - Resultado quantitativo referente a questão 8

Resultados Qualitativos

DCS – A – Não se lembra

Nas primeiras vezes eu não me lembro de nada, mas depois de algumas sessões de cirurgias, pois tive muitas, me lembro de vocês conversando durante a cirurgia, de alguns barulhos mas nada que me traga lembrança ruim. As memória são meio vagas como se fossem sonhos. Eu lembro sim que eu estava sentindo muita dor na

segunda cirurgia e vocês não perceberam. Senti muita dor mas não me lembro como terminou.

DSC – B - Apreciou

Gostei muito, quero sempre utilizá-lo, muito válido pois me ajudou muito. Eu até recomendei para as outras pessoas.

Como havia dito, o comprimido é o máximo.

Ocorre que, já em algumas ocasiões não consegui pegar no sono e senti e vi tudo. Entretanto quando faz o efeito desejado, sinto uma tranqüilidade, embora sei tudo o que está acontecendo, mas meu corpo e mente ficam calmos.

Entretanto quando faz o efeito desejado, sinto uma tranqüilidade, embora sei tudo o que está acontecendo, mas meu corpo e mente ficam calmos. Não senti qualquer efeito colateral, tampouco qualquer desconforto

Eu acho esse tipo de procedimento muito eficiente, pois existem diversas pessoas com vários medos (como eu), pois é uma forma de deixar a pessoa mais tranqüila, para que o dentista consiga realizar o tratamento de forma eficácia. Sobre o efeito é como se tivesse tomado algumas taças de vinho, rs as pernas vão ficando relaxadas, e seu corpo bem mole, uma sensação mesmo de relaxamento.

DSC – C – Apreciou com ressalvas

O Dormonid é um bom medicamento mas eu uso de vez em quando para dormir. Acho que pra mim tinha que ser mais forte. O segundo procedimento (gás

relaxante), acredito que tenha ajudado, pois não me imagino ter feito as extrações da maneira tradicional, isso digo como resultado, agora falando do procedimento, senti um pouco de desconforto sim e me causou efeitos de delírios como se eu estivesse tendo um sonho muito ruim, é muito estranho mesmo.

Questão 9 – Transcrição das respostas

Após o uso deste tipo de sedação, como você anteve uma volta sua ao Dentista?

Fóbico01: Se eu souber que vou precisar fazer uma cirurgia e puder tomar o Dormonid eu fico bem tranquila. Fico com mais coragem de enfrentar o tratamento.
Fóbico02: Como eu já sei que tenho esta vantagem, não penso mais no risco.
Fóbico03: Não tem mais crise. Ainda sinto um medinho , mas é controlável.
Fóbico04: Não tenho mais preocupações.
Fóbico05: Quando sei que vou usar o medicamente, continuo com a sensação de medo da dor, e insegura se ele fará ou não efeito, mas fico tranqüila, pois, sei que se não fizer efeito tenho liberdade para suspender a consulta.
Fóbico06: O medo permanece mesmo em um procedimento simples como um clareamento, por exemplo. Sinto medo mesmo assim. O Dormonid ajuda, mas eu sei que não posso usar sempre.
Fóbico07: Acho que para pessoas ansiosas e com esse medo extremo muito bem vindo pois assim podemos relaxar e manter um tratamento seguro..
Fóbico08: saber que posso utilizar o sedativo, fico muito mais tranquila. Foi um achado para mim.
Fóbico09: Eu volto sempre ao meu dentista, confio muito nele, não consigo realizar qualquer outro tratamento em outro... Ele me passa. muita tranqüilidade e confiança no que ele faz.
Fóbico10: Volto ao Dentista com o mesmo medo, ansiosa e apreensiva, porém enfrento esse medo, pois penso que se eu não voltar, será piorado o meu quadro de atendimento, e sentirei mais dor ou sofrimento.

Discurso do Sujeito Coletivo 9

9 - Após o uso deste tipo de sedação, como você antevê uma volta sua ao Dentista?

Resultados Quantitativos

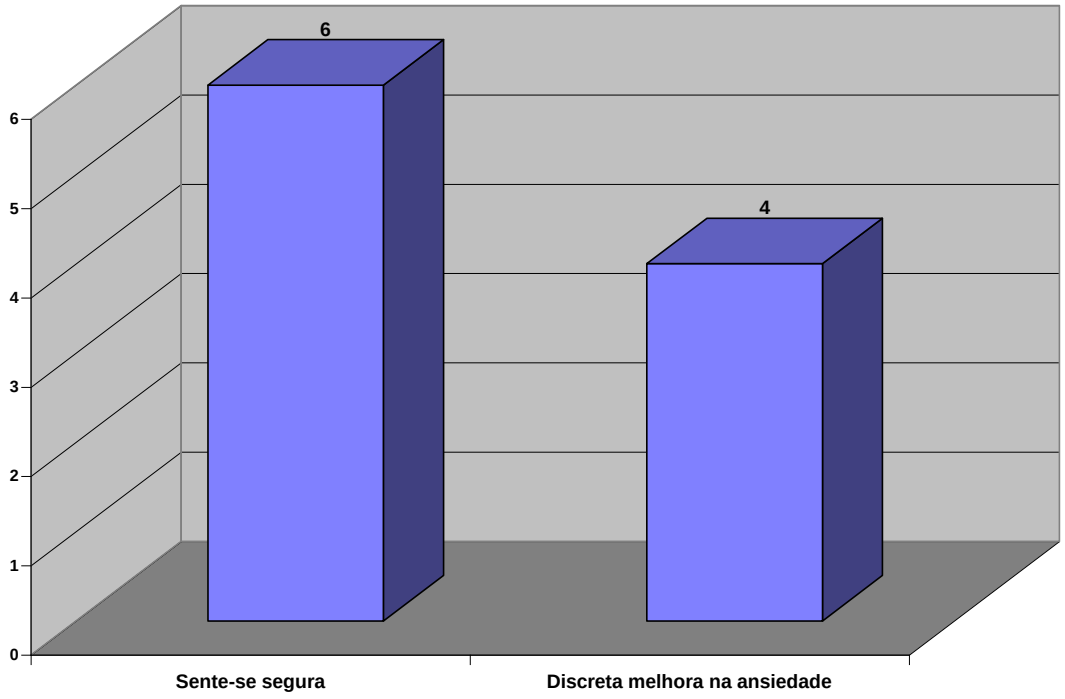


Gráfico 5.9 - Resultado quantitativo referente a questão 9

Resultados Qualitativos

DSC A – Sente-se segura

Se eu souber que vou precisar fazer uma cirurgia e puder tomar o Dormonid eu fico bem tranquila. Fico com mais coragem de enfrentar o tratamento. Com esta vantagem, não penso mais no risco. Não tenho mais preocupações.

Acho que para pessoas ansiosas e com esse medo extremo muito bem vindo pois assim podemos relaxar e manter um tratamento seguro. Foi um achado para mim.

Eu volto sempre ao meu dentista, confio muito nele, não consigo realizar qualquer outro tratamento em outro... Ele me passa muita tranqüilidade e confiança no que ele faz.

DSC B – Discreta melhora na ansiedade

Não tem mais crise. Ainda sinto um medinho , mas é controlável. Quando sei que vou usar o medicamento, continuo com a sensação de medo da dor, e insegura se ele fará ou não efeito, mas fico mais tranqüila, pois, sei que se não fizer efeito tenho liberdade para suspender a consulta. O medo permanece mesmo em um procedimento simples como um clareamento, por exemplo. Sinto medo mesmo assim. O Dormonid ajuda, mas eu sei que não posso usar sempre, mas volto ao Dentista com o mesmo medo, ansiosa e apreensiva, porém enfrento esse medo, pois penso que se eu não voltar, será piorado o meu quadro de atendimento, e sentirei mais dor ou sofrimento.

Transcrição das respostas – Questão 10

Qual a sua opinião sobre o uso de sedativos durante procedimentos odontológicos?

Fóbico01: No meu caso foi maravilhoso pois eu fiquei super bem e consegui terminar meu tratamento. O tratamento foi muito longo porque eu precisei de dois enxertos de osso e sem esse comprimido não teria feito. Eu já tinha traumas anteriores e a idéia de passar por cirurgia me apavorava. Não fazia nem canal, imagine cirurgia, nem pensar. Eu acho que este jeito de tratar paciente com medo de Dentista é muito eficiente. Melhor coisa que já passei em Dentista na minha vida.
Fóbico02: Muito importante pois todos tem vantagens. O Dentista trabalha mais sossegado e o paciente não sente nada.
Fóbico03: Acho que é um avanço para a Odontologia.
Fóbico04: Muito bom, pra mim é um avanço para a Odontologia
Fóbico05: Acho que é uma evolução da Odontologia e do respeito ao ser humano, pois, existem formas de tratar uma pessoa sem que ela sofra. A medicina já existe todo tipo de anestesia ou sedativo, não deveria ser diferente na Odontologia, uma vez que a pessoa tem medo de sofrer de dor e estar acordada.
Fóbico06: No meu caso em particular é indispensável na hipótese de procedimentos mais complexos. Sou uma paciente com necessidades especiais. Tenho ciência de que meu atendimento demanda maior atenção e mais tolerância por parte do Dentista. Foi por ser assim que deixei de ter acompanhamento odontológico regular e meus problemas se agravaram. Se tivesse este tipo de escolha, eu estaria com dentes melhores.
Fóbico07: Gostaria de reafirmar que o profissional deve transmitir sempre segurança e tranquilidade a seu paciente Um profissional seguro do que está fazendo assegura um procedimento mais suave a seu paciente..Se meu dentista está bem.eu estou também.
Fóbico08: Sou favorável ao uso de sedativos na Odontologia, diante da necessidade da manutenção da saúde bucal e os medrosos também são filhos de Deus. Acho uma modernidade poder usar esta ajuda.
Fóbico09: O uso desse procedimento é muito valido, para quem tem medo, quanto mais rápido a pessoa sair da cadeira do dentista é melhor, e se não usar o sedativo, o tratamento ficará mais longo.
Fóbico10: Acredite, é a minha salvação.

Discurso do Sujeito Coletivo 10

10 - Qual a sua opinião sobre o uso de sedativos durante procedimentos odontológicos?

Resultados Quantitativos

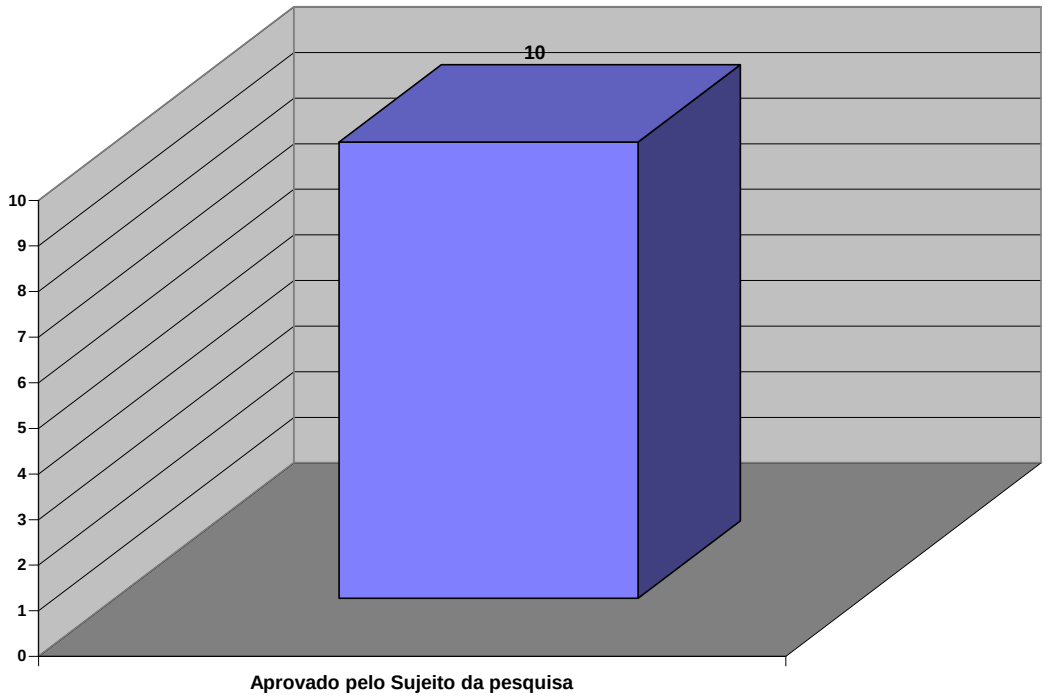


Gráfico 5.10 - Resultado quantitativo referente a questão 10

Resultados Qualitativos

DSC A - No meu caso foi maravilhoso pois eu fiquei super bem e consegui terminar meu tratamento. O tratamento foi muito longo porque eu precisei de dois enxertos de osso e sem esse comprimido não teria feito. Eu já tinha traumas anteriores e a ideia de passar por cirurgia me apavorava. Não fazia nem canal, imagine cirurgia, nem pensar. Eu acho que este jeito de tratar paciente com medo de Dentista é muito

eficiente. Melhor coisa que já passei em Dentista na minha vida. Acho que é uma evolução da Odontologia e do respeito ao ser humano, pois, existem formas de tratar uma pessoa sem que ela sofra. A medicina já existe todo tipo de anestesia ou sedativo, não deveria ser diferente na Odontologia, uma vez que a pessoa tem medo de sofrer de dor e estar acordada. No meu caso em particular é indispensável na hipótese de procedimentos mais complexos. Sou uma paciente com necessidades especiais. Tenho ciência de que meu atendimento demanda maior atenção e mais tolerância por parte do Dentista. Foi por ser assim que deixei de ter acompanhamento odontológico regular e meus problemas se agravaram. Se tivesse este tipo de escolha, eu estaria com dentes melhores.

Gostaria de reafirmar que o profissional deve transmitir sempre segurança e tranquilidade a seu paciente Um profissional seguro do que está fazendo assegura um procedimento mais suave a seu paciente. Se meu dentista está bem eu estou também.

Sou favorável ao uso de sedativos na Odontologia, diante da necessidade da manutenção da saúde bucal e os medrosos também são filhos de Deus. O uso desse procedimento é muito valido pela rapidez, para quem tem medo, quanto mais rápido a pessoa sair da cadeira do dentista é melhor, e se não usar o sedativo, o tratamento ficará mais longo.

Acredite, é a minha salvação.

6 DISCUSSÃO

Os dados qualitativos analisados foram apresentados também em gráficos, para que o leitor pudesse visualizar com maior facilidade a intensidade das respostas. Assim sendo, o gráfico 5.1 mostrou que a maioria dos pacientes da amostra apresentaram um medo generalizado. Entretanto, de forma qualitativa, além deste medo generalizado o paciente também explicitou medos específicos como medo de sangue, podendo levar muitas vezes à lipotímia ao ver “este sangue”. Pode-se incluir também medo de visualização dos instrumentais odontológicos, inclusive um simples jato de água, medo do barulho produzido pelo motor de alta rotação entre outras especificidades. Segundo Pinheiro (2003), que classifica a “ansiedade odontológica” em três subcategorias, este medo apresentado na resposta à questão 1 seria classificado como ansiedade de associação, na qual certos estímulos servem de gatilho para a excitação, como a visão da agulha, seringa ou outro instrumento odontológico. Ainda no campo da dor e da ansiedade frente ao tratamento, Malamed (1995) classificou os cinco principais tipos de medo: a) medo da dor; b) medo do desconhecido, que pode, muitas vezes, ser eliminado através da comunicação prévia para o paciente dos procedimentos que serão realizados; c) medo da dependência, que segundo o autor é o mais difícil de ser eliminado, pela posição vulnerável que geralmente o paciente se encontra na cadeira odontológica, ou seja, em "posição de supino" e que dificulta a observação pelo paciente de todos os movimentos do profissional; d) medo da mutilação e por último o medo da morte.

Em relação ao gráfico 5.2, pode-se observar que o maior medo era causado como consequência de experiências negativas que o indivíduo teve quando criança no consultório odontológico. O medo pode ser imediato nesses casos ou ocorrer mais tarde, quando o paciente lembra-se do trauma sofrido na infância. Entretanto, pode-se observar também que muitos indivíduos da amostra tinham o medo independentemente de terem sofrido qualquer experiência negativa em consultório odontológico. O que poderia ser explicado pelos itens b e c da classificação de Pinheiro (2003), ou seja, b) ansiedade de atribuição, cuja causa está relacionada a

uma situação ou procedimento que aconteceu na cadeira odontológica**,** e c) ansiedade de avaliação, que ocorre pela rememoração de experiências negativas associadas ao tratamento dental. Locker et al. (1999) identificaram a idade de início da odontofobia, e classificaram as diferenças por idade e em relação aos possíveis fatores etiológicos da ansiedade dental, tais como experiências negativas com tratamentos odontológicos anteriores, histórico familiar de odontofobia, e os estados psicológicos gerais**.** Concluíram que metade dos pacientes relatou início da ansiedade dental (odontofobia) na infância, 22% na adolescência e 27,1% na idade adulta. Suas análises de regressão logística indicaram que experiências negativas sobre tratamentos odontológicos anteriores foram os maiores causadores da odontofobia, independentemente da idade de início da mesma. Na questão um e dois, os sujeitos da pesquisa tentam descrever, mensurar e dar uma possível lógica para o surgimento deste medo. Conseguimos estabelecer uma relação entre o medo dos instrumentos utilizados e o que estes podem causar na boca dos entrevistados, desde dor e até sangramento. Porém de acordo com a pesquisa o medo é generalizado. É possível fazer um paralelo deste medo generalizado, quando o confrontamos com os dados obtidos na questão dois. A maioria dos sujeitos revela o surgimento deste tipo de ansiedade, durante a infância depois de alguma experiência relacionada. A ida ao Dentista em tenra idade quando não bem cercada de cuidados especiais relacionados com educação adequada sobre a necessidade e importância dos dentes, poderia causar traumas indeléveis nas pessoas. Podemos observar também que alguns sujeitos revelam que o simples fato de serem ameaçados ou subornados para que fossem a uma consulta, já estabeleceram uma relação dificultosa com o profissional, mesmo indo pela primeira vez. Poderíamos juntar a este fato, um tipo de medo inerente a todo ser humano, que é o medo do desconhecido, facilmente ampliável pela conduta inadequada de pais e de profissionais.

No gráfico 5.3, que corresponde à questão sobre como se comportar durante o tratamento odontológico, apesar da odontofobia, a maioria da amostra afirmou que exerciam auto-controle ou eram obedientes. Outros se controlavam pois sabiam da necessidade do tratamento e levavam isto em conta, e os pacientes remanescentes desistiam do tratamento e muitos não lembravam como se comportavam diante da

odontofobia. O trabalho de Singh et al. (2000) avaliou o medo, a ansiedade e o controle do paciente em relação ao tratamento odontológico. Em relação ao medo e ansiedade, a média dos escores foi mais elevada para o sexo feminino do que para o sexo masculino ($P<0,05$). Em relação à idade, as crianças da faixa etária de 11 a 13 anos revelaram-se em média mais temerosas do que as de 7 a 9 anos. Quanto ao controle percebido pelo paciente, as crianças mais novas tinham mais controle do que as mais velhas. Em geral os dados indicaram que valores mais altos de medo relacionavam-se com valores mais baixos de controle percebido pelo paciente.

No gráfico 5.4, relacionado aos sintomas do paciente na noite anterior ao tratamento, a maioria demonstrou que apresentava dificuldade em adormecer, em consequência do medo e ansiedade. Muitos não dormiam nada, portanto, passavam a noite em claro, e outros ao dormir tinham pesadelos. Mas muito frequentemente, d ficavam sofrendo por antecipação e tinham até dores de cabeça. Outros até dormiam bem, mas o nervosismo começava apenas na hora em que sentavam na cadeira do dentista.

No gráfico 5.5 pudemos observar as reações emocionais dos pacientes. A maioria dos pacientes pode apresentar suor frio, em grande parte nas mãos, mal estar generalizado, tonturas, palidez e tremor. Segundo alguns pacientes, o que pode melhorar um pouco suas condições físico-emocionais é a confiança que possuem no atendimento do profissional. Johnson et al. (2012) concluíram em um dos seus trabalhos que a atitude daqueles profissionais que praticavam a sedação consciente foi significativamente diferente da atitude dos profissionais que não a praticavam ao atender e conversar com seus pacientes. As questões 3, 4 e 5 se associam, pois tentam demonstrar como o sujeito da pesquisa convive com este medo. Questionam como é relação diária com este medo, que torna as patologias bucais mais difíceis de serem resolvidas. Relaciona ainda um padrão de comportamento desde a noite anterior até minutos antes do início do procedimento. No que se diz respeito a como os SP resolviam este medo, sua maioria volta à infância, relatando que tinham de obedecer aos pais ou se controlar para saírem daquele problema e/ou que passavam pelo problema por necessidade. No quesito destinado à noite anterior ao tratamento, temos uma maioria que relata dificuldade

de dormir, sofrendo por antecipação. Esta condição de insônia e sofrimento antecipado pode estar demonstrando a total incapacidade destes SP controlarem suas emoções diante da fobia da qual são vitimadas. Alguns relatam que não sofrem com a noite anterior, mas que tem reações psicossomáticas quando estão já na sala de espera do profissional. Estas reações físico-emocionais podem causar desde sudorese até alterações nos sinais vitais, com taquicardia, hipo/hipertensão, dispneia e outros. Encontramos também que tenha falha comportamental e haja de forma antissocial. Podemos identificar estas reações humanas ao medo amplamente descritas na revisão da literatura, e coloca-las como reações possíveis e aceitáveis, pois o ser humano pode demonstrar todos os tipos de emoções e o medo está entre elas.

Os pacientes foram medicados com maleato de midazolam e/ou óxido nitroso nas doses recomendadas pelos fabricantes, à medida que eram monitorados em sua pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória e saturação periférica de Oxigênio (Oxímetro de pulso - JG Moriyá). Em 100% dos casos, durante a sedação consciente, o paciente ficou relaxado, não havia mais as reações de estresse, e o tratamento odontológico pode ser realizado com tranquilidade conforme mostra o gráfico 5.6. Arnez et al. (2011) concluíram que a sedação consciente deve ser utilizada para procedimentos odontológicos específicos, e em situações em que o paciente se beneficie da sedação consciente como método farmacológico para o controle da ansiedade, da dor e do medo. Wilson et al. (2006) compararam o maleato de midazolam por via oral e óxido nitroso por via inalatória, como agentes sedativos durante a gestão de crianças de 5 a 10 anos que se apresentaram para a extração de dentes decíduos após anestesia local. O maleato de midazolam por via oral foi considerado aceitável em 59% dos casos e foi preferido por 36% dos pacientes. A sedação por maleato de midazolam oral em crianças de 5-10 anos mostrou-se tão segura e eficaz quanto à sedação com o óxido nitroso mais oxigênio, mas este não seria o método de escolha para todos os pacientes. Na questão seis, todos os sujeitos relatam em sua unanimidade que o estresse desaparece após o uso de medicação sedativa. O desaparecimento do estresse ou foi por relaxamento químico que os medicamentos proporcionam, ou foi pela função indutora de sono também proporcionada por eles. As reações dos efeitos dos medicamentos podem

variar de a acordo com cada SP, mesmo sendo seguidas as especificação dos fabricantes.

Quanto à recuperação dos pacientes após a realização da cirurgia oral menor, conforme gráfico 5.7, a maioria dos pacientes teve boa recuperação. Uma pequena quantidade dos pacientes teve ótima recuperação ou uma recuperação menos traumática. O resultado deste trabalho não mostrou qualquer problema na recuperação dos pacientes, podendo-se concluir que foi um método bem aceito pelos indivíduos da amostra e mostrou também sua eficácia.

A maioria dos pacientes aprovou o uso da medicação para sedação consciente, entretanto em alguns pacientes esta medicação determinou algum esquecimento quanto aos resultados da sedação. As memórias foram meio vagas como se fossem sonhos. Outros pacientes fizeram algumas ressalvas afirmando, que por se utilizarem de outros medicamentos que induzem ao sono, talvez a medicação recebida pudesse ser um pouco mais “forte”. Provavelmente, estes pacientes são resistentes a certos medicamentos, devido à sua história médica. Isto nos leva a crer na total importância de se incluir na grade curricular das faculdades, a sedação consciente como forma de humanizar atendimentos

Após o tratamento os pacientes foram questionados sobre como seria sua volta ao consultório para um novo tratamento. Pelas respostas obtidas pudemos verificar que alguns pacientes mudaram totalmente sua postura e disseram sentir maior segurança quando tivessem que retornar ao consultório, tendo havido uma mudança de comportamento. Esta resposta foi obtida com um maior número de pacientes. Os pacientes remanescentes disseram apenas que a ansiedade havia diminuído em relação à um futuro tratamento. Analisando as questões sete e oito (Gráfico 5.8), os SP relatam em sua maioria que após a sua medicação e intervenção tiveram boa recuperação. Parte deles relata sonolência e até amnésia. Nenhum sujeito da pesquisa relatou qualquer tipo de efeito colateral no transoperatório. Alguns relataram que a medicação não foi tão eficaz, que poderia ser mais forte. Tais relatos estão relacionados com o uso de medicação parecida diariamente ou com grau maior de ansiedade.

A questão nove (Gráfico 5.9) está relacionada com o sentimento dos SP quanto a uma possível volta ao consultório do profissional. Estes por sua vez, demonstram em sua maioria, que o retorno não seria tão traumático como antes, tendo em vista que a certeza da disponibilidade da medicação os deixam mais tranquilos. Alguns ainda relatam que só usariam o sedativo em procedimentos mais invasivo e outros que ainda lutam com a ansiedade pois sabem que não deveriam utilizar o procedimento de forma corriqueira.

Para finalizar foi feita uma última questão (Gráfico 5.10), quanto à opinião dos SP. Esta questão dez trata do posicionamento dos SP sobre o uso de medicamento sedativo na Odontologia para pacientes ansiosos frente ao tratamento. As respostas foram unânimes quanto à aprovação da sedação consciente em pacientes odontofóbicos.

7 CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos, o autor pode concluir que a sedação consciente provocada pela medicação proposta, ou seja, efeito ansiolítico do maleato de midazolam e/ou óxido nitroso, independente da dosagem ou combinação destes fármacos, foi aprovada por 100% dos sujeitos da amostra, pelo fato de diminuir a ansiedade e medo durante o tratamento destes pacientes odontofóbicos, o qual se tornou bem mais confortável para os mesmos. Pôde também concluir, baseado nesta coleta de dados e levantamento de literatura, que a sedação consciente e as matérias ela relacionadas, poderiam ser mais exploradas nas grades curriculares de graduação das faculdades de Odontologia, pela segurança e conforto que esta técnica pode proporcionar a estes pacientes.

REFERÊNCIAS[1]

Aartman IHA, van Everdingen T, Hoogstraten J., et al. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. ASDC J Dent Child. 1998;65:252-8.

Amarante EC. Proposta de norma técnica e avaliação de equipamentos para sedação consciente (analgesia) por óxido nitroso/oxigênio aplicados em odontologia [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2003.

Andrade ED, Pinheiro ML, Moreira A. Sedação consciente com triazolam em odontologia. Arg Cent Estudo Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais. 2011;47(2):104-8.

Armijo JA, Herranz JL, Pena Pardo MA, et al. Intranasal and buccal maleato de midazolam in the treatment of acute seizures. Rev Neurol. 2004;38(5):458-68.

Arnez MFM, Arn, MM, Queiroz, AM. et al. Sedação consciente: recurso farmacológico para o atendimento odontológico de crianças e pacientes especiais. Pediatria. 2011;33(2):107-16.

Bartolome SM, Cid, JLH, Freddi, N. Sedação e analgesia em crianças: uma abordagem prática para as situações mais frequentes. J Pediatr. 2007;83(2 Suppl):S71-82.

Bay EJ, Algase DL. Fear and anxiety: a simultaneous concept analysis. Nurs Diagn. 1999;Jul-Sep;10(3):103-11

Bryan RA. The success of inhalation sedation for comprehensive dental care within the Community Dental Service. Int J Pediatric Dent. 2002;12(6):410-1.

Carvalho A. Conheça um pouco mais sobre sedação consciente. J Assoc Bras Odontol. 2003;10(27):5-13.

Cavalcante SL, Nunes RR. Avaliação dos parâmetros derivados do eletroencefalograma durante administração de diferentes concentrações de óxido nitroso. Rev Bras Anestesiol. 2003;53(1):1-8.

---

[1] De acordo com Estilo Vancouver.

Cesar MCA, Azoubel MCF, Azoubel, et al. Avaliação dos parâmetros cardiovasculares e da dosagem anestésica em cirurgias de implantes osseointegráveis sob efeito da mistura óxido nitroso/oxigênio. Innov Implant J Biomater Esthet. 2008;3(6):50-4.

Corah NL. Development of a dental anxiety scale. J Dent Res. 1968;47:154-7.

Crofts-Barnes NP, Brough E, Wilson KE, et al. Anxiety and quality of life in phobic dental patients. J Dent Res. 2010;89(3):302-406.

Dailey YM, Humphris GM, Lennon MA. Reducing patient´s state anxiety in general dental practice: a randomized controlled trial. J Dent Res. 2002;81(5):319-22.

Dionne RA, Yagiela JA, Coté CJ, et al. Balancing efficacy and safety in the use of oral sedation in dental outpatients. J Am Dent Assoc. 2006;137(4):502-13.

Eli I, Schwartz-Arad D, Bartal Y. Anxiety and ability to recognize clinical information in dentistry. J Dent Res. 2008;87(1):65-8.

Fanganiello M. Analgesia inalatória por óxido nitroso e oxigênio. São Paulo: Artes Médicas; 2004.

Gaujac C, Santos HT, Garção MS, Silva Jr. J, et al. Sedação consciente em odontologia. Rev Odontol Univ Cid São Paulo. 2009;21(3):251-7.

Hagglin C, Berggren U, Hakeberg M, et al. Variations in dental anxiety among middle-aged and elderly women in Sweden: a longitudinal study between 1968 and 1996. J Dent Res. 1999;78(10):1655-61.

Jackson DL, Johnson BS. Conscious sedation for dentistry: risk management and patient selection. Dent Clin N Am. 2002;46:767-80.

Jaakkola S, Rautava P, Alanen M. Dental Fear: One Single Clinical Question for Measurement. Open Dent J. 2009 Jul 28;3:161-6**.**

Jensen B, Matsson L. Oral versus rectal maleato de midazolam as a pre-anesthetic sedative in children receiving dental treatment under general anesthesia. Acta Pediatr. 2002;91:920-5.

Johnson C, Weber-Gasparoni K, Slayton RL, Qian F. Conscious sedation attitudes and perceptions: a survey of American Academy of Pediatric Dentistry members. Pediatr Dent. 2012;34(2):132-7.

Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, et al. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. Rev Saúde Pública. 2003;37(6):786-92.

Kleinhauz M, Eli I, Baht R, et al. Correlates of success and failure in behavior therapy for dental fear. J Dent Res. 1992;71(11):1832-5.

Léfèvre AMC, Crestana MF, Cornetta VK. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “capacitação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde – CADRHU São Paulo”. Saúde e Sociedade. 2003;12(2):68-75.

Léfèvre F, Léfèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

Léfèvre, F; Léfèvre, AMC; Araujo A, et al. O discurso do sujeito coletivo como eu ampliado: aplicando a proposta em pesquisa sobre a pílula do dia seguinte. Rev Bras Cresc Desenv Hum. 2010;20(3):91-101.

Léfèvre F, Léfèvre AMC, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. Ciência Saúde Coletiva. 2009;14(4):1193-204.

Locker D, Liddell AM. Correlates of dental anxiety among older adults. J Dent Res. 1991;70(3):198-203.

Locker D, Liddell A, Dempster L, et al Age of onset of dental anxiety. J Den Res. 1999;78(3):790-6.

Lorenz ACL, Chacon G, Kramer PF, et al. Perfil da utilização da sedação com óxido nitroso por cirurgiões-dentistas na cidade de Porto Alegre-RS. Stomatos. 2009;15(29):16-21.

Malamed SF. Sedation: a guide to patient management. 3ed. St. Louis: Mosby; 1995.

Miqdady MIS, Hayajneh WA, Abdelhadi R, et al. Ketamine and maleato de midazolam sedation for pediatric gastrointestinal endoscopy in the Arab world. World J Gastroenterol. 2011;17(31):3630-5.

Miyake RS, Reis AG, Grisi S. Sedação e analgesia em crianças. Rev Assoc Med Bras. 1998;44(1):56-64.

Moura LCL. A utilização da sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em odontologia: aspectos legais [dissertação]. Piracicaba: Universidade de Campinas, Faculdade de Odontologia; 2005.

Pinheiro MLP. Avaliação dos efeitos da *Valeriana officinalis* L no controle da ansiedade em pacientes submetidos a exodontias de terceiros molares mandibulares inclusos [dissertação] Piracicaba: Universidade de Campinas, Faculdade de Odontologia, 2003.

Rãducanu AM, Feraru V, Herteliu C, et al. Assessment of The Prevalence of Dental Fear and its Causes Among Children and Adolescents Attending a Department of Paediatric Dentistry in Bucharest. OHDMBSC. 2009; 3(1):42-9.

Ramos TC, Ramos, MESP, Azoubel MCF, et al. Maleato de midazolam: aspectos clínicos e farmacológicos em sedação consciente: estudo retrospectivo avaliando 258 casos clínicos**.** Innov Implant J Biomater Esthet. 2009;4(1):39-45.

Ranali J. Óxido nitroso: porque usar. Rev. Assoc Paul Cir Dent. 2001,36(529):32-4.

Ranali J. Sedação não é anestesia geral, mas permite um trabalho tranqüilo e com segurança. Anais do 15° Conclave Odontológico Internacional de Campinas; 2003; Campinas, BR.

Sales F, Souza FC, John VM. O emprego da abordagem DSC (Discurso do Sujeito Coletivo) na pesquisa em educação. Linhas, Florianópolis. 2007;8(1):124-45.

Singh KA, Moraes ABA, Ambrosano CMB. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. Pesq Odont Bras. 2000;14(2):131-6.

Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Princípios e práticas de medicina oral. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 451-3.

Spitalnic S, Blazes C, Anderson AC. Conscious sedation: a primer for outpatient procedures. Clin Rev Article Hospital Physician. 2000;5:22-32.

Weiner AA, Sheehan DJ. Etiology of dental anxiety: psychological trauma or CNS chemical imbalance? Gen Dent. 1990;22:39-43.

Wilson KE, Girdler NM, Welbury RR. A comparison of oral maleato de midazolam and nitrous oxide sedation for dental extractions in children. Anesthesia. 2006;61:1138-44.

ANEXO A - CORAH'S DENTAL ANXIETY SCALE REVISED

Corah's Dental Anxiety Scale, Revised (DAS-R)

Nome_____ **Data** _____

Questionário Norman Corah's

1. Se vc tivesse que ir ao Dentista amanhã para uma revisão, como se sentiria?

a. Muito feliz pois gosto da experiência.

b. Não me faz diferença alguma.

c. Me sentiria um pouco preocupado.

d. Eu estaria com medo por achar que possa ser desagradável e dolorido.

e. Eu estaria com muito medo pelo que o Dentista fosse fazer.

2. Quando vc esta esperando pela sua vez na sala de espera do dentista, como se sente?

a. Relaxado.

b. Um tanto preocupado.

c. Tenso.

d. Muito ansioso.

e. Muito ansioso a ponto de desmaiar ou com muita sudorese ou ainda me sentir fisicamente mal.

3. Quando você está sentado na cadeira do dentista esperando pelo início do procedimento, como se sente?

a. Relaxado.

b. Um tanto preocupado.

c. Tenso.

d. Muito ansioso.

e. Muito ansioso a ponto de desmaiar ou com muita sudorese ou ainda me sentir fisicamente mal.

4. Imagine que você está na cadeira do Dentista para uma limpeza.

Enquanto você espera, o Dentista está pegando instrumentos que serão usados para raspar seus dentes em volta da gengiva, Como você se sente?

a. Relaxado.

b. Um tanto preocupado.

c. Tenso.

d. Muito ansioso.

e. Muito ansioso a ponto de desmaiar ou com muita sudorese ou ainda me sentir fisicamente mal.

Escala do Dental Anxiety Scale, Revised (DAS-R)

(Estas informações devem ser confidenciais)

a = 1, b = 2, c = 3, d = 4, e = 5 Total possível = 20

Grau de ansiedade:

• 9 - 12 = ansiedade moderada, mas os agentes estressores podem ser discutidos controlados.

• 13 - 14 = alta ansiedade.

• 15 - 20 = Ansiedade excessiva ou fobia. (Pode haver necessidade de apoio psiquiátrico).

ANEXO B - DENTAL CONCERNS ASSESSMENT

Por favor, classifique suas preocupações e/ou ansiedades concernentes aos procedimentos odontológicos listados abaixo, usando a seguinte escala:

1. Pouca; 2. Moderada; 3. Alta; 4. Não sei.

Por favor, adicione outros fatores estressores que não estejam elencados nesta lista.

Preocupações/ansiedades	**Pouca**	**Moderada**	**Alta**	**Não sei**
1. Som e/ou vibração da broca				
2. Pouca sensação de anestesia				
3. Desconforto com o efeito de dormência da anestesia				
4. Injeção (*carpule*)				
5. Medição de bolsas Periodontais				
6. O som ou a sensação de raspagem durante as limpezas				
7. Náuseas durante moldagens				
8. Tomadas de Raios-X				
9. Dique de borracha				

10. Cansaço da mandíbula				
11. Ar frio causando dor nos dentes				
12. Desinformação quanto aos procedimentos				
13. Tratamento de canal				
14. Extrações				
15. Medo de ser ferido acidentalmente				
16. Ataque de pânico				
17. Não poder interromper o Dentista				
18. Não se sentir livre para sanar dúvidas				
19. Não ser acreditado quanto à dores ou desconforto				
20. Ser criticado, humilhado ou repreendido pelo estado bucal				
21. Cheiro do consultório				
22. Fico preocupado quanto à grande quantidade de procedimento				

23. Fico preocupado com os custos				
24. Fico preocupado com o número de consultas necessárias, as quais me afastam do trabalho, me fazem utilizar transporte, babás etc.				
25. Fico envergonhado pelas condições da minha boca				
26. Eu não gosto de me sentir confinado ou sem o controle de meus atos ou movimentos				

ANEXO C - Anamnese

Dados dos pacientes da pesquisa/Anamnese

Prontuário n° _____.

Nome_____

RG. n°._____ Órgão Expedidor_____ CPF n°._____/____

Data de Nascimento _____/_____/_____ Sexo _____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____

Estado Civil _____ Profissão _____

Endereço Residencial_____

Endereço Profissional_____

Indicado por _____

Convênio _____ N° de Inscrição _____

CD. anterior _____ Atendido em _____/_____/_____

RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO

Nome _____

RG. n°. _____ Órgão Expedidor _____ CPF n°._____/____

Estado Civil: _____ Cônjuge _____

RG. n°. _____ Órgão Expedidor_____ CPF n°._____/____

Queixa principal: _____

História da doença atual: _____

História médica pregressa: _____

Histórico familiar: _____

História pessoal e social: _____

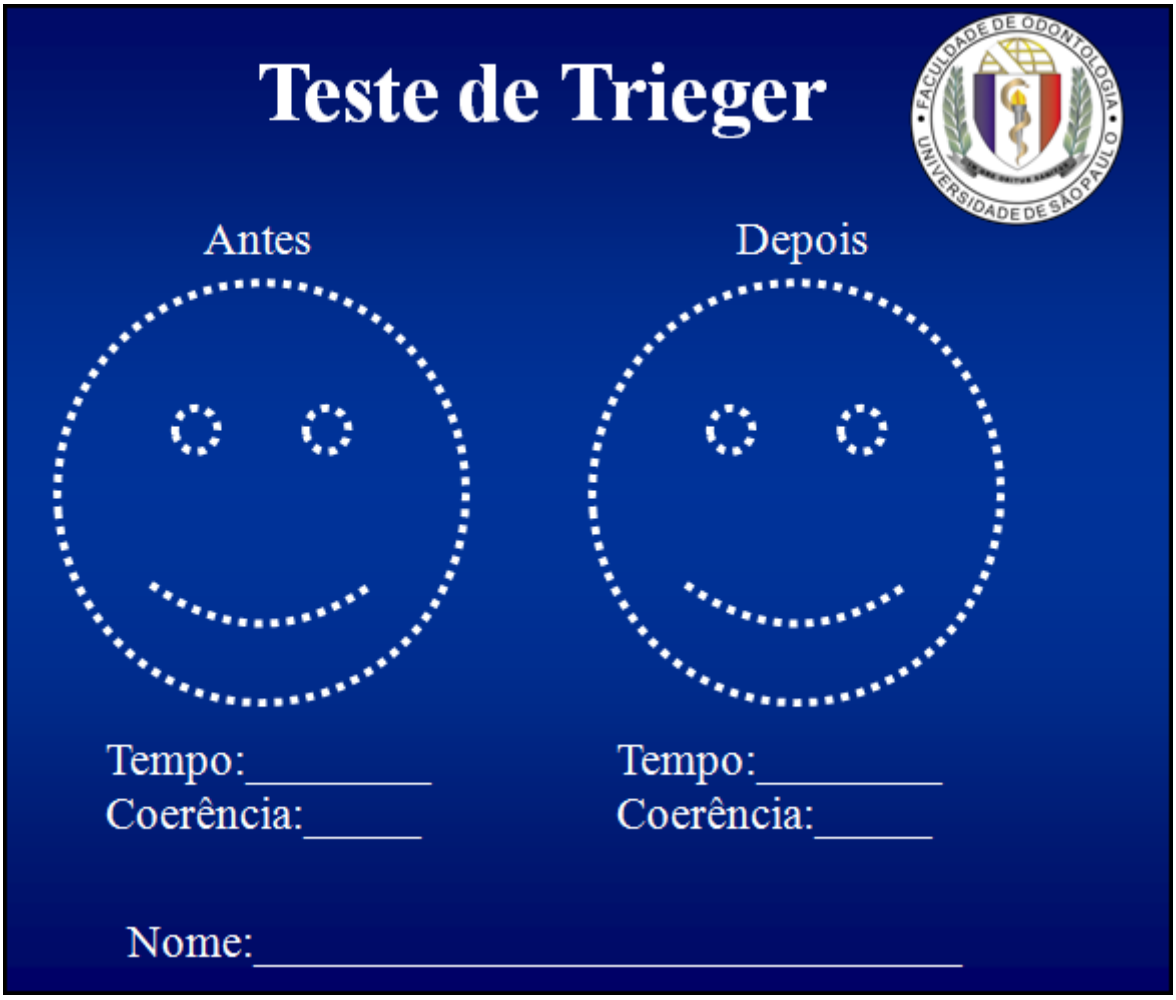
Revisão do sistema

ANEXO D - FICHA DE MONITORAMENTO

Ficha de Monitoramento

	Anamnese	Pré	Trans-operatorio de 15 em 15 minutos						Pós
Frequencia Cardiaca	80	?	?	?	?	?	?	?	?
Frequencia Respiratória	18	?	?	?	?	?	?	?	?
Saturação Oxigenio	98	?	?	?	?	?	?	?	?
Pressão Arterial	12/8	?	?	?	?	?	?	?	?

ANEXO E - TESTE DE TRIEGER



ANEXO F - DISCURSO SUJEITO COLETIVO – QUESTIONÁRIO QUALITATIVO

1 - Descreva seu medo frente ao tratamento dentário

2 - Como e porque começou este medo?

3 - Como você resolvia este medo tempos atrás?

4 - Como é sua noite antes do tratamento a ser realizado na manhã seguinte?

5 - Descreva sua ansiedade quando você chega a clínica para o procedimento.

6 - Descreva o que se passou após utilizarmos o sedativo escolhido para você

7 - Como foi a sua recuperação logo após o fim do procedimento?

8 - Qual a sua opinião sobre o uso deste medicamento?Descreva efeitos, memórias, desconfortos, etc.

9 - Após o uso deste tipo de sedação, como você anteve uma volta sua ao Dentista?

10 - Qual a sua opinião sobre o uso de sedativos durante procedimentos odontológicos?

ANEXO G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu_____, Nacionalidade_____,

Idade _____, estado civil _____, Profissão _____,

Endereço _____,

RG _____.

Estou sendo convidado(a) a participar de um estudo denominado “Estudo da contribuição da sedação consciente no controle da ansiedade de pacientes odontofóbicos através do método de Discurso do Sujeito Coletivo”, cujo objetivo é avaliar o efeito ansiolítico do Maleato de midazolam e/ou Óxido Nitroso no controle de pacientes odontofóbicos, submetidos a cirurgia oral menor, colhendo suas narrativas e descrevendo qual a contribuição do sedativo usado, no alívio da ansiedade.

Esta pesquisa se justifica por contribuir para a formação do Discurso do Sujeito Coletivo sobre os medos e ansiedades que acometem o paciente odontofóbico durante o procedimento de cirurgia oral menor. Ao final do estudo o pesquisador pretende apresentar o Discurso do Sujeito Coletivo baseado nas expressões-chave obtidas durante a realização da presente pesquisa.

A minha participação no referido inclui responder aos questionários abaixo:

- *Corah's Dental Anxiety Scale Revised* (DAS-R) (Corah, 1968);
- *Dental Concerns Assessment* (*Oregon Health Sciences University School of Dentistry;* Clarke & Rustvold, 1993);
- Anamnese;
- Ficha de monitoramento;
- Teste de Trieger;
- Questionário qualitativo – Discurso do Sujeito Coletivo (Lefevre et al., 2000).

Estou ciente de que deverei, ainda, realizar os exames complementares sugeridos pelo profissional, além de receber sedação consciente durante o procedimento de cirurgia oral menor.

Estou ciente que existem possíveis complicações potenciais no caso de sedação consciente, tais como: depressão respiratória; hipóxia, taquicardia; obstrução respiratória; complicações cardiovasculares; disritmias, hipotensão; alergias; náusea/vômito. Destas complicações, as mais frequentes são: hipóxia, taquicardia; hipotensão, náusea/vômito. Tais complicações estão diretamente relacionadas aos procedimentos de muitas das cirurgias orais menores.

Também estou ciente que de a pesquisa não apresenta nenhum risco adicional aos inerentes a uma cirurgia oral menor; uma vez que não serão realizados outros procedimentos além dos que o paciente necessita para o tratamento odontológico.

Estou ciente de que todos os procedimentos serão monitorados e todos os exames e dados pertinentes ao tratamento serão anexados ao estudo.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificá-lo. O pesquisador envolvido no referido estudo é o CD Francisco Alício Mendes, aluno da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, com ele poderei manter contato pelos telefones: 13 78074458 e/ou emails: famendes@usp.br.

Toda assistência necessária durante toda a pesquisa me foi assegurada, bem como foi garantido meu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que for preciso saber antes, durante e depois de minha participação eu poderei fazê-lo.

Portanto, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que foi aqui mencionado e compreendido como a natureza e o objetivo do referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar desta pesquisa, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

São Paulo, _____ de _____de 20__.

_____

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa.

_____

Francisco Alício Mendes