

ANSIEDADE: DETECÇÃO E CONDUTA EM ODONTOLOGIA

ANXIETY: DETECTION AND CONDUCT IN ODONTOLOGY

ANA PAULA DE MELONARDINO¹, DIEINIFER PADOVAN ROSA^{2*}, MARINA GIMENES³

1. Acadêmica do curso de Graduação em Odontologia pela Universidade Paranaense - Unipar; 2. Acadêmica do curso de Graduação em Odontologia pela Universidade Paranaense -Unipar; 3. Mestre em Biociências Aplicadas à Farmácia pela UEM, Professora do curso de Farmácia da UNIPAR.

* Rua San Diego, 1567, Jardim Tropical, Sorriso, Mato Grosso, Brasil. CEP: 78.890-000. dieini.odonto@gmail.com

Recebido em 15/11/2015. Aceito para publicação em 06/03/2016

RESUMO

A ansiedade é uma barreira com interferência nos cuidados da saúde bucal, este trabalho tem como objetivo avaliar e verificar como detectar a ansiedade do paciente na prática odontológica, para a detecção existem escalas usadas para avaliar o nível de ansiedade de cada paciente. Dentre os meios utilizados na conduta são os métodos farmacológicos e não farmacológicos. Os métodos não farmacológicos envolvem comunicação, alteração visual do consultório, gestão de comportamento, técnicas infantis como controle da voz, falar- mostrar-fazer, mão sobre a boca e anestesia local para o controle da dor, já os métodos farmacológicos é a utilização de medicamentos, sendo que os mais indicados são os benzodiazepínicos.

PALAVRAS-CHAVE: Ansiedade, escalas, benzodiazepínicos.

ABSTRACT

Anxiety is a barrier to interference in the care of oral health, this study aims to evaluate and verify how to detect the patient's anxiety in dental practice for detecting scales are used to assess the level of anxiety of the patient. Among the means used to conduct are the pharmacological and non-pharmacological methods. Non-pharmacological methods involve communication, visual 's office change, behavior management, child techniques like voice control, talk- show - do, hand over her mouth and local anesthesia for pain control, since the pharmacological methods is to use drugs, and the most suitable are the benzodiazepines.

KEYWORDS: Anxiety, scales, benzodiazepines.

1. INTRODUÇÃO

A ansiedade e o medo são comuns em adultos e cada vez mais em crianças constituindo uma significativa barreira para a atenção odontológica e interfere nos cuidados regulares com a saúde bucal (GÓES *et al.*, 2010). Em crianças, descartando os distúrbios neuropsiquiátricos, pode estar relacionada a experiências negativas em atendimento odontológicos, representando um trauma direto

do tratamento, ou são geneticamente propensos a reagir com medo a situações ameaçadoras ou ainda podem ser reações às demandas frustrantes, por exemplo, quando estão com raiva (KLINGBERG; BROBERG, 2007).

O medo e a ansiedade estão presentes mundialmente, com taxas de incidência diferentes. Estudo australiano mostra que 16,1% dos indivíduos tem alto nível de medo dental com maior incidência nos adultos de 40 a 64 anos, e mulheres, de qualquer idade, tem mais medo do que os homens, também mostra que indivíduos de baixo nível socioeconômico apresentam mais medo dental que as pessoas de alto nível socioeconômico (CARTER *et al.*, 2014). Em uma pesquisa islandesa a incidência foi menor, 10% (RAGNARSSON, 1998), em Singapura, 17.1% (CHELLAPPAH *et al.*, 1990), com valores mais elevados aparecem os estudos em países baixos com 24,3%, os chineses 30%, dinamarqueses 15% (OOSTERINK; JONG; HOOGSTRATEN, 2009), e os japoneses com 42,1% (WEINSTEIN *et al.*, 1992).

Na Universidade de Fortaleza, foi realizado um estudo com a população adulta variando entre 19 e 72 anos que busca tratamento odontológico mostrando um índice de 18% de ansiedade dental (FERREIRA *et al.*, 2004) na Universidade de São Paulo com 28,2%, em indivíduos acima de 18 anos (KANEGANE *et al.*, 2003) e em três escolas públicas no município de Campos Novos (SC), com escolares de 9 a 17 anos, com 84% de ansiedade dental (BOTTAN; OGLIO; ARAÚJO, 2007).

Embora seja a ansiedade e o medo importantes e naturais à vida humana, responsáveis para que o indivíduo se prepare para situações de perigo e ameaça (SOUSA *et al.*, 2013), na odontologia causam dificuldades para o cirurgião dentista conduzir o tratamento. O medo é definido como um temor a algo que se apresenta como ameaça e um perigo real a integridade física ou psicológica, e a sensação de medo é visto como um estado emocional de alerta diante do perigo (MARQUES; GRADVOHL; MAIA, 2010).

Ranali (2015) afirmou que a sensação de medo está relacionada aos cinco principais medos do homem: da dor,

do desconhecido, do desamparo, da dependência, da mudança, da mutilação do corpo e da morte. O segundo fator, é a ansiedade, que é classificada como um temor, porém sem a existência de um objeto real; são manifestações de lembranças ruins de experiências anteriores, ou até mesmo de fantasias pessoais e idéias. A reação da ansiedade gera uma sensação de perigo que parece ameaçar os sentimentos de medo, tensão e segurança, que pode ser identificada por um estado de inquietação que vai aumentando gradativamente (BOTTAN; OGLIO; ARAÚJO, 2007).

A ansiedade para o tratamento dentário causa alteração a três níveis, sendo o primeiro fisiológico, onde se verifica alterações do paciente no dia, ou antes, da consulta, o segundo cognitivo, com mudanças nos padrões de pensamentos, como de ilusões, pensamentos dramáticos e até de achar que o tratamento ideal seria a exodontia total, ao invés de frequentar as consultas odontológicas várias vezes para ser realizado o tratamento adequado, tendo também sentimentos negativos e insatisfação pessoal. O terceiro, a nível comportamental, onde são mencionadas mudanças associadas com a alimentação, com diminuição do consumo de alimentos duros devido a dor a mastigação, e frios para diminuir a sensibilidade dentária (OLIVEIRA, 2009). A ansiedade é determinante para dor durante atendimento odontológico (COSTA; RIBEIRO; CABRAL, 2012).

O consultório odontológico é estimado como um lugar ansiogênico e o atendimento é dificultado quando o dentista não tem conhecimentos práticos e teóricos sobre a relação profissional-paciente e estratégias de manobra de comportamento sobre ansiedade e dor (POSSOBON *et al.*, 2007). Existem evidências científicas suficientes para a avaliação da ansiedade em tratamentos odontológicos, e considerando que está relacionado com o medo de sentir dor e relacionado a situações pregressas, o cirurgião dentista pode minimizar e controlar a cada atendimento (COSTA; RIBEIRO; CABRAL, 2012). A exemplo, a visualização da agulha é citada por muitos autores no estímulo que mais gera medo e ansiedade, o que leva o paciente a evitar o tratamento dentário (SILVA, 2012).

Assim, cabe ao cirurgião dentista fazer não somente o tratamento bucal, mas também incluir a identificação de situações que geram ansiedade para o paciente, suas possíveis causas, evitando o aparecimento de comportamentos de medo e podendo intervir no sentido de ensinar o paciente a perceber a situação odontológica sob outro aspecto, com menor suscetibilidade à ansiedade, ou até dar os devidos encaminhamentos (OLIVEIRA, 2009).

Desta forma o objetivo neste trabalho é avaliar e verificar como minimizar a ansiedade de pacientes na prática odontológica.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Esse trabalho foi realizado através de revisões de li-

teratura com levantamento bibliográfico e documental sobre ansiedade. Foram recuperadas informações existentes em trabalhos anteriores do ano de 1990 a 2015, considerando a produção registrada nas bases de dados Scielo e PubMed. Quanto aos critérios adotados para este estudo, foram utilizados os artigos com informações adequadas para este trabalho, com idéias claras, objetivas e condizentes ao título do trabalho.

3. DISCUSSÃO

A ansiedade e o medo geram um estado emocional desagradável de apreensão ou tensão resultando em alterações fisiológicas (BAPTISTA; CARVALHO; LORY, 2005), que podem ser observadas nos pacientes através de sinais físicos, como a dilatação das pupilas, palidez da pele, transpiração excessiva, sensação de formigamento das extremidades e, inclusive, aumento da pressão arterial (GÓES *et al.*, 2010). A ansiedade de forma geral, bem como a odontológica é medida por instrumentos válidos e confiáveis, que são as escalas de ansiedade, de forma a evitar decisões erradas sobre o tratamento, o que pode afetar não só o paciente, mas também a relação dentista-paciente e o sucesso do tratamento (RÍOS; HERRERA; ROJAS, 2014).

Nos dias de hoje existem trabalhos que mostram como quantificar e qualificar o medo e ansiedade em pacientes no tratamento odontológico, tendo várias formas de avaliações, entre elas, os questionários e escalas, que apresentam características comuns, porém os questionários têm a sua limitação na avaliação de crianças considerando a autoadministração, por conta de vocabulários e compreensão pouco desenvolvidos (GÓES *et al.*, 2010).

Os instrumentos usados devem possuir confiança, validade e propriedades que meçam a ansiedade. Porém medir a ansiedade odontológica é um problema, pois depende do motivo da visita no consultório odontológico, do comportamento do paciente e também da influência dos pais. Entre os instrumentos mais utilizados para medir a ansiedade odontológica, estão: Frankl Behavior Scale, Dental Anxiety Scale, Venham Picture Test, Taylor Manifest Anxiety Scale (MAS) e as Escalas de Ansiedade e de Comportamento. Os instrumentos mais indicados na literatura para medir a ansiedade dentária são três: Dental Anxiety Scale (DAS) de Corah, Dental Fear Survey (DFS) de Kleinknechte, e Dental Anxiety Inventory (DAI) de Stouthard, embora existam vários outros instrumentos desenvolvidos (LOPES *et al.*, 2004; CARTER *et al.*, 2014).

O DAS (Dental Anxiety Scale) é um instrumento de escala com quatro perguntas, com cinco alternativas, que está ligado com a consulta no consultório odontológico, sendo que o paciente deve assinalar a alternativa que está mais próximo do seu comportamento em cada situação (LOPES, 2009). Essa escala é pontuada em formas de números, onde as respostas a=1; b=2; c=3, d=4 e e=5,

sendo possível pontuar de quatro a vinte e quando as pontuações forem maiores que quinze significa que o paciente possui níveis de ansiedade fóbicos (LOPES *et al.*, 2004). Para Santos (2012), essa escala é a mais utilizada pelos pesquisadores na avaliação da ansiedade, por ser simples, curta, fácil de pontuar, e de alta confiabilidade. Já Lopes (2009), também a considera fácil de aplicação e reforça sua importância histórica, visto que é usada desde sua criação em 1969.

O DFS (Dental Fear Survey) é um instrumento de escala de cinco pontos com 20 itens, que mede a ansiedade dentária em três fatores, são eles: fuga de consultas odontológicas, sintomas somáticos da ansiedade e ansiedade provocada por estímulos odontológicos. A pontuação dessa escala significa que vinte é ansiedade baixa e cem é ansiedade alta (LOPES *et al.*, 2004; PEREIRA, *et al.*, 2013), com tempo de 2 a 5 minutos para ser preenchido pelo paciente (LOPES, 2009).

O DAI (Dental Anxiety Inventory) é um instrumento de escala de cinco pontos com 36 itens, pontuada de 36 (ansiedade baixa) a 180 (ansiedade alta). A ansiedade odontológica é medida através de três focos: tempo, situação e reação (LOPES *et al.*, 2004; PEREIRA *et al.*, 2013).

Importante para a identificação de pacientes com ansiedade extrema e demora de 5 a 10 minutos para ser preenchido pelo paciente (LOPES, 2009).

Para controlar a ansiedade primeiramente se faz utilização de técnicas menos invasivas e caso não funcione deve-se partir para uso de medicamentos. No primeiro caso, uma boa relação entre o dentista e o paciente com explicações sobre como o procedimento odontológico vai ser realizado, melhora a ansiedade e permite melhor condução do procedimento (RÍOS; HERRERA; ROJAS, 2014). O primeiro que é o uso não-farmacológico que envolve comunicação, gestão de comportamento e anestesia local para o controle da dor se não obter sucesso dessa forma é necessário o auxílio farmacológico com medicamentos específicos para sedação inalatória, com sedação e anestesia geral (MOHAMMAD, 2010).

Alguns dos métodos não farmacológicos para diminuir a ansiedade são: mudar a configuração do consultório, não deixar o paciente ver os instrumentos utilizados, colocar fragrância para minimizar o aroma clínico, induzir métodos relaxantes entendidos como o uso de técnicas de distração com a música, óculos para vídeos, anestesiá-lo de forma mais eficiente ou usar métodos complementares, como sedação consciente usando agentes farmacológicos, cremes tópicos e estimulação nervosa transcutânea (SILVA, 2012).

Para o tratamento da ansiedade dental existem várias opções, como a comunicação entre o cirurgião dentista e o paciente, a hipnose, músicas de fundo no momento no tratamento, presença de revistas e livros, jogos para crianças na sala de espera, técnica de distração, controle de

voz, diminuindo assim a ansiedade e facilitando o trabalho do cirurgião dentista (RÍOS; HERRERA; ROJAS, 2014).

Em caso de crianças, atualmente existem técnicas variadas para o controle do comportamento infantil no consultório odontológico, sendo que algumas são agradáveis e outras podem parecer muito rigorosas e autoritárias, principalmente para pessoas leigas que as desconhecem. Entre elas estão o controle pela voz, falar - mostrar - fazer e mão sobre a boca, utilizadas pelo profissional, de acordo com a necessidade de cada paciente (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010).

No uso do controle pela voz, o cirurgião dentista deve avisar previamente ao responsável sobre a técnica, pois nela o volume, o tom ou o ritmo da voz deve ser alterado para conquistar a atenção do paciente e definir o papel do adulto e da criança. Para a segunda, falar - mostrar - fazer é necessária uma explicação de acordo com a idade, com demonstração visual, auditiva, olfativa e tátil seguida da realização do procedimento. Já a técnica da mão sobre a boca deve ser usada em último caso, em crianças não cooperativas, onde nenhuma outra técnica teve resultado, porém é a menos utilizada pelos dentistas, pois é conhecida como muito severa (CAMPOS *et al.*, 2010). Ainda existem certas situações onde as crianças podem ser contidas fisicamente para que seja feito o tratamento de urgência, para ser realizado a eliminação da dor e do processo infeccioso (POSSOBON *et al.*, 2007).

Quando o cirurgião dentista não obtém sucesso frente ao tratamento não farmacológico ele pode lançar mão do uso de medicamentos. O uso de métodos farmacológicos de sedação consciente vem aumentando entre os dentistas, pois ele proporciona uma melhor relação paciente-profissional, tornando o tratamento tranquilo e evitando a interrupção do mesmo (COGO *et al.*, 2006).

Os medicamentos mais utilizados em todas as faixas etárias, são benzodiazepínicos, o óxido nitroso/oxigênio e na odontopediatria é utilizado um medicamento a mais que é o hidrato de cloral. O primeiro passo para o sucesso da terapêutica medicamentosa é uma anamnese bem estruturada e bem-feita, contendo as seguintes perguntas: se o paciente sofre de alguma doença, está em tratamento médico atualmente, está fazendo uso de alguma medicação, teve ou tem alergia, já foi operado, teve problemas com a anestesia, teve problemas de hemorragia, ou se o paciente apresenta algum problema sistêmico. Essas perguntas permitem ao cirurgião-dentista colher informações essenciais para o tratamento ser estabelecido (CAVALCANTE *et al.*, 2011).

Segundo a World Health Organization, existem 23 tipos de princípios ativos ansiolíticos (WHO, 2015), sendo que no Brasil, de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) são comercializados apenas oito e o uso em odontologia comumente se faz com cinco desses representantes, conforme tabela 1,

excluindo o bromazepam, clobazan e cloxazolan (BRASIL, 2014).

Quadro 1. Tratamento farmacológico da ansiedade

Medicamentos	Dose adulta	Dose infantil	Efeitos adversos		
			Frequente	Infrequente	Raros
Benzodiazepínicos					
Diazepam	5 a 10mg	1 a 2,5 mg	Sedação	Tontura	Coma e morte
Midazolam	15 mg	0,2 a 0,5mg/kg	Xerostomia	Ataxia	Efeito paradoxal
Alprazolam	0,25 a 0,5mg/dose	0,005mg/g/dose		Confusão Mental	Depressão respiratória
Lorazepam	2 mg/dose	0,09mg/kg/dose		Náusea	
Triazolam	1,25 a 0,25mg/g			Prejuízo da motricidade	
Antihistamínicos					
Hidroxizina Prometazina	25mg/dose x3 25 a 50mg/dose x2	2mg/kg/dia: 3 0,1 mg/kg/dose x 2	Sedação	Xerostomia Ret. Urinária Palpitação Hipotensão Cefaléia Náusea e vômito Alteração de Apetite Constipação ou diarreia	
Outros					
Hidrato de cloral	250mg/dose x 4	4mg/kg x 6	Sedação Náuseas Vômito		Efeito paradoxal
Óxido nítrico	5 a 6L/min	4L/min	Disforia e euforia sensação de calor e flutuação	Náusea Vômito Cefaleia	Hipoxemia Parada cardíaca respiratória

Fonte: Gaudereto *et al.* 2008.

O tratamento farmacológico da ansiedade segundo GAUDERETO *et al.* (2008) dentre os medicamentos utilizados além dos benzodiazepínicos, estão ainda os antihistamínicos, como a hidroxizina e a prometazina, e outros como o hidrato de cloral e óxido nítrico.

Os benzodiazepínicos são capazes de estimular no cérebro mecanismos que normalmente equilibram estados de ansiedade e tensão, sendo aparente o efeito ansiolítico dos benzodiazepínicos, está relacionada com um sistema de neurotransmissores chamado gabaminérgico do sistema Límbico (FORSAN, 2010). Esses fármacos atuam seletivamente nos receptores GABA, que são mediadores da transmissão sináptica inibitória no Sistema Nervoso Central, e ao se ligarem a esses receptores, facilitam a ação do ácido aminobutírico, promovendo a abertura dos canais de cloreto (Cl⁻); dessa forma, ocorre o aumento do influxo de Cl⁻ e a diminuição da propagação de impulsos excitatórios, permitindo o controle das reações somáticas e psíquicas do paciente (RODRIGUES;

REBOUÇAS, 2015).

Assim, quando existem as tensões do dia-a-dia ou por coisas mais sérias, determinadas áreas do cérebro funcionam com exagero dando o resultado de um estado de ansiedade, os benzodiazepínicos fazem o efeito contrário, inibindo os mecanismos que estavam funcionando demais, tranquilizando a pessoa e deixando-a menos responsiva aos estímulos externos. Assim, como consequência desta ação os ansiolíticos produzem uma depressão da atividade do nosso cérebro que é caracterizado pela diminuição da ansiedade, relaxamento muscular, indução do sono e redução do estado de alerta (FORSAN, 2010).

Para sua prescrição devem seguir a portaria 344/98 que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, sendo que esses medicamentos são da lista das substâncias psicotrópicas, sujeitas a notificação de receita “B”, que deverá ser firmada pelo profissional devidamente inscrito no Conselho Regional de Odontologia. E que ao prescrever deve ter em conta que podem causar dependência física ou psíquica (ANVISA, 2015).

Na prescrição a receita comum deve ir acompanhada da Notificação de Receita do Tipo B, de cor azul, com a validade de 30 dias. Esta conduta se aplica quase que exclusivamente à prescrição de ansiolíticos do grupo dos benzodiazepínicos na prática odontológica (CASTRO *et al.*, 2009).

O diazepam foi lançado no mercado em 1963 e é considerado o fármaco-padrão do grupo, sendo ainda o ansiolítico mais utilizado em procedimentos ambulatoriais (COGO *et al.*, 2006). Ele é bem utilizado em adultos, mas tem como desvantagens o uso oral em odontopediatria por causa da ingestão da droga, pois a criança pode não querer engolir o medicamento, podendo até cuspir, devido insuficiente maturidade psicológica do paciente (RODRIGUES; REBOUÇAS, 2015). Com apresentações orais de 5 a 10 mg no mercado, a dose para pacientes adultos é de 5 a 10 mg e a dose infantil 1 a 2,5 mg. O diazepam tem efeito adverso frequente à sedação (GAUDERETO *et al.*, 2008), pode causar xerostomia, “gosto amargo”, edema da língua, língua saburosa e inflamação gengival e potencializar os efeitos tóxicos do anestésico local bupivacaína (ABREU; ACÚRCIO; RESENDE, 2000).

A administração do diazepam pela via oral é a mais utilizada, e a administração com alimentos pode diminuir a velocidade de absorção, porém aumenta a biodisponibilidade, atingindo o pico plasmático em 60 minutos (ANVISA, 2015). Ele comparado com outras drogas do grupo, é considerado um agente de longa duração de ação. Apesar de desaparecerem os efeitos clínicos em 2 a 3 horas, a sonolência e o prejuízo na função psicomotora podem continuar devido à produção dos metabólitos ativos, e sua dosagem geralmente deve ser administrada

uma hora antes do início do procedimento (COGO *et al.*, 2006).

O midazolam foi sintetizado em 1975 e inicialmente era usado como hipnótico, passou a ser usado na sedação pré-cirúrgica (COGO *et al.*, 2006). Pode ser indicado para crianças, como pré-medicação em procedimentos de duração curta, e isso por que apresenta propriedades sedativas e hipnóticas, e também é absorvido e eliminado muito rápido pelo organismo, tendo como suas principais vantagens, o menor período de ação, de absorção eliminação, e sua rápida recuperação. Sua contraindicação é para pacientes com hipersensibilidade a droga ou a glaucoma agudo (GAUDERETO *et al.*, 2008; DUQUE; LIMA, 2005), e quando é administrado por via oral é rapidamente absorvido, atingindo sua concentração máxima após 30 minutos, com uma duração de efeito de aproximadamente 2 a 4 horas (COGO *et al.*, 2006). A dose adulta do midazolam é de 15 mg, a dose infantil é de 0,2 a 0,5mg e sua apresentação comp. é 7,5 ou 15 mg, tendo efeitos adversos frequente a xerostomia. A amnésia anterógrada e retrógrada após o uso de midazolam é frequentemente citada como uma vantagem (RODRIGUES; REBOUÇAS, 2015).

O Alprazolam foi pela primeira vez sintetizada por Patricia Chrem, em 1969, sendo depois comercializado pela Upjohn, em 1981 (SEATTLE; PHARM; RADCLIFFE, 1990). É utilizado no tratamento da ansiedade generalizada e na síndrome do pânico. Suas maiores concentrações plasmáticas são obtidas 1 a 2 horas após sua administração, com a duração de ação de 12 a 15 horas. Ainda não foi suficientemente testado a sedação consciente de pacientes odontológicos por meio do alprazolam, porém em um trabalho recente foi investigado sua eficácia em pacientes com moderado a alto grau de ansiedade antes da cirurgia oral, e foi demonstrado que este benzodiazepínico proporciona um bom controle da ansiedade depois de 90 minutos de sua administração (COGO *et al.*, 2006). O efeito adverso do alprazolam é a confusão mental, sua dose adulta é, 25 a 0,5mg\ dose, a dose infantil é de 0,005 mg \ dose e sua apresentação comp. 0,25, 0,5, 1,2 mg (GAUDERETO *et al.*, 2008).

O lorazepam foi lançado no mercado em 1970 (BERNIK; SOARES; SOARES, 1990), e tem sido utilizado como pré-medicação anestésica, nas doses que variam de 2 a 3mg em adultos e de 0,5 a 2mg em idosos, não sendo recomendado para uso em crianças com idade abaixo dos 12 anos (COGO *et al.*, 2006). Segundo Gaudereto *et al.* (2008) demonstram que o lorazepam é utilizado em crianças. A dose infantil é de 0,09mg\kg\dose sua apresentação é em comp. 1,0 ou 2,0mg. Seu início de ação é em torno de 1 a 2 horas. Torna-se diferente do diazepam por não produzir metabólitos ativos, sendo que o final dos seus efeitos é observado após 6 a 8 horas, e dificilmente produz efeito paradoxal, por isso ele é considerado um agente ideal para a sedação consciente em

idosos (GAUJAC *et al.*, 2009), tendo meia-vida de curta a intermediária, o início da ação é entre 15 e 45 minutos é metabolizado no fígado e é eliminado por via renal. (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2008).

O triazolam é importante na odontologia por causa da sua meia-vida curta de 1,5 a 5,5 horas e por que não possui metabólitos ativos, possuindo uma sonolência residual muito pequena. Ele é usado em doses incrementais em que o paciente recebe doses múltiplas para atingir o nível apropriado para depressão do sistema nervoso central. Sua contraindicação é para pacientes grávidas (MALAMED, 2012).

Possui curta duração comparado ao lorazepam como medicação pré-anestésica, porém com o início de ação mais rápida, de 30 a 60 segundos e menor tempo de recuperação, de 2 a 4 horas (GAUJAC *et al.*, 2009). Segundo Gaudereto *et al.* (2008) mostram que o triazolam não tem indicação de dose infantil, sua dose adulta é de 1,25 a 0,25mg, só possui efeito adverso infrequente que é o prejuízo da motricidade. Embora o triazolam conste na tabela, ele não é mais comercializado no Brasil pelo Ministério da Saúde na década de 90, por causar graves efeitos nocivos à saúde (CARLINI, 1992).

A hidroxizina e prometazina são dois bloqueadores de histamina mais usados na odontologia devido suas propriedades sedativas hipnóticas e esses fármacos são muito úteis, principalmente em odontopediatria (MALAMED, 2012). Eles apresentam as seguintes informações respectivamente, dose adulta 25mg\dose três vezes ao dia dose infantil 2mg\ kg\ três vezes ao dia, seu efeito adverso frequente é a sedação, os efeitos infrequentes são a xerostomia, retenção urinária, palpitações, hipotensão, cefaléia, náusea e vômito, alteração do apetite e constipação ou diarreia, não possui efeitos adversos raros. Prometazina dose adulta 25 a 50mg\dose\ duas vezes ao dia e dose infantil 0,1mg\kg\dose\ duas vezes ao dia e os efeitos adversos são os mesmos da hidroxizina, não possuindo efeito adverso raro. (GAUDERETO *et al.*, 2008). A prometazina é um derivado fenotiazídico, um grupo de fármaco classificado como antipsicóticos, anteriormente chamados tranquilizantes principais, com indicação para diminuir a agitação e hiperatividade. É metabolizada no fígado e excretada pela urina. Possui reações adversas, como a xerostomia, visão embaçada e hipotensão ocasional (MALAMED, 2012; MOURA; SOARES, 1997). Já a hidroxizina derivado de um grupo de fármacos que chama difeniletanos. É contraindicada para pacientes com hipersensibilidade a drogas ou que esteja no início de gravidez, ela é uma medicação segura e não tem efeitos colaterais sérios relatados. (MOURA; SOARES, 1997).

O hidrato de cloral foi sintetizado por Justin Liebrich em 1832. Desde 1869 tem sido utilizado como agente sedativo hipnótico, e sua propriedade farmacológica é conhecida desde 1948 quando foi descoberto seu princi-

pal metabólico ativo, o tricloroetanol (MARTINBIANCHI, 2008).

Ele é um agente psicotrópico com propriedades ansiolítica, sedativa e hipnótica, tendo como o seu efeito farmacológico a depressão do sistema nervoso central que pode levar a sonolência, o que contribui de uma forma negativa na cooperação do paciente com o dentista, devido a irritação do paciente, em doses elevadas pode levar a anestesia geral (GAVIÃO *et al.*, 2005; SEATTLE; PHARM; RADCLIFFE, 1990), ele é administrado em altas doses por via oral, como efeito adverso além da depressão do sistema nervoso central apresenta distúrbios gastrointestinais, como o desconforto epigástrico, náuseas, vômitos, flatulência, disritmias cardíacas e depressão respiratória, e por via retal, pode causar irritação da mucosa. Seu uso é contra-indicado em pacientes com doença renal grave, insuficiência hepática, gastrite ou úlceras gástricas, cardiopatia grave ou porfiria intermitente aguda, e ele deve ser administrado em jejum 3 horas antes dos procedimentos odontológicos. A dose sedativa recomendada é de 30-50 mg/kg induz o sono de 6 – 10 horas e a dose hipnótica é 50-70 mg/kg (COUTINHO, 2014; HADDAD, 2007).

O óxido nitroso foi descoberto em 1772 pelo Inglês Joseph Priest, e vem sendo usado a mais de 150 anos na odontologia quando o jovem cirurgião dentista Horace Wells começou a administrar o óxido nitroso para extrações dentárias em 1844 (WANDSCHEER, 2003). O óxido nitroso é um gás incolor, não inflamável, não irritante, com odor e sabor leve e agradável (RODRIGUES; REBOUÇAS, 2015; HADDAD, 2007). Apresentando absorção e eliminação rápidas, o que facilita o controle dos efeitos farmacológicos durante sua administração. Os efeitos clínicos podem aparecer entre 15-30 minutos após a inalação. A mistura do óxido nitroso e oxigênio usados no controle da ansiedade é administrado através de uma máscara nasal e de fluxômetro, que permite o cirurgião-dentista selecionar a concentração de cada um dos gases até o nível de sedação desejada, sem produzir efeitos respiratórios e cardiovasculares. (HADDAD, 2007).

O profissional deve ficar em alerta para que o óxido nitroso não seja administrado em maior proporção que o oxigênio, recomenda-se que ao final da utilização da mistura dos gases seja administrado, por 3 a 5 minutos, 100% de oxigênio para um retorno correto do paciente as suas condições normais. O seu uso produz uma sensação de relaxamento, junto com possíveis sintomas como o calor corporal, formigamento das mãos e dos pés, dormência circum-oral, efeitos auditivos e euforia, e em doses maiores pode apresentar disforia e náusea. Recomenda-se que ao término do procedimento o paciente deverá permanecer sentado por alguns minutos, para evitar, a hipotensão ortostática e tonteira ao se levantar. Antes de liberar o paciente, seus sinais vitais devem ficar

estáveis (OLIVEIRA; PORDEUS; PAIVA, 2003).

4. CONCLUSÃO

A ansiedade é um problema para atendimento no consultório e embora não seja uma prática rotineira existem métodos de detecção e condução da mesma, tornando o atendimento mais fácil, seguro, e diminuindo o trauma do paciente. Existem várias escalas para medir a ansiedade, porém as mais indicadas são Dental Anxiety Scale de Corah, Dental Fear Survey de Kleinknechte e Dental Anxiety Inventory de Stoutharddentre, que são práticas rápidas e fáceis de aplicar. Após a detecção vem a conduta, primeiramente indicando a conduta não farmacológica que são a comunicação, alteração visual do consultório, gestão de comportamento, técnicas infantis como controle da voz, falar- mostrar-fazer, mão sobre a boca e anestesia local para o controle da dor, caso não consiga obter sucesso pode se buscar um segundo plano que é o método farmacológico, os benzodiazepínicos no caso o mais utilizado é o diazepam, neste caso assim ajudando o cirurgião dentista a ter um atendimento eficaz.

REFERÊNCIAS

- [01] ABREU, M.H.N.G.; ACÚRCIO, F.A.; RESENDE, V.L.S. Utilização de psicofármacos por pacientes odontológicos em Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v.7, n.1, p.17-3, 2000.
- [02] AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2015.
- [03] AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Fármacos utilizados no sistema nervoso central. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/livro_eletronico/SNC.html#_Toc25063624>. Acesso em 22 de junho de 2015.
- [04] ALBUQUERQUE, C.M. *et al.* Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. *Arquivos de Odontologia*, v.45, n.2, p.110-115, 2010.
- [05] BATISTA, A.; CARVALHO, M.; LORY, F. O medo, a ansiedade e suas perturbações. *Psicologia*, v.19, n.1, p.1-2, 2005.
- [06] BERNIK, M.A.; SOARES, M.B.M.; SOARES, C.N. Benzodiazepínicos padrões de uso, tolerância e dependência. *Arq. neuro-psiquiat*, v.48, n.1, p.131-137, 1990.
- [07] BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Lista A e B de Medicamentos de Referência. Atualizada em 17/03/2014. Disponível em: <http://goo.gl/lkPIL2>. Acesso em 30 de março de 2015.
- [08] BOTTAN, E.R.; OGLIO, J.D.; ARAÚJO, S.M. Ansiedade ao Tratamento Odontológico em Estudantes do Ensino Fundamental. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.*, v.7, n.3, p.241-246, 2007.
- [09] CAMPOS, C.C. *et al.* Tratamento Odontológico Ambulatorial em PNE - PARTEV: Sedação Consciente. In:

- Clínica Odontológica Infantil Passo a Passo. Goiânia: FUNAPE, 2010.
- [10] CARLINI, E. A. Opinião: o caso-escândalo do triazolam. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, v.50, n.4, p.550-551, 1992.
- [11] CARTER, A.E. *et al.* Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review. *World J Clin Cases*, v.2, n.11, p.642-653, 2014.
- [12] CASTRO, M.L. *et al.* Normas para a prescrição de medicamentos em odontologia. *R. Periodontia*, v.19, n.3, p.7-10, 2009.
- [13] CAVALCANTE, L.B. *et al.* Sedação consciente: um recurso coadjuvante no atendimento odontológico de crianças não cooperativas. *Arq. Odontol.*, v.47, n.1, p.45-50, 2011.
- [14] CHELLAPPAH, N.K. *et al.* Prevalence of dental anxiety and fear in children in Singapore. *Community Dent Oral Epidemiol*, v.18, n.5, p.269-271, 1990.
- [15] COGO, K. *et al.* Sedação consciente com benzodiazepínicos em odontologia. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v.18, n.2, p.181-88, 2006.
- [16] COSTA, R.S.M.C.; RIBEIRO, S.N.R.; CABRAL, E.D. Fatores determinantes de experiência dolorosa durante atendimento odontológico. *Rev. dor*, v.13, n.4, p.365-370, 2012.
- [17] COUTINHO, T.C.L. Uso da sedação consciente em odontopediatria: estágio atual da questão. *Revista Fluminense de odontologia*, v.41, n.5, p.5-9, 2014.
- [18] DUQUE, C.A.; LIMA, F.C.B. Midazolam uma nova alternativa para a Sedação em Odontopediatria. *Revista OdontoCiência*, v.20, n.48, p.177-86, 2005.
- [19] FERREIRA, C.M. *et al.* Ansiedade odontológica: nível de prevalência e comportamento. *RBPS*, v.17, n.2, p.51-55, 2004.
- [20] FORSAN, M.A. Uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado. Campo Grande, 2010. 25f. Monografia (conclusão de curso) - Universidade Federal de Minas Gerais.
- [21] GAUDERETO, O. *et al.* Controle da ansiedade em Odontologia: enfoques atuais. *Rev. bras. odontol.*, v. 65, n.1, p.118-121, 2008.
- [22] GAUJAC, C. *et al.* Sedação consciente em odontologia. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v.21, n.3, p.251-257, 2009.
- [23] GAVIÃO, M.B.D. *et al.* Efeito do hidrato de cloral e do diazepam em crianças não cooperativas ao tratamento odontológico. *Revista Internacional de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial*, v.3, n.10, n. 1-6, 2005.
- [24] GÔES, M.P.S. *et al.* Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. *Rev. Odontologia Clínica Científica*, v.9, n.1, p.39-44, 2010.
- [25] HADDAD, A.S. Tratamento odontológico ambulatorial em PNE. In: HADDAD, A.S. *Odontologia para pacientes com necessidade especial*. ed.: Editora Santos, 2007.
- [26] KANEGANE, K. *et al.* Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. *Revista de Saúde Pública*, v.37, n.6, p.786-792, 2003.
- [27] KLINGBERG, G.; BROBERG, A.G. Dental fear/anxiety and dental behavior management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int Journal of Paediatric Dentistry*, v.17, n.6, p.391-406, 2007.
- [28] LOPES, P.N. *et al.* Psicometria da Ansiedade Dentária: Avaliação das Características Psicométricas de uma Versão Portuguesa do Dental Fear Survey. *Rev Portuguesa de Estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilofacial*, v.45, n.3, p.133-146, 2004.
- [29] LOPES, P.N.R.M.; “Dental Fear Survey” e do “Modified Dental Anxiety Scale” em estudantes do ensino superior. Badajoz, 2009. Universidade de Extremadura.
- [30] MALAMED, S.F. Sedação oral. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier editora, 2012.
- [31] MARQUES, K.B.G.; GRADVOHL, M.P.B.; MAIA, M.C.G. Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE. *RBPS*, v.23, n.4, p.358-367, 2010.
- [32] MARTINBIANCHO, J.K. Uso de hidrato de cloral para sedação em unidade de tratamento intensivo pediátrica. Porto alegre, 2008. 73f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- [33] MOHAMMAD, O.S. Dental anxiety: detection and management. *Journal of Applied Oral Sci.*, v. 16, n.2, p.1-1, 2010.
- [34] MOURA, A.M.; SOARES, C.O.S. Sedação em odontopediatria. Piracicaba, 1997. 49f. Monografia (especialização) - Universidade estadual de Campinas.
- [35] OLIVEIRA, A.C.B; PORDEUS, I.A; PAIVA, S.L. O uso do óxido nitroso como uma opção no controle de comportamento em odontopediatria. *Revista Ibero-americana de Odontopediatria & Odontologia de Bebê*, v.6, n.32, p.344-350, 2003.
- [36] OLIVEIRA, P.J.P. Influência do espaço do consultório dentário na ansiedade dentária - uma reflexão. Porto, 2009. 60f. Monografia (Conclusão de curso) - Universidade Fernando Pessoa Faculdade Ciências da Saúde.
- [37] OOSTERINK, F.M.; JONGH, A.; HOOGSTRATEN, J. Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. *Eur J Oral Sci.*, v.117, n.2, p.135-143, 2009.
- [38] PEREIRA, V.C. *et al.*, Avaliação dos Níveis de Ansiedade em Pacientes Submetidos ao Tratamento Odontológico. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v.17, n.1, p.55-64, 2013.
- [39] PORTAL DA EDUCAÇÃO. Lorazepam. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/farmacologia/artigos/79/lorazepam>>. Acesso em 22 de junho de 2015.
- [40] POSSOBON, R.F. *et al.* O Tratamento odontológico como gerador de ansiedade. *Revista Psicologia em Estudo*, v.12, n.3, p.609-616, 2007.
- [41] RAGNARSSON, E. Dental fear and anxiety in an adult Icelandic population. *Acta Odontol Scand*, v.56, n.2, p.100-104, 1998.
- [42] RANALI, J. Dentista pode tratar a dor causada pelo tratamento. Disponível em: <<http://www.projergo.com.br/images/ktodonto/pdf/materia.pdf>>. Acesso em: 19 de maio de 2015.
- [43] RÍOS, E.M.; HERRERA, R.A.; ROJAS, A.G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Avances en odontología*, v.30, n.1, p.39-46, 2014.
- [44] RODRIGUES, L.W.M; REBOUÇA, P.D. O uso de Benzodiazepínicos e N₂O/O₂ na sedação consciente em Odontopediatria. *RFOL*, v.25, n.1, p.55-59, 2015.
- [45] SANTOS, D.F. Controle da ansiedade odontológica: estudo comparativo entre a sedação oral com midazolam e

- a sedação consciente com a mistura de óxido nitroso e oxigênio em paciente submentidos a extração de terceiros molares inferiores. São Paulo, 2012, 78f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de odontologia de Ribeirão Preto.
- [46] SEATTLE, B.D; PHARM, P.A.R; RADCLIFFE, A.B. Alprazolam Use and Dependence A Retrospective Analysis of 30 Cases of Withdrawal. *The Western journal of medicine*, v.125, n.5, p.604-08, 1990.
- [47] SILVA, A.C.M.Medo e Ansiedade Dentária: Uma Realidade. Porto, 2012. 96f. Dissertação (Mestrado). Universidade Fernando Pessoa Faculdade Ciências da Saúde.
- [48] SOUSA, D.A. *et al.* Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. *Avaliação Psicológica*, v.12, n.3, p.397-410, 2013.
- [49] WANDSCHEER, D.C. Oxido nitroso em odontopediatria. Curitiba, 2003. 34f. Monografia (conclusão de curso) - Universidade Tuiuti do Paraná.
- [50] WEINSTEIN, P. *et al.* Dental fear in Japan: Okayama Prefecture school study of adolescents and adults. *AnesthProg.* v.39, n.6, p.215-220, 1992.
- [51] WHO. Collaborating Centre for DrugStatisticsMethodology. ATC/DDD Index. Disponível em: www.whooc.no/atc_ddd_index . Acesso em 30 de