

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**PERCEPÇÕES RELACIONADAS À EXECUÇÃO DE TRATAMENTOS
ENDODÔNTICOS ELETIVOS E PERFIS DE ANSIEDADE, QUALIDADE DE SONO
E QUALIDADE DE VIDA EM ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA –
ABORDAGENS QUANTITATIVA E QUALITATIVA**

LUCIANA BATISTA LUZ

PORTO ALEGRE

2016

LUCIANA BATISTA LUZ

**PERCEPÇÕES RELACIONADAS À EXECUÇÃO DE TRATAMENTOS
ENDODÔNTICOS ELETIVOS E PERFIS DE ANSIEDADE, QUALIDADE DE SONO
E QUALIDADE DE VIDA EM ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA –
ABORDAGENS QUANTITATIVA E QUALITATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Odontologia, Área de Concentração em Clínica Odontológica - Endodontia.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Montagner

PORTO ALEGRE

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Luz, Luciana Batista
PERCEPÇÕES RELACIONADAS À EXECUÇÃO DE TRATAMENTOS
ENDODÔNTICOS ELETIVOS E PERFIS DE ANSIEDADE,
QUALIDADE DE SONO E QUALIDADE DE VIDA EM ALUNOS DE
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA - ABORDAGENS QUANTITATIVA E
QUALITATIVA / Luciana Batista Luz. -- 2016.
90 f.

Orientador: Francisco Montagner.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia,
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto
Alegre, BR-RS, 2016.

1. Endodontia. 2. Estudantes. 3. Ansiedade. 4.
Qualidade de vida. 5. Sono. I. Montagner, Francisco,
orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Ao meu orientador e Professor Francisco Montagner pela incansável dedicação, e ensinamento prestados para a realização deste trabalho. Além da confiança e incentivo depositados em mim, és um exemplo de cirurgião-dentista e professor universitário.

À Professora Maria Beatriz Cardoso Ferreira, pelos ensinamentos, apoio, paciência e considerações feitas nas análises estatísticas, com certeza foram de grande importância para a qualidade do trabalho.

À Professora Lisiane Bizarro de Araújo e à Doutoranda Vanessa de Oliveira por terem feito parte da escolha e execução dos instrumentos quantitativos e desenvolvimento dos grupos focais. Além dos ensinamentos sobre psicologia, que foram de extrema valia para que este trabalho fosse realizado.

À cirurgiã-dentista e colega de mestrado Camila Hélen Grock, pela amizade, auxílio e ensinamentos prestados durante a realização deste trabalho. Tua ajuda foi de grande importância para a realização do mesmo.

Por fim, e mais importante, à minha família, especialmente meus pais Roberto e Maria Alzira e meu irmão Fernando, pelo amor, dedicação, amparo e lição de vida que me passam, sendo exemplos de pessoas e profissionais com princípios, dignidade e donos de um caráter magnífico.

RESUMO

LUZ, L.B. Percepções relacionadas à execução de tratamentos endodônticos eletivos e perfis de ansiedade, qualidade de sono e qualidade de vida em alunos de graduação em Odontologia – abordagens quantitativa e qualitativa. 2016. 90f. Dissertação/Mestrado – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

A Endodontia é considerada pelos acadêmicos como uma das especialidades mais difíceis e estressantes do curso de Odontologia. Poucos são os estudos existentes que avaliam os sentimentos e percepções dos alunos quanto à realização de procedimentos endodônticos eletivos, nem mesmo os perfis de ansiedade, qualidade de vida e qualidade de sono nessa população. O presente estudo teve como objetivo avaliar a experiência dos alunos de graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) ao realizar tratamentos endodônticos eletivos, bem como os seus perfis de ansiedade, qualidade de sono e qualidade de vida. Para isso, participaram do estudo um total de 43 participantes, sendo 22 provenientes da Clínica Odontológica I (CO-I) e 23 da Clínica Odontológica III (CO-III). Num primeiro momento, os alunos que realizariam atendimentos endodônticos eletivos foram convidados a participar do estudo. Após os participantes concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o instrumento IDATE-Estado e as escalas analógica visual e numérica para ansiedade pré-operatória foram preenchidas por eles antes de solicitar a presença do paciente no ambulatório. No segundo momento do estudo, correspondente ao final do atendimento, os participantes responderam aos instrumentos: IDATE-Traço, WHOQOL-BREF, DASS-21 e PSQI, além de um questionário para avaliar o nível de confiança para realizar os procedimentos endodônticos eletivos, um formulário específico com o número de tratamentos endodônticos eletivos, os tipos de dentes endodonticamente tratados por eles anteriormente à pesquisa e as escalas analógica visual e numérica para ansiedade pós-operatória. O terceiro momento do estudo foi realizado com um sorteio de nove participantes de cada Clínica Odontológica para fazer parte de um grupo focal. Os participantes da CO-III sentiram-se mais confiantes nas etapas de "inserção de medicação intracanal" e "selamento entre sessões" do que os participantes da CO-I. O grupo CO-I teve níveis de qualidade de vida maiores do que o grupo CO-III para o domínio "físico" do WHOQOL-BREF (medianas de 76,79 e 64,30 para os grupos CO-I e CO-III respectivamente). Os participantes da CO-I e CO-III apresentaram pontuações maiores para o IDATE-Estado em comparação com o IDATE-Traço. O grupo de CO-I apresentou níveis de ansiedade maiores no momento pré-operatório, comparado com o momento pós-operatório para as escalas VAS e NRS. Ambos os grupos tiveram perfis de qualidade de sono ruim para o instrumento PSQI. Sendo assim, foi possível observar que a ansiedade pré-operatória para participantes de CO-I era maior do que o momento pós-operatório. Além disso, a ansiedade avaliada pelo IDATE permite concluir que a ansiedade no momento do tratamento endodôntico eletivo é maior do que como eles geralmente se sentem. A partir desta análise, sugere-se que a avaliação curricular deve ser feita periodicamente a fim de tornar o ambiente acadêmico propício a favorecer um aprendizado de qualidade.

Palavras-chave: Endodontia, estudantes, ansiedade, qualidade de vida, sono, estresse psicológico.

ABSTRACT

LUZ, L. B. Perceptions related to the execution of elective endodontic treatments and anxiety, quality of sleep and quality of life profiles from undergraduate students from a Dental School - quantitative and qualitative approaches. 2016. 90f. Dissertação/Mestrado – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

According to the undergraduate students, Endodontics is one of the most difficult and stressful areas in Dental School. There are few reports in the current literature that assessed the feelings and perceptions of students on performing endodontic elective procedures. The quality of life and sleep quality profiles were barely described in this population. The aim of this study was to assess the experience of dental students of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS) when perform ing routine endodontic treatments and their anxiety, quality of life and sleep quality profiles. Forty-three participants were enrolled for the research, 22 belonging to the Dental Clinic I (CO-I) and 23 to the Dental Clinic III (CO-III). The students who would perform endodontic elective treatments were invited to join the study. All the participants signed an informed consent for clinical research in humans. Then, the STAI-state, the visual and the numerical analogic scales for pre-operative anxiety were filled by the students. After the patient's appointment, participants answered the instruments: STAI-Trait, WHOQOL-BREF, DASS-21 e PSQI, and a questionnaire to assess their demographic data, previous experiences on root canal treatment, and the level of confidence to perform routine endodontic treatments and the visual and the numerical analogic scales for post-operative anxiety. Nine participants from each Dental Clinics were invited to join a Focal Group. Participants of CO-III felt more confident to perform "insertion intracanal medication" and the "sealing between sessions" than the participants of the CO-I. The CO-I group showed higher levels of quality of life than the CO-group III for the "physical" domain of the WHOQOL-BREF (medians value: CO-I = 76.79; CO-III = 64.30). The two groups showed high scores for the STAI-state than for the STAI-Trait. The CO-I group showed higher levels of anxiety in the preoperative period, compared with the postoperative time for VAS and NRS scales. Both groups had poor sleep quality profiles, according to the PSQI instrument. Therefore, it was observed that the pre-operative anxiety in CO-I participants was greater than the post-operative moment. Furthermore, anxiety assessed by STAI showed that anxiety at endodontic elective treatment higher than they usually feel. Based on this analysis, it is suggested that the curriculum evaluation should be done periodically in order to make the academic environment favorable to improve the acquisition of skills in the clinical practice in Endodontics.

Key words: Endodontics, students, anxiety, quality of life, sleep, stress psychological

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDI- Beck Depression Inventory

CEP-UFRGS - Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CO-I - Clínica Odontológica I

CO-II- Clínica Odontológica II

CO-III - Clínica Odontológica III

COMPESQ-ODO - Comissão de Pesquisa em Odontologia

DASS-21- Depression Anxiety Stress Scale

DREEM -Dundee Ready Educational Environment Measure

DSMV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V

FO-UFRGS- Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

IDATE- Inventário de Ansiedade Traço-Estado

MSLES- Medical Student Learning Environment Survey

NRS- *Numerical Rating Scale*

OMS- Organização Mundial de Saúde

PSQI- Pittsburgh sleep quality index

VAS -Visual Analog Scale

UERJ- Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFRGS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Código <i>a priori</i> estabelecido como guia de discussão para o Momento III realizado com participantes da CO-I e CO-III.	29
Figura 2	Fluxograma de desenvolvimento nos 3 momentos com os participantes da CO-I.....	30
Figura 3	Fluxograma de desenvolvimento nos 3 momentos com os participantes da CO-III.....	31
Figura 4	Grau de confiança indicado pelos participantes da CO-I para cada um dos procedimentos realizados em tratamentos endodônticos.....	36
Figura 5	Grau de confiança indicado pelos participantes da CO-I para cada um dos procedimentos realizados em tratamentos endodônticos.....	38
Figura 6	Resultados do DASS21 aplicado em participantes da CO-I e CO-III, respectivamente.	46
Figura 7	Análise das Escalas Numérica e Analógica para ansiedade dos participantes da CO-I.	47
Figura 8	Código <i>in vivo</i> do grupo focal dos participantes da CO-I.....	52
Figura 9	Nuvem de palavras originada a partir da análise do discurso do Momento III da CO-I.	53
Figura 10	Código <i>in vivo</i> do grupo focal dos participantes da CO-III.	59
Figura 11	Nuvem de palavras originada a partir da análise do discurso do Momento III da CO-III.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Frequência de tratamentos endodônticos realizados pelos participantes em atividades de Pré-clínica e Clínica Odontológica, previamente à data de realização da entrevista.	35
Tabela 2	Dados relativos aos domínios do instrumento WHOQOL-BREF referentes aos participantes da CO-I.	40
Tabela 3	Dados relativos aos domínios do instrumento WHOQOL-BREF referentes aos participantes da CO-III.	41
Tabela 4	Escore relativo a depressão, ansiedade e estresse de acordo com a Escala DASS-21, aplicada em participantes da CO-I e CO-III.	43
Tabela 5	Distribuição dos escores de Depressão, Ansiedade e Estresse obtidos por meio do Instrumento DASS-21, para CO-I (n=22).	44
Tabela 6	Distribuição dos escores de Depressão, Ansiedade e Estresse obtidos por meio do Instrumento DASS-21, para CO-III (n=23).	44
Tabela 7	Análise das Escalas Numérica e Analógica para ansiedade dos participantes da CO-I.	46
Tabela 8	Análise das Escalas Numérica e Analógica para ansiedade dos participantes da CO-III.	47

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	12
2.1	O ENSINO DE ENDODONTIA EM CURSOS DE GRADUAÇÃO.....	12
2.2	INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO, ESTRESSE E QUALIDADE DO SONO.....	14
2.2.1	Escala Analógica Visual - Visual Analogue Scale (VAS) e Escala Numérica - Numerical Rating Scale (NRS)	15
2.2.2	Inventário de ansiedade Traço-Estado (IDATE)	16
2.2.3	Índice WHOQOL - World Health Organization Quality of Life.....	18
2.2.4	Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh - Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	20
2.2.5	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse - Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	22
3	OBJETIVOS.....	25
4	MÉTODOS.....	26
4.1	PARTICIPANTES.....	26
4.2	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS.....	26
4.3	ANÁLISE DOS DADOS.....	32
5	RESULTADOS.....	34
5.1	CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	34
5.2	GRAU DE CONFIANÇA PARA A REALIZAÇÃO DAS ETAPAS DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO ELETIVO.....	35
5.3	PERFIL DE QUALIDADE DE VIDA POR MEIO DO INSTRUMENTO WHOQOL-BREF.....	39
5.4	ANÁLISE DA ANSIEDADE POR MEIO DO INSTRUMENTO IDATE- TRAÇO E ESTADO.....	41
5.5	ANÁLISE DA ESCALA DASS-21.....	43
5.6	ANÁLISE DAS ESCALAS NUMÉRICA E ANALÓGICA PARA ANSIEDADE.....	46
5.7	ANÁLISE DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURG (PSQI)	48

5.8	PERCEPÇÕES DOS ESTUDANTES SOBRE A REALIZAÇÃO DE TRATAMENTOS ENDODÔNTICOS ELETIVOS.....	49
5.9	DADOS OBTIDOS A PARTIR DA DISCUSSÃO COM PARTICIPANTES DA CO-I.....	49
5.10	DADOS OBTIDOS A PARTIR DA DISCUSSÃO COM PARTICIPANTES DA CO-III.....	53
6	DISCUSSÃO.....	61
7	CONCLUSÃO.....	71
	REFERÊNCIAS.....	72
	APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	78
	APÊNDICE 2 FORMULÁRIO ESPECÍFICO COM DADOS DEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES.....	80
	APÊNDICE 3 - TRATAMENTOS ENDODÔNTICOS REALIZADOS ANTERIORMENTE PELO PARTICIPANTE E GRAU DE CONFIANÇA PARA CADA ETAPA DO TRATAMENTO.....	81
	ANEXO 1 INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO.....	82
	ANEXO 2: ESCALAS NUMÉRICA E ANALÓGICA E ANSIEDADE: (NRS e VAS) PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA.....	84
	ANEXO 3 - WHOQOL-BREF.....	86
	ANEXO 4 - ÍNDICE DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE (DASS-21)	88
	ANEXO 5 - ÍNDICE DA QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH (PSQI)	89

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia é caracterizada por ser um curso em que os alunos ficam muito tempo dentro da universidade e isso diminui as horas de atividade física e lazer (KUMAR et al., 2009). Esse tempo excessivo dentro da universidade, além da pobre qualidade de sono, que a maioria dos estudantes universitários se enquadra, pode induzir ao desenvolvimento de doenças emocionais, como ansiedade, estresse e até mesmo depressão, interferindo na qualidade de vida do indivíduo (BUBOLTZ et al., 2002; BUBOLTZ et al., 2001, KUMAR et al., 2009; PÖHLMANN et al., 2005; KÖTTER; NIEBUHR, 2016; HOAD-REDDICK, 1999; WANG et al., 2016). Existem evidências de que o estresse prejudica o desempenho acadêmico dos alunos (SUN et al., 2016; KUMAR et al., 2009).

O ambiente educacional inclui diversos fatores que contribuem ou interferem na aprendizagem e no bem-estar dos estudantes. Dentre eles, podem ser citadas as aulas, as relações com colegas e com os professores (ROFF et al., 2001; DYRBYE et al., 2006). Outros fatores que modulam o estresse dos alunos são a falta de tempo para si, a competitividade, o preparo insatisfatório dos professores e o excesso de atividades para serem realizadas (TEMPSKI et al., 2012).

Constantemente, os alunos universitários enfrentam novos desafios, além disso, a maioria está em uma etapa de transição entre a adolescência e a vida adulta. A universidade traz um ambiente desconhecido que exige dos alunos maiores responsabilidades, adaptação a novos horários e obrigações sociais (BUBOLTZ et al., 2002). Essas mudanças interferem na vida dos estudantes de maneira a alterar os hábitos e duração de sono (BUBOLTZ et al., 2001).

O ambiente acadêmico considerado ideal pode ser definido como aquele que melhor prepara os alunos para a sua futura vida profissional e contribui para o seu desenvolvimento pessoal, psicossomático e bem-estar social (DIVARIS et al. 2008). Segundo Divaris et al. (2008), sintomas de estresse, incluindo manifestações psicológicas e psicossomáticas são prevalentes entre estudantes de Odontologia. Entretanto, algumas estratégias didáticas podem diminuir ou até mesmo eliminar as fontes de estresse dos alunos.

Novas metodologias e filosofias didáticas devem ser discutidas e se possível implementadas constantemente nos cursos de graduação em Odontologia, por meio de evidências científicas (MASELLA, THOMPSON, 2004). A perspectiva dos alunos a respeito do programa acadêmico é de fundamental importância, pois fornece um ótimo feedback sobre a aceitação e eficiência dos métodos didáticos (TILL 2005).

Muitos estudantes de Odontologia consideram a área de Endodontia extremamente complexa e a mais ou uma das mais difíceis dentro do curso. As principais fontes de insegurança dos alunos com a Endodontia são a relação com o paciente, a anatomia dos canais radiculares, a dificuldade em tomadas radiográficas com isolamento absoluto e a falta de confiança para realizar diagnósticos e tratamentos endodônticos em dentes polirradiculares (TANALP et al., 2013; MURRAY; CHANDLER, 2014; ROLLAND et al., 2007, SEIJÓ et al., 2013). Muitas vezes a insegurança pode ser causada por métodos insuficientes de ensino associadas à estrutura curricular do curso de graduação (ROLLAND et al., 2007). O ambiente educacional somado às emoções dos alunos podem influenciar na qualidade de ensino e aprendizado (TEMPSKI et al., 2012).

Existem poucos estudos que avaliam as percepções dos alunos quanto à execução de tratamentos endodônticos e as sensações destes relacionadas à Odontologia e à área de Endodontia. Torna-se necessário avaliar a experiência dos alunos de graduação em Odontologia ao realizar tratamentos endodônticos eletivos, bem como os perfis de ansiedade, qualidade de sono e qualidade de vida nessa população.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 O ENSINO DE ENDODONTIA EM CURSOS DE GRADUAÇÃO

De acordo com o Projeto Pedagógico do Curso Diurno de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Área de Endodontia está inserida em dois momentos principais: nas atividades de Pré-clínica Odontológica, e posteriormente em atividades de Clínica Odontológica. O ensino de Endodontia ao longo de atividades de Clínica Odontológica compreende a abordagem de situações com complexidade crescente, dentro das competências e habilidades do cirurgião-dentista clínico geral. Assim, na Clínica Odontológica I são realizados tratamentos endodônticos de baixa complexidade, tais como tratamentos endodônticos de dentes monorradiculares. Já na Clínica Odontológica II, o acadêmico desenvolve competências para a execução de tratamentos endodônticos de baixa complexidade em dentes polirradiculares (pré-molares e molares) e para a realização de tratamentos odontológicos de urgência. Os tratamentos de urgência abrangem o controle e o tratamento da dor de origem pulpar, periapical ou periodontal, além de urgências estéticas (restaurações ou consertos de próteses) que geralmente não envolvem dor. Nas Clínicas Odontológicas III e IV, o aluno desenvolve competências que fornecem base para a realização de tratamentos endodônticos de dentes polirradiculares, especialmente molares, e também retratamentos endodônticos (PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DIURNO DE ODONTOLOGIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014).

A maioria dos estudantes, de Odontologia da Universidade de Newcastle no Reino Unido, consideram a Endodontia uma área de alta complexidade, difícil e estressante. Os principais motivos reportados são a anatomia dos canais radiculares, a assistência ao paciente e a reduzida autoconfiança para realizar diagnósticos e tratamentos endodônticos de dentes polirradiculares. Essa insegurança muitas vezes pode ser gerada por métodos insuficientes de ensino clínico e didático, associadas à estrutura curricular de graduação (ROLLAND et al., 2007).

Por meio de um questionário, Seijó et al. (2013) avaliaram a experiência de aprendizagem em Endodontia com base nas percepções dos estudantes de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Segundo os autores, os principais aspectos que podem afetar o ensino e a aprendizagem de Endodontia são: faltas e atrasos dos pacientes, dificuldades inerentes aos tratamentos endodônticos (incluindo perda de tempo por dificuldades em tomadas radiográficas), dificuldades didáticas de pré-clínica e clínica, as

técnicas empregadas, e atitudes dos professores durante o acompanhamento da realização do tratamento endodôntico.

Davei et al. (2014) encontraram diferenças significativas entre os níveis de confiança e competência de estudantes da Universidade de Cardiff no País de Gales, para a realização de endodontias em dentes anteriores e posteriores. Tais níveis de confiança foram relacionados com o número de dentes anteriores e posteriores já tratados pelos alunos, tanto em fase laboratorial (pré-clínica) como em fase clínica. Os autores demonstraram que, dependendo do estágio em que os alunos estavam no curso, estes índices se alteravam, sendo mais favoráveis para os alunos que estavam próximos da conclusão do mesmo. Para os alunos, algumas etapas do tratamento apresentavam maior dificuldade de realização, tais como: a indicação de tratamento restaurador com uso de pino intracanal; a realização de restaurações com retenção intracanal; e o manejo de situações de risco durante um tratamento endodôntico. Um grande número de alunos relatou não ter segurança para realizar técnicas endodônticas e sugeriram mudanças nos aspectos didáticos de ensino. Dentre os aspectos citados, salientam-se o aumento no número de treinamento laboratorial pré-clínico, aulas de reforço e melhor distribuição dos professores nos turnos de clínicas odontológicas.

Murray e Chandler (2014) relataram que 23,3% dos alunos de graduação em Odontologia, da Universidade de Otago na Nova Zelândia, considerou a realização do primeiro tratamento endodôntico realizado em pacientes como “difícil” ou “muito difícil”. Apenas 3,2% dos estudantes do quinto ano afirmaram ter competência e habilidade suficientes, após a conclusão do curso, para realizar todos os tratamentos endodônticos nos seus consultórios. Observou-se ainda que 50% dos entrevistados afirmaram que a Endodontia era uma disciplina difícil quando comparada às outras especialidades da Odontologia.

Tanalp et al. (2015) relataram que, para 42,9% dos alunos do último ano do Curso de Odontologia, a Endodontia foi classificada como a terceira área mais complexa quando comparada às demais. O tratamento de molares superiores foi relatado como sendo o procedimento mais temido a ser realizado pelos estudantes. Entretanto, os autores ainda destacaram que 90,5% dos estudantes de Odontologia se sentiam seguros em realizar tratamento endodôntico de casos que contemplavam o seu limite de conhecimento e habilidades. Para os mesmos, os casos mais difíceis deveriam ser encaminhados para um especialista em Endodontia.

Henzi et al. (2005) compararam a percepção de estudantes do primeiro e do terceiro ano de Odontologia de universidades da América do Norte no que se refere à qualidade de ensino. Para isto utilizaram o Medical Student Learning Environment Survey (MSLES). O

estudo mostrou que os pontos positivos foram os mesmos relatados pelos alunos do primeiro e do terceiro ano. As classificações positivas corresponderam à sub-escala referente à liberdade de interesse, que representa a capacidade do corpo docente para tratar de interesses fora da área de Odontologia, e à sub-escala de experiência significativa, que aborda o grau em que a estrutura de atividade de aprendizagem foi vista como relevante para a prática de Odontologia. As diferenças entre os grupos foram observadas nas sub-escalas classificadas com baixas pontuações. O grupo dos alunos do primeiro ano classificaram como ruim o clima emocional, que reporta como as respostas afetivas dos estudantes interferem em suas experiências dentro do curso de graduação. Já o grupo de alunos do terceiro ano classificou como deficiente as sub-escalas que fazem referência a percepção do aluno sobre a preocupação do corpo docente com o bem-estar do aluno e a sub-escala que representa a capacidade de os alunos moldarem seu programa acadêmico para atender as suas necessidades e preferências individuais.

2.2 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO, ESTRESSE E QUALIDADE DO SONO

A estabilidade emocional é indispensável para a competência no trabalho de profissionais da área da saúde e a alta prevalência de problemas emocionais relatados pelos alunos de graduação antes de ingressarem no mercado de trabalho é preocupante e precisa ser tratada (HARRIS; MILLICHAMP; THOMSON, 2015).

Recentemente, Grock (2016) avaliou, por meio de análises qualitativa e quantitativa, as experiências de alunos de graduação em Odontologia da UFRGS na realização de tratamentos endodônticos de urgência e os níveis de ansiedade, qualidade de vida e características de sono neste grupo de indivíduos. Os resultados do estudo mostraram que este grupo de alunos se considera ansioso e se sente mais confiante para realizar as etapas dos procedimentos que não são exclusivamente executados durante tratamentos endodônticos, tais como a anestesia e o isolamento absoluto em comparação com procedimentos realizados exclusivamente em tratamentos endodônticos. Os alunos também se referiram à Endodontia como a área da Odontologia de maior dificuldade para a realização de procedimentos. Além disso, quando comparado os níveis de ansiedade pré- e pós-atendimento, os alunos apresentaram níveis de ansiedade mais elevados antes do procedimento de urgência de origem endodôntica do que após.

As percepções dos alunos relacionadas à execução de tratamentos de urgência de origem endodôntica podem diferir das percepções dos alunos em relação ao tratamento endodôntico eletivo.

Para avaliar níveis de ansiedade, estresse, depressão, qualidade de sono e qualidade de vida, existem instrumentos validados para o Português brasileiro. Normalmente são questionários autorrelatados pelos indivíduos, sendo de rápida execução.

2.2.1 Escala Analógica Visual - Visual Analogue Scale (VAS) e Escala Numérica - Numerical Rating Scale (NRS)

Com relatos existentes na literatura desde 1920, A Escala Analógica Visual ou *Visual Analogue Scale* (VAS), que aparece na literatura desde 1920, é um instrumento que tem por objetivo medir a variedade de fenômenos subjetivos. A VAS tem utilidade para medição de fenômenos clínicos que variam em uma sequência contínua ou linear e não em valores discretos (WEWERS; LOWE, 1990).

A escala analógica visual pode ser representada por uma linha vertical ou horizontal. Entretanto, as linhas horizontais produzem uma distribuição mais uniforme dos valores. O autor pode escolher o comprimento que deseja utilizar na linha VAS. A forma mais comum é uma linha horizontal com 100 milímetros, pois linhas mais curtas tendem a produzir maiores erros de variância (REVILL et al. 1976).

A escala VAS pode ser usada para medir diversos fatores e sentimentos, como humor, ansiedade, estado de alerta, vontade de fumar, qualidade do sono, atitudes em relação a condições ambientais, habilidades funcionais, entre outros (WEWERS; LOWE, 1990). A extremidade esquerda da linha representa o mínimo do sentimento experimentado pelo participante e a extremidade direita representa o máximo do sentimento tido pelo participante no momento. O participante traça com um risco na vertical sobre a linha horizontal de 100mm, na região que julga representar melhor seu sentimento no momento do teste.

Pottier et al. (2011) compararam respostas subjetivas e fisiológicas de estresse agudo em ambiente ambulatorial contra ambiente hospitalar em estudantes de Medicina da França, categorizando também as respostas por gênero. Para isso foram utilizadas escalas como analógica visual (VAS), IDATE Traço-Estado, escala de avaliação cognitiva e para avaliar as respostas fisiológicas ao estresse, níveis de cortisol salivar foram coletados antes e após as atividades. A escala VAS antes e após os procedimentos permitiu constatar que os alunos

apresentaram maiores níveis de estresse subjetivos e fisiológicos no ambulatório do que no ambiente intra-hospitalar. Os estudantes avaliaram as consultas ambulatoriais como mais estressantes por ter mais demanda de pacientes do que recursos disponíveis para realizar os procedimentos, o que foi constatado por meio de valores mais elevados em escala VAS, escores do IDATE e níveis de cortisol salivar. As respostas ao estresse subjetivo foram maiores antes das consultas do que após, independente do ambiente, indicando que a fonte de estresse para os estudantes de Medicina estava na espera pela consulta e não na consulta propriamente dita. As mulheres apresentaram maiores níveis de estresse subjetivo anteriormente às consultas em ambulatórios, enquanto os homens apresentaram maiores níveis de estresse fisiológicos em ambientes ambulatoriais previamente às consultas.

A Escala Numérica ou *Numerical Rating Scale* (NRS) corresponde a uma escala com numeração de 0 a 10. Geralmente, a escala numérica é usada por profissionais da área da saúde para mensurar a dor dos pacientes. O indivíduo considera o número 0 da escala como sendo a menor dor que ele já sentiu na vida e 10 como a maior dor já experimentada. Após, o indivíduo escolhe um número da escala que corresponda ao nível de dor que ele sente no momento. A escala NRS pode ser usada para mensurar diversos sentimentos além da dor, como por exemplo ansiedade, humor ou medo (RECHENBERG et al., 2016).

Para Hjermstad et al. (2011) a Escala Numérica é o tipo de escala que apresenta melhor aderência pelos pacientes quando utilizada para mensurar a dor, sendo de rápido uso e entendimento pelos participantes. Segundo Willianson e Hoggart (2005) a Escala Numérica tem boa sensibilidade e os dados produzidos podem ser analisados estatisticamente.

No estudo de Grock (2016), observou-se que os alunos de graduação de Odontologia da UFRGS que apresentaram perfil “altamente ansiosos” antes de iniciar o procedimento odontológico, através das escalas NRS e VAS, não se sentiram confiantes para realizar procedimentos de urgência do tipo pulpotomia e pulpectomia.

2.2.2 Inventário de ansiedade Traço-Estado (IDATE)

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) é um questionário padrão ouro para avaliação da ansiedade. O IDATE compreende escalas validadas e adaptadas para o Português brasileiro, de autorrelato para medir o estado e o traço de ansiedade do participante (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 2003).

O conceito "estado de ansiedade" refere-se a episódios agudos, experimentados no exato momento da aplicação do instrumento, podendo ser transitório, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos, juntamente com o aumento da atividade do sistema nervoso autônomo. O IDATE-Estado pode ser usado para determinar níveis reais de intensidade de estados de ansiedade, induzidos por manipulações experimentais. Já o traço de ansiedade está relacionado a um padrão de ansiedade apresentado ao longo da vida do participante, sendo uma característica de personalidade, referente a diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 2003).

A Escala IDATE-Estado é composta por vinte questões que avaliam como o entrevistado sente-se no dado momento e a Escala IDATE-Traço consiste de vinte declarações que avaliam como o entrevistado se sente geralmente, não só no momento da realização do questionário (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 2003). Entretanto, Kaipper et al. (2010), com o intuito de reduzir o IDATE Traço-Estado, realizaram uma análise psicométrica de Rasch, concluindo que versões reduzidas do inventário apresentam um adequado desempenho psicométrico. Assim, foram removidas seis e sete questões do IDATE-Estado e do IDATE-Traço, respectivamente.

A amplitude de escores possíveis para o IDATE varia de um mínimo de 20 a um máximo de 80 pontos, tanto na sub-escala IDATE-Traço quanto na IDATE-Estado. Altos escores significam altos níveis de ansiedade do participante (KAIPPER et al., 2010).

Para identificar as fontes e os níveis de estresse entre estudantes de Odontologia da Turquia e comparar o sexo e o ano cursado entre os alunos, Peker et al. (2009) utilizaram os instrumentos Dental Environment Stress (DES), Beck Depression Inventory (BDI) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). A maioria dos fatores causadores de estresse foi medo de reprovar de ano, conclusão de requisitos práticos e quantidade de trabalhos. Os autores concluíram que os níveis de estresse dos alunos que já praticavam atividades clínicas eram significativamente menores em comparação com alunos que cursavam disciplinas pré-clínicas. Eles também encontraram diferenças estatisticamente significativas na aplicação do instrumento IDATE-Estado entre os sexos dos participantes, sendo que o sexo masculino apresentou valores do IDATE-Estado maiores do que os valores do sexo feminino.

Hamester et al. (2016) utilizaram a escala IDATE-Estado para verificar a efetividade das orientações de Enfermagem a familiares de pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, antes da primeira visita na sala de recuperação, nos níveis de ansiedade, comparados com a orientação de rotina de um hospital de referência cardiológica do Sul do

Brasil. Os autores utilizaram apenas a escala IDATE-Estado, pois queriam verificar a ansiedade no momento que antecedia a visita pós-operatória. Os resultados mostraram que a intervenção de Enfermagem voltada à orientação de familiares previamente a primeira visita no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca contribuiu para a redução de ansiedade dos participantes.

Grock (2016) constatou que a média do IDATE-Traço para o sexo feminino foi significativamente maior do que para o sexo masculino, em alunos do sexto semestre de Odontologia da UFRGS que realizaram atendimento de urgência. Entretanto, não houve diferença estatisticamente significativa na média de valores do IDATE-Estado quando avaliada a variável sexo. Neste estudo, também foram comparadas as médias de IDATE-Estado e IDATE-Traço entre os alunos que realizaram atendimento de urgência endodôntica e os alunos que realizaram atendimento de urgência de origem não endodôntica. Houve diferença estatisticamente significativa apenas nos valores do IDATE-Estado, sendo menor para os alunos que realizaram atendimento de urgência com origem endodôntica.

2.2.3 Índice WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

Nas últimas décadas, o interesse sobre os aspectos da qualidade de vida das populações tem crescido consideravelmente. Apesar disso, ainda não há uma definição consensual que possa caracterizá-la por completo, pois envolve muitos aspectos individuais. O conceito "qualidade de vida" inter-relaciona o meio ambiente com aspectos psicológicos, físicos, relações sociais, crenças e independência pessoal (FLECK et al., 2000a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões, e preocupações" (THE WHOQOL GROUP, 1994).

Três aspectos fundamentais referentes ao construto "qualidade de vida" foram estabelecidos por um grupo de especialistas de diferentes culturas: subjetividade, presença de dimensões positivas e negativas, e multidimensionalidade (THE WHOQOL GROUP, 1994).

A OMS, juntamente com quinze centros colaboradores em todo o mundo, desenvolveu um instrumento para medir a qualidade de vida, o WHOQOL-100. A estrutura do WHOQOL-100, instrumento original, com base no reconhecimento da multidimensionalidade do

construto "qualidade de vida", abrange seis grandes domínios: domínio físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais. Estes seis domínios apresentam vinte e quatro facetas distribuídas entre eles, compondo um total de 100 questões. Entretanto, a necessidade de medir a qualidade de vida de forma mais rápida e eficaz, fez com que o WHOQOL Group desenvolvesse um instrumento abreviado, o WHOQOL-BREF. Este é formado por 26 questões, sendo duas questões gerais sobre qualidade de vida e as demais 24 questões representam cada uma das 24 facetas do instrumento original (FLECK et al.; 2000a; FLECK et al., 2000b).

Na versão WHOQOL-BREF ocorreu uma fusão dos domínios “físico” e “nível de independência”, e do domínio “psicológico” com o domínio “espiritualidade/religião/crenças pessoais”, do instrumento original. Assim, a versão abreviada é composta por questões que abrangem os domínios "físico", "psicológico", "relações sociais" e "meio ambiente".

Para todas as questões, o participante tem cinco opções de resposta do tipo Likert. Os escores obtidos são transformados em uma escala linear que varia entre 0 e 100. Os valores mais altos representam “boa qualidade de vida” e os mais baixos, uma “má qualidade de vida”. O instrumento WHOQOL-BREF foi traduzido e validado para o Português brasileiro em 2000 (FLECK et al., 2000b).

Enns et al.(2016) avaliaram a percepção do ambiente educacional de estudantes de Medicina de vinte e duas universidades brasileiras e estudaram a associação entre essas percepções e níveis de qualidade de vida. Os autores examinaram a visão dos alunos sobre o ambiente educacional utilizando o instrumento *Dundee Ready Educational Environment Measure* (DREEM) e a qualidade de vida dos estudantes utilizando o WHOQOL-BREF. Eles também avaliaram o autorrelato dos estudantes sobre qualidade de vida geral e qualidade de vida relacionada ao curso de Medicina por meio do instrumento *Medical-school-related Quality of Life* (MSQoL). Os resultados revelaram que houve uma associação positiva entre as medidas de qualidade de vida e as pontuações do instrumento DREEM, sugerindo que o ambiente educacional é um importante moderador da qualidade de vida dos estudantes brasileiros de Medicina.

Chazan et al. (2015) estudaram como variáveis sociais, de saúde e relacionadas ao curso de Medicina (forma de ingresso e ano de graduação) influenciavam na qualidade de vida desses estudantes. Para isto, participaram 394 estudantes de Medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Os autores usaram o instrumento WHOQOL-BREF, com algumas expressões e termos adaptados. Os autores encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os estratos de classe econômica e na forma de ingresso dos alunos

referentes aos escores dos quatro domínios de qualidade de vida do WHOQOL-BREF. Observou-se escores mais baixos para aqueles alunos de classe econômica mais baixa e para alunos cotistas. Os estudantes com morbidade crônica também apresentaram escores mais baixos de qualidade de vida em três domínios do WHOQOL-BREF, exceto para domínio "meio ambiente". Em relação ao ano de graduação, os piores escores de qualidade de vida foram para os estudantes do terceiro e sexto ano de Medicina.

Poucos são os estudos na literatura que avaliaram a qualidade de vida de estudantes de Odontologia. Grock (2016) avaliou a qualidade de vida dos estudantes de Odontologia do sexto semestre da UFRGS que realizaram atendimentos de urgência, utilizando o WHOQOL-BREF. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o grupo que realizou urgência endodôntica e o grupo que realizou urgência não endodôntica. Neste estudo, 27,3% dos alunos apresentaram uma boa qualidade de vida para o domínio "físico", seguidos de 24,2%, 27,3%, 24,2% e 24,2% para os domínios "psíquico", "social", "ambiental" e "qualidade de vida", respectivamente.

2.2.4 Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh - Pittsburgh SleepQualityIndex (PSQI)

A diminuição da qualidade de sono pode estar associada às doenças físicas e emocionais (GUALLAR et al., 2014). O distúrbio de sono é bastante frequente na população e está entre os problemas de saúde mais encontrados por clínicos (SWANSON, 2011). Existe relação entre a qualidade de sono e a qualidade de vida dos indivíduos.

Em 1976, Karacan et al. relataram que entre 15 e 35% da população adulta, de Alachua na Flórida, se queixava de distúrbios da qualidade de sono, como dificuldade para adormecer ou para manter o sono durante a noite. Nas últimas três décadas, os problemas de sono passaram a ser entendidos como uma questão complexa, que coincidem com fatores neurofisiológicos, psicológicos e comportamentais, e que precisam de intervenções específicas de diagnóstico e tratamento (BUYSSSE, 2014).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSMV), os transtornos do sono são acompanhados de depressão, ansiedade e alterações cognitivas. A insônia e a sonolência excessiva são fatores de risco estabelecidos para o desenvolvimento subsequente de doenças mentais e de transtornos causados pelo uso de substâncias. Os distúrbios do sono podem também representar uma expressão prodrômica de um episódio de

doença mental, o que possibilita uma intervenção precoce para evitar ou atenuar um episódio completo. As perturbações de sono são indicadores clínicos de condições médicas e neurológicas que, com frequência, coexistem com depressão e outros transtornos mentais comuns (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Stein et al. (2008) afirmaram que a má qualidade do sono pode ser observada concomitantemente à ocorrência de transtornos mentais. Fatores relacionados à ansiedade e ao estresse estão intimamente ligados com problemas de sono na população em geral (BUYSSE et al., 1989). A insônia associada aos distúrbios psiquiátricos é frequentemente observada em pacientes de centros de distúrbios do sono (BUYSSE et al., 1989).

Alunos universitários, principalmente nos estágios iniciais de graduação, se deparam com mudanças de suas rotinas, se tornam mais responsáveis, aderem a novos horários e a um ambiente diferente, com novas obrigações e tudo isso pode gerar um estresse acadêmico (WANG et al., 2016). A maioria dos alunos são forçados a mudar a duração e os hábitos de sono em decorrência da nova rotina (PILCHER et al., 1997).

Assim, a maioria dos alunos universitários tem má qualidade de sono. Alguns estudos sugerem que mais de 70% dos alunos de graduação apresentam problemas relacionados à qualidade de sono em maior ou menor grau (BUBOLTZ et al., 2001).

É de extrema importância a avaliação da qualidade de sono, mas ainda existem poucos instrumentos utilizados para este fim. O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, do inglês *The Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) é o instrumento mais utilizado para avaliar a qualidade de sono (HOCH et al., 1994; BUYSSE et al., 1991).

As vantagens do PSQI, segundo seus autores, incluem a capacidade para determinar os padrões de disfunção do sono ao longo do período de um mês, através da avaliação de dados qualitativos e quantitativos e calcular um resultado simples e global que mostra a gravidade dos problemas de sono (BUYSSE et al., 1989).

Em vários países, onde foram realizados estudos sobre a qualidade de sono em alunos de Medicina, o instrumento de avaliação utilizado foi o PSQI (BRICK et al., 2010; WAQAS et al., 2015).

O PSQI é um questionário autorrelatado que serve para avaliar a qualidade de sono do indivíduo referente a um período de trinta dias anteriores. Desenvolvido e validado por Buysse et al. (1989) e posteriormente validado para o Português brasileiro por Bertolazy et al. (2011), o PSQI é composto por dezenove itens que produzem um escore da qualidade de sono geral do indivíduo. Os dezenove itens estão distribuídos em sete componentes fundamentais para avaliação do sono: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono,

eficiência habitual do sono, distúrbios do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna. O questionário ainda apresenta cinco perguntas que podem ser respondidas pelo colega de quarto do participante, se houver. Entretanto, essas cinco perguntas não são tabuladas pelo PSQI e servem apenas como informações clínicas (BUYSSSE et al., 1989).

Cada resposta tem uma pontuação de 0 a 3 para cada item, no final, as pontuações são somadas dentro de cada um dos sete componentes. Os escores finais podem variar entre 0 e 21, sendo que resultados entre 0 e 4 indicam boa qualidade de sono, entre 5 e 10 ruim e pontuações acima de 10 indicam presença de distúrbios de sono.

Wang et al. (2016) investigaram a relação entre qualidade de sono e comportamento de estudantes de Medicina da Mongólia. Para este fim, os autores utilizaram o instrumento PSQI. De acordo com os resultados, 27,8% dos estudantes apresentaram má qualidade de sono. Os principais fatores associados com a má qualidade de sono foram: baixo desempenho acadêmico, relações interpessoais, falta de exercícios físicos, descuidos com a alimentação e estudo em excesso.

Pensukasan et al. (2016) avaliaram a relação entre a qualidade de sono e problemas psicológicos de alunos de graduação da Tailândia. Para isso, os autores usaram os instrumentos: PSQI, a Escala de sonolência de Epworth e a escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS). Os pesquisadores relataram que 42% dos participantes apresentaram má qualidade de sono, além de uma relação proporcional de pobre qualidade de sono e ansiedade.

Grock (2016) constatou, por meio do PSQI, que 72,7% dos alunos de graduação do sexto semestre de odontologia da UFRGS, que realizaram atendimentos de urgência no segundo semestre de 2015 possuem qualidade de sono ruim, enquanto 18,2% foram categorizados como tendo distúrbio do sono e apenas 9,1% apresentavam uma boa qualidade de sono.

2.2.5 Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse - Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)

A ansiedade, segundo o DSM V é a antecipação de uma ameaça futura. Os transtornos de ansiedade, compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. O medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida. O medo é associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga. A

ansiedade está mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Segundo Gray (1987), a ansiedade está associada com a percepção de contextos ambientais (lugares, pessoas, atividades) que são comparados a experiências anteriores e que ativam sistemas cerebrais específicos com funções adaptativas.

O conceito de estresse surgiu originalmente da observação de que diferentes tipos de condições físicas ou psicológicas ameaçam a homeostase e iniciam uma cascata de reações fisiológicas, que pode ser chamada de síndrome geral de adaptação (SELYE, 1936). Apóstolo et al. (2006) relataram que o estresse é resultante da tensão persistente, irritabilidade e baixo limiar de frustração. O estresse pode ser caracterizado por qualquer tensão física ou psicológica experimentada por um indivíduo que necessita de maiores habilidades ou recursos do que aqueles disponíveis para realizar uma determinada função (SUN et al., 2016). Podendo ser caracterizado também como a disparidade entre a expectativa de alguém e o que realmente pode ser realizado por esse alguém (RIABI, 2011).

A escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS) é um instrumento utilizado para avaliar os sintomas de depressão, ansiedade e estresse em um processo interativo e empírico. Esta escala foi criada com base no modelo tripartido de ansiedade e depressão proposto por Clark e Watson (1991), que considera os três fatores: afetividade negativa, que está presente na ansiedade e na depressão; afeto positivo reduzido, que está presente na depressão; e hiperativação fisiológica, comumente encontrada na ansiedade. Este modelo ainda propõe que distúrbios de afeto, e seus subtipos, são uma continuidade entre a depressão, ansiedade e estresse (Lovibond; Lovibond, 2004).

O DASS foi criado, originalmente, sob a forma de 42 itens distribuídos em três subescalas, com 14 itens cada. Os itens referem-se a sintomas experimentados pelo indivíduo na semana anterior, sendo utilizada uma escala, para respostas, do tipo Likert com pontuações que variam de 0 a 4. A escala reduzida (DASS-21) tem a mesma estrutura que a versão completa e necessita metade do tempo para ser respondida, pois é composta por 21 questões, sendo 7 em cada subgrupo de estado emocional (depressão, ansiedade e estresse) (Lovibond; Lovibond, 2004). O instrumento DASS-21 foi adaptado e validado para o Português brasileiro por Vignola e Tucci (2014), apresentando confiabilidade e validade.

Aboalshamat et al. (2015) avaliaram o efeito de um programa de treinamento sobre a saúde psicológica e o desempenho acadêmico de estudantes de Medicina e de Odontologia de uma universidade da Arábia Saudita. O grupo teste, com metade dos estudantes, participaram

de um workshop envolvendo habilidades e estratégias destinadas a melhorar a saúde psicológica e o desempenho acadêmico, enquanto a outra metade, pertencente ao grupo controle, participava de um programa placebo. A saúde psicológica foi medida utilizando a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), Auto Eficácia Geral (GSE) e Escala de Satisfação Com a Vida (SWLS). O desempenho acadêmico foi avaliado usando notas dos alunos e as percepções cognitivas e emocionais dos alunos foram medidas usando o questionário credibilidade/expectativa (CEQ). Os dados foram coletados antes da realização dos programas, uma semana depois e cinco semanas após as intervenções. O grupo teste apresentou reduções significativas em depressão e ansiedade em relação ao grupo controle, do segundo para o terceiro teste. Nos outros testes não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Grock (2016), através do instrumento DASS-21, verificou que 30,3% dos alunos de graduação do sexto semestre de Odontologia da UFRGS que realizaram atendimentos de urgência, no segundo semestre de 2015, apresentavam altos níveis de depressão, 27,3% altos níveis de ansiedade e 24,2% altos níveis de estresse. Entretanto, a maioria dos alunos apresentaram níveis normais para depressão, ansiedade e estresse.

Na literatura, existem poucos estudos que avaliam as percepções dos alunos relacionadas à execução de tratamentos endodônticos eletivos, nem mesmo perfis de ansiedade, qualidade de sono e qualidade de vida dos alunos de Odontologia. A Endodontia, por se tratar de uma área que está muito relacionada com a dor e medo do paciente, além de exigir destreza manual e paciência do operador, desperta nos alunos altos níveis de ansiedade. Sendo assim, torna-se necessário a realização de estudos que forneçam dados sobre o ensino atual para que uma melhoria na qualidade de ensino seja alcançada, diminuindo assim os níveis de ansiedade dos estudantes e tornando o ambiente acadêmico mais agradável.

3 OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho foi avaliar a confiança dos alunos de graduação em Odontologia ao realizar tratamentos endodônticos eletivos, bem como os perfis de ansiedade, qualidade de sono e qualidade de vida.

Os objetivos específicos deste estudo foram:

- a) determinar o perfil de tratamentos endodônticos realizados por alunos de graduação em Odontologia das Clínicas Odontológicas I e III da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;
- b) determinar o nível de dificuldade atribuído às diferentes etapas do tratamento endodôntico pelos alunos de graduação em Odontologia, das Clínicas Odontológicas I e III da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;
- c) identificar as percepções dos estudantes de Odontologia quanto à realização do tratamento endodôntico eletivo, suas dificuldades, possibilidades de resolução e abordagens a serem adotadas para superar as mesmas.
- d) avaliar aspectos de qualidade de vida em alunos de graduação em Odontologia, das Clínicas Odontológicas I e III da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;
- e) determinar o perfil de depressão, ansiedade e estresse dos alunos de graduação em Odontologia, das Clínicas I e III da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;
- f) determinar o perfil de qualidade de sono em alunos de graduação em Odontologia, das Clínicas Odontológicas I e III da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;
- g) determinar o nível de ansiedade imediatamente antes e após a realização de tratamentos endodônticos eletivos em alunos de graduação em Odontologia, das Clínicas Odontológicas I e III.

4 MÉTODOS

Para a realização deste estudo observacional, de caráter transversal, obteve-se a concordância da Comissão de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO-UFRGS), sendo aprovado pela Comissão de Pesquisa em Odontologia e pela Comissão de Ética em Pesquisa da UFRGS (CAAE 48411415.1.0000.5347).

4.1 PARTICIPANTES

A população foi formada por 72 alunos de graduação da FO-UFRGS, maiores de 18 anos, matriculados nas Disciplinas de Clínica Odontológica I (CO-I) (32 alunos) e Clínica Odontológica III (CO-III) (40 alunos) no segundo semestre letivo do ano de 2015.

Para cálculo do tamanho da amostra, tomou-se como base levantamento retrospectivo do número de alunos que realizaram tratamentos endodônticos eletivos na Disciplina de CO-I, no primeiro semestre de 2015 (dados do autor). Observou-se que 29 alunos realizaram tratamento endodôntico. Considerando-se a prevalência de ansiedade em acadêmicos de Odontologia, obtida no estudo de Newbury-Birch et al. (2002), igual a 67%; o nível de confiança de 95%; a população amostral total estimada de 33 alunos; a diferença máxima aceitável de 5%, obteve-se tamanho de amostra de 31 participantes em Programa WinPepi.

4.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Os alunos de graduação da CO-I e da CO-III, matriculados no semestre 2015/2 da FO-UFRGS, foram convidados em sala de aula, durante aula teórica em que estavam presentes todos os alunos, a participar da pesquisa. Neste momento foi explicado aos alunos o objetivo da pesquisa. Informou-se que durante os turnos de clínica, todos aqueles que estivessem realizando endodontia seriam convidados a participar. Foram aplicados questionários de auto-análise em uma área isolada, no próprio ambulatório clínico da FO-UFRGS, na cidade de Porto Alegre, RS. Os questionários foram auto-aplicáveis e os participantes não tinham restrição de tempo para responder.

As atividades da CO-I ocorreram nas segundas e terças-feiras, nos turnos da manhã (08:30h até 11:30h) e da tarde (14:30h até 17:30h), e às quartas-feiras apenas no turno da manhã (08:30h até 11:30h). As atividades da CO-III ocorreram às quartas-feiras à tarde (14:30h até 17:30h), às quintas-feiras nos turnos da manhã e tarde (08:30h até 11:30h e 14:30h até 17:30h) e às sextas-feiras durante o turno da manhã (08:30h até 11:30h).

O estudo foi realizado em três momentos. No Momento I, a abordagem foi feita a todos os participantes que realizariam atendimento endodôntico eletivo naquele turno e que ainda não haviam respondido ao questionário, visto que cada participante poderia responder uma única vez. O convite foi realizado antes de os participantes solicitarem a presença do paciente para o atendimento. Após concordância, o conteúdo da pesquisa foi apresentado e o participante que concordasse, assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1). Em formulário específico, o participante forneceu dados relativos ao sexo, à idade e à clínica em que estava cursando (APÊNDICE 2). Este momento iniciou-se sempre às 08:15h ou às 14:15h, com duração aproximada de 10 minutos. Foi aplicado o questionário, já validado para o Português brasileiro, IDATE-Estado, parte do Inventário de Ansiedade Traço-Estado, (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 2003) (ANEXO 1), além da Escala Numérica para Ansiedade Pré-operatória (NRS) e Escala Analógica Visual para Ansiedade Pré-operatória (VAS) (ANEXO 2).

A escala IDATE-Estado, aplicada imediatamente antes de os participantes iniciarem o atendimento endodôntico (Momento I), consiste de 20 afirmações que requerem dos participantes indicar como eles se sentem no exato momento.

As escalas NRS e VAS foram utilizadas no Momento I com o intuito de mensurar o nível de ansiedade que o participante julgava estar sentindo minutos antes de iniciar o procedimento endodôntico. Na Escala NRS o participante marcou um número de 0 a 10 referente à sua ansiedade no momento, sendo 0 a mínima ansiedade e 10 a máxima ansiedade. Na Escala VAS, através de uma linha na horizontal com 10 centímetros, o participante marcou um ponto na linha que também representasse a sua ansiedade no momento, sendo o mínimo de ansiedade no ponto do extremo esquerdo da linha e o máximo de ansiedade no ponto extremo direito da linha.

No Momento II, o pesquisador abordou novamente o (os) participante(s) ao final do atendimento, e convidou-o(os), às 11:00h ou às 17:00h, para preencher a segunda etapa do questionário. O período estimado da segunda parte da entrevista foi entre 15 e 20 minutos. Neste momento foram aplicados instrumentos já validados para o Português brasileiro: IDATE-Traço - parte do Inventário de Ansiedade Traço-Estado - (SPIELBERGER;

GORSUCH; LUSHENE, 2003)(ANEXO 1), WHOQOL-BREF - Versão abreviada do WHOQOL-100 - (FLECK et al., 2000b) (ANEXO3), DASS-21 - versão abreviada do DASS-42 - (VIGNOLA; TUCCI, 2014)(ANEXO 4) e PSQI (BERTOLAZI et al., 2011) (ANEXO5).

Além dos questionários validados, foram aplicados formulários específicos criados pelos pesquisadores, onde registraram-se o número de tratamentos endodônticos já realizados (em atividades de Pré-clínica ou Clínica Odontológica), e o grau de dificuldade atribuído pelo participante a cada etapa do procedimento endodôntico, conforme a escala elaborada por Tanalp et al. (2013) (APÊNDICE 3).

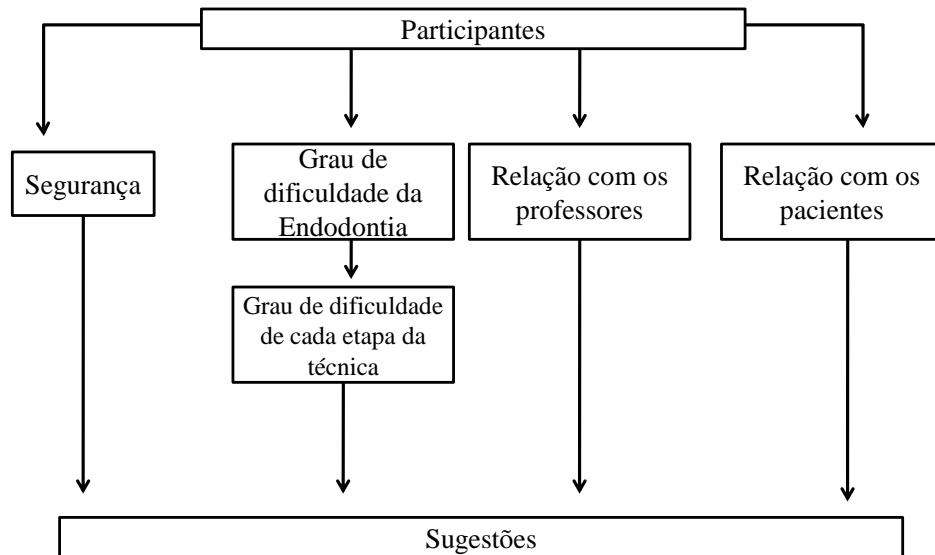
As Escalas NRS e VAS foram aplicadas novamente no Momento II, porém agora referentes ao momento Pós-operatório (ANEXO 2), com o intuito de medir os níveis de ansiedade dos participantes no momento após o atendimento endodôntico.

Após concluir todos os questionários do Momento II, foi realizado um convite a 9 participantes de cada clínica, escolhidos aleatoriamente, para integrar o Momento III da pesquisa (9 participantes da CO-I e 9 da CO-III). Nesta etapa, realizou-se uma avaliação qualitativa para analisar as percepções e sensações dos participantes. Para este fim, foram criados Grupos Focais, instrumento adaptado daquele descrito por Trevisol (2013). Cada grupo de nove participantes de uma Clínica Odontológica teve um grupo focal, sendo então realizados dois grupos focais, um grupo composto por participantes da CO-I e um Grupo composto por participantes da CO-III.

A metodologia de entrevistas com grupos focais é especialmente útil para o levantamento de percepções, hábitos, crenças, valores, tabus, mitos e preconceitos, podendo ser, assim, uma ferramenta de interesse na avaliação da percepção e sentimentos dos alunos de Graduação de Odontologia em relação à área de Endodontia. Para orientação da discussão, gerou-se um código *a priori* que se constitui das ideias prévias do autor sobre os assuntos e temas que deverão surgir durante a conversa. Este código *a priori* serve de norte para a discussão e deve ser flexível para que novas ideias possam ser acrescentadas quando necessário (BAUBOUR, 2009). O esquema criado como código *a priori* para os grupos focais está ilustrado na **Figura 1**.

Os grupos focais foram realizados, imediatamente após a conclusão de uma aula teórica, em sala de aula e conduzidos por dois pesquisadores, sendo uma cirurgiã-dentista e uma psicóloga. O tempo de duração foi de aproximadamente 30 minutos, tanto para a CO-I, como para a CO-III.

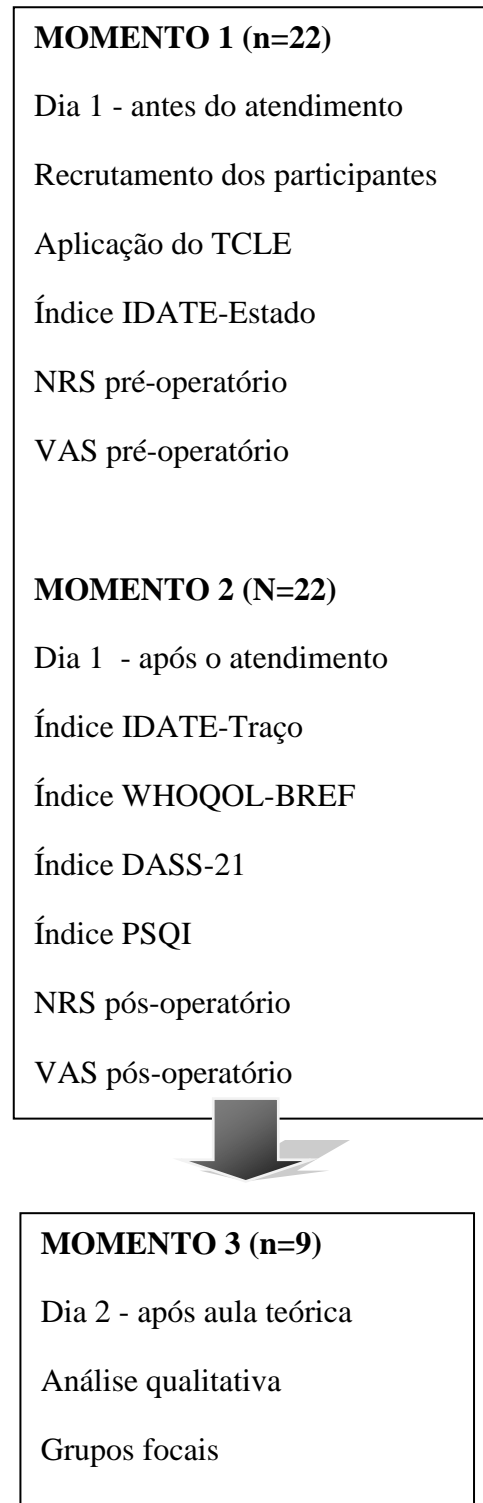
Figura 1- Código *a priori* estabelecido como guia de discussão para o Momento III realizado com participantes da CO-I e CO-III.



Fonte: autor

Os participantes foram nomeados sequencialmente de A1 a I1 (CO-I) e de A1 a I9 (CO-III) para registro dos depoimentos. Todas as informações foram anotadas, os depoimentos gravados com o consentimento dos participantes.

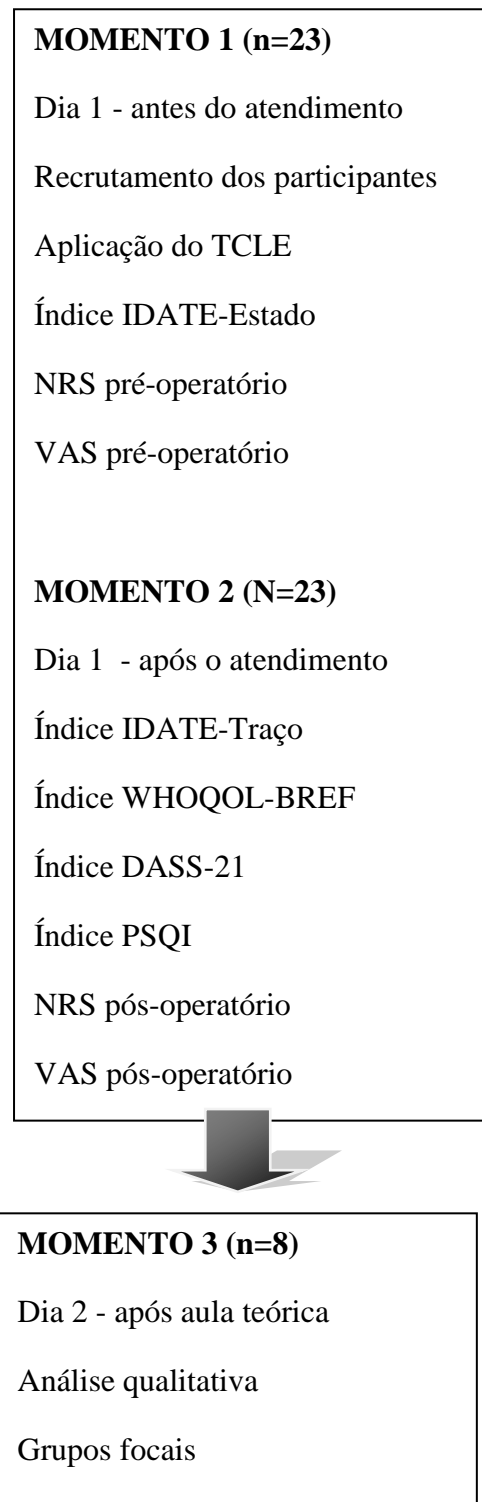
A **Figura 2** ilustra o fluxograma de desenvolvimento nos três momentos dos participantes da CO-I.

Figura 2- Fluxograma de desenvolvimento nos 3 momentos com os participantes da CO-I

Fonte: autor

A **Figura 3** ilustra o fluxograma de desenvolvimento dos 3 momentos dos participantes da CO-III.

Figura 3- Fluxograma de desenvolvimento nos 3 momentos com os participantes da CO-III



Fonte: autor

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Foram avaliadas as variáveis de interesse:

- a) idade;
- b) sexo;
- c) etapa clínica;
- d) nível de confiança durante a realização das diferentes etapas do tratamento endodôntico;
- e) perfil de qualidade de vida, depressão, ansiedade e estresse;
- f) perfil de qualidade de sono;
- g) experiências do participante durante a realização de tratamentos endodônticos.

Os dados foram reunidos e codificados em banco de dados, por meio do Programa Excel Microsoft Office Enterprise 2007. A análise estatística desses dados foi realizada com o auxílio do Software SPSS for Windows, versão 20.0 (IBM SPSS Statistics 20, Chicago, Illinois, EUA).

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva das variáveis consideradas no estudo. Os dados foram expressos como frequência absoluta ou relativa, média \pm desvio padrão ou mediana e percentis 25 e 75. A distribuição dos dados quanto à normalidade foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk, determinando a escolha de testes paramétricos ou não-paramétricos quando houve distribuição normal ou não-normal dos dados, respectivamente.

As hipóteses nulas testadas estão listadas abaixo:

- a) Não há diferença entre os graus de confiança para a realização das diferentes etapas de um tratamento endodôntico eletivo entre os participantes que frequentam a mesma disciplina de Clínica Odontológica;
- b) Não há diferença entre os graus de confiança para a realização de uma mesma etapa de um tratamento endodôntico eletivo entre os participantes da CO-I e da CO-III;
- c) Não há diferença entre os valores de qualidade de vida obtido por meio do WHOQOL-BREF entre os alunos da CO-I e da CO-III;
- d) Não há diferença entre os valores obtidos para um mesmo domínio do WHOQOL-BREF entre os alunos da CO-I e da CO-III;
- e) Não há diferença entre os valores de IDATE-Estado e IDATE-Traço dos participantes de uma mesma disciplina de Clínica Odontológica;

- f) Não há diferença entre os valores de IDATE-Estado ou IDATE-Traço dos participantes de uma mesma disciplina de Clínica Odontológica, considerando-se o sexo;
- g) Não há diferença entre os valores de IDATE-Estado ou IDATE-Traço entre os participantes da CO-I e da CO-III;
- h) Não há diferença entre os valores obtidos para um mesmo domínio do DASS-21 entre os participantes da CO-I e da CO-III;
- i) Não há diferença entre os valores de ansiedade pré- e pós-operatória, quando aferidos pelas escalas NRS ou VAS, para participantes de uma mesma Clínica Odontológica;
- j) Não há diferença entre os escores de qualidade de sono entre estudantes de uma mesma Clínica Odontológica, considerando-se o sexo;
- k) Não há diferença entre os escores de qualidade de sono entre os participantes da CO-I e da CO-III.

Os dados qualitativos coletados nos grupos focais foram agrupados por meio de análise de categorias, conforme os itens abordados no questionário norteador ou aspectos indicados pelos participantes. Após a entrevista, obteve-se o código *in vivo*, que representa o desfecho da discussão, todos os temas e ideias abordadas pelos participantes. O código *in vivo* não necessariamente é igual ao código *a priori* (BARBOUR, 2009).

O texto transcrito permitiu que fosse gerada uma nuvem de palavras, construída por meio do software livre Wordsalad Versão 3.16 (disponível para iOS 7.1, compatível com iPhone, iPad e iPod touch). A nuvem de palavras foi utilizada para representar de forma visual a frequência de ocorrência de palavras dentro de um texto. Assim, quanto maior o número de vezes que uma mesma palavra aparece no texto, maior é a fonte usada para esta palavra. Foi realizada uma análise de discurso, onde se coletaram os adjetivos e os verbos associados aos substantivos mais frequentemente relatados pelos participantes e evidenciados pela nuvem de palavras.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

A amostra do presente estudo foi constituída por vinte e dois participantes da CO-I, sendo cinco do sexo masculino (22,7%), dezessete do sexo feminino (77,3%), com média de idade de $22,27 \pm 2,746$ (valor mínimo = 20; valor máximo = 30). Do total de 32 estudantes da CO-I: três não realizaram tratamento endodôntico durante o semestre; dois já haviam realizado tratamento endodôntico até a data de início de aplicação dos questionários e depois não realizaram outros tratamentos endodônticos até o final do semestre; um optou por não responder no momento; e dois responderam ao questionário no Momento I, mas seus pacientes não compareceram à consulta e então não puderam participar do Momento II. Portanto foram incluídos apenas 22 participantes da CO-I.

Um total de vinte e três estudantes da CO-III participaram do estudo, sendo cinco do sexo masculino (21,7%) e dezoito participantes do sexo feminino (78,3%), com média de idade de $23,13 (\pm 1,68)$. Do total de quarenta integrantes da população, seis não realizaram atendimento endodôntico durante o semestre, dois não quiseram participar e nove já haviam realizado tratamento endodôntico até a data de início da aplicação dos questionários e depois não realizaram até o final do semestre. Portanto, foram incluídos apenas 23 participantes da CO-III.

Para avaliar a experiência prévia dos entrevistados quanto à realização de tratamentos endodônticos, verificou-se o número de tratamentos realizados em atividades de pré-clínica e clínica, conforme ilustrado na **Tabela 1**.

Tabela 1-Frequência de tratamentos endodônticos realizados pelos participantes em atividades de Pré-clínica e Clínica Odontológica, previamente à data de realização da entrevista.

	Participantes deClínica Odontológica I (n=22)		Participantes deClínica Odontológica III (n=23)	
	Pré-clínica	Clínica I	Pré-clínica	Clínica I, II e III
Nenhum	0	12	0	1
Monorradicular	0	5	0	1
Pré-molar	0	3	0	1
Monorradicular + Pré-molar	0	2	1	4
Molar	0	0	0	0
Monorradicular+ Molar	0	0	1	5
Pré-Molar + Molar	0	0	0	1
Monorradicular + Pré-molar + Molar	22	0	21	10

Fonte: autor

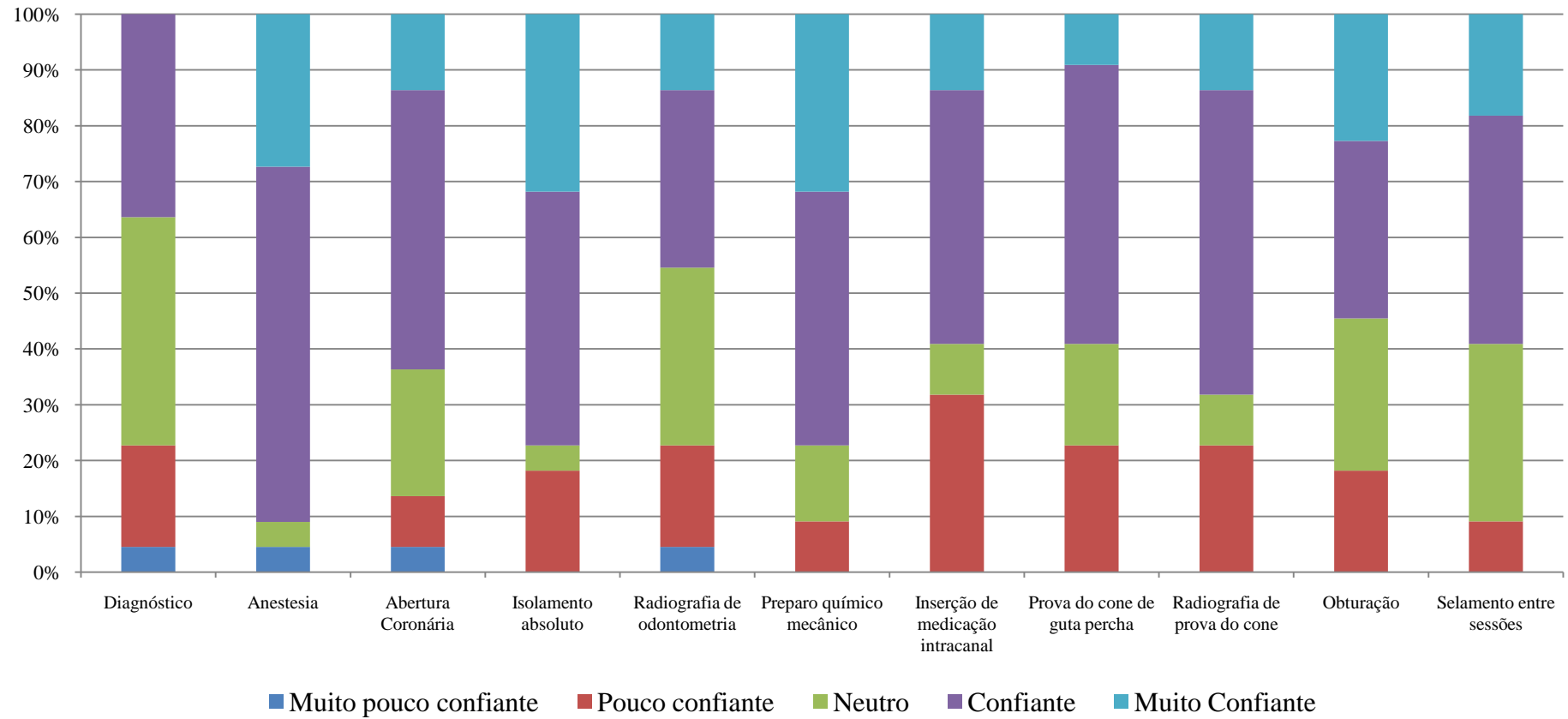
Todos os participantes que frequentavam a CO-I realizaram tratamentos endodônticos em dentes monorradiculares, pré-molares e molares na Disciplina de Pré-clínica Odontológica. Apenas um participante da CO-III nunca havia realizado tratamento endodôntico eletivo em paciente durante todo o período de graduação até o momento, enquanto que dez participantes já haviam realizado ao menos tratamentos endodônticos em um monorradicular, um pré-molar e um molar em pacientes.

5.2 GRAU DE CONFIANÇA PARA A REALIZAÇÃO DAS ETAPAS DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO ELETIVO

Os dados correspondentes a "muito pouco confiante" e "pouco confiante" foram agrupados e categorizados em "baixa confiança". A maioria dos participantes da CO-I mostrou baixa confiança nas etapas: inserção de medicação intracanal (31,80%), prova do cone de guta percha (22,70%), radiografia de prova do cone de guta percha (22,70%).

O grau de confiança dos participantes da CO-I referente a cada procedimento endodôntico está ilustrado na **Figura 4**.

Figura 4-Grau de confiança indicado pelos participantes da CO-I para cada um dos procedimentos realizados em tratamentos endodônticos.

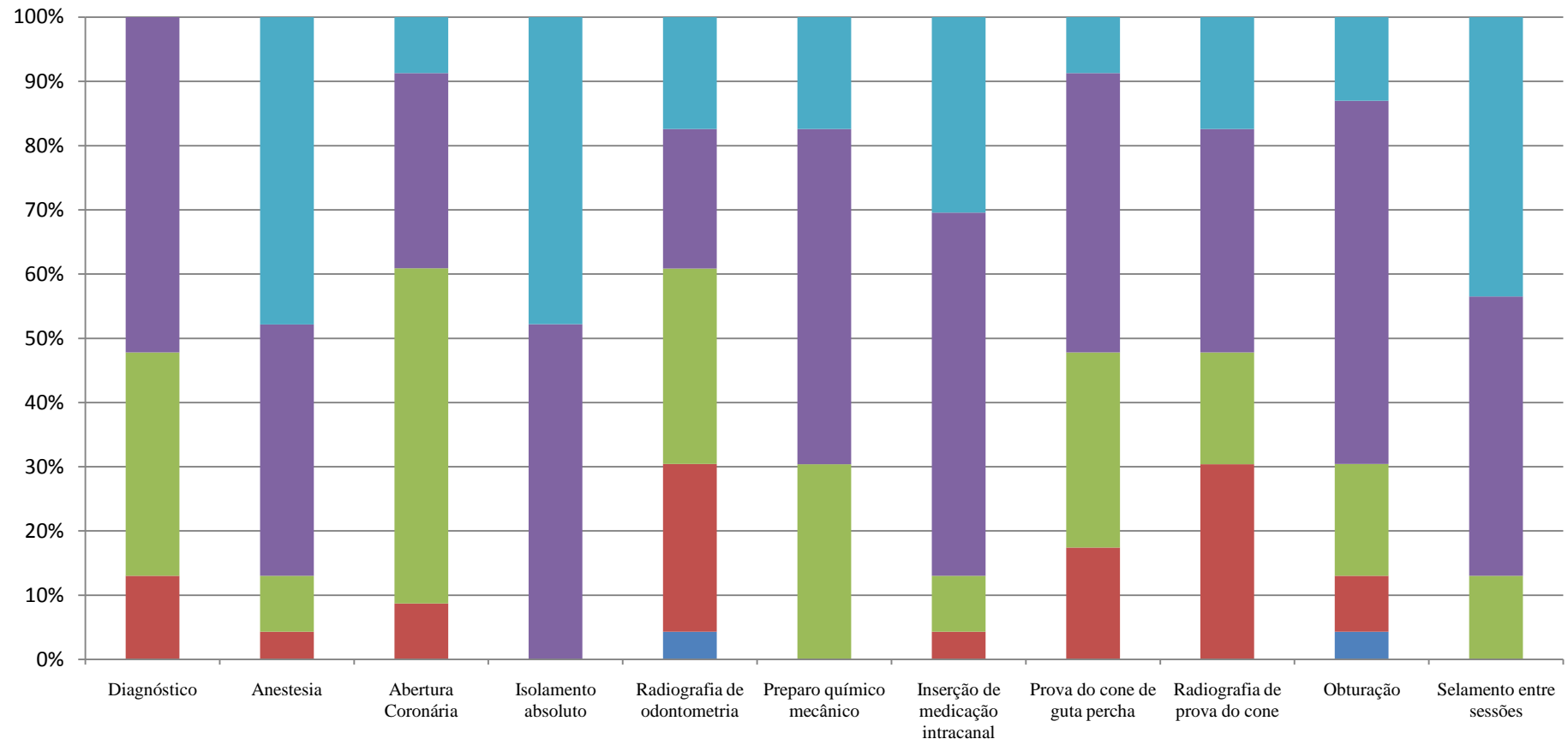


Fonte: autor

Os dados correspondentes a "muito pouco confiante" e "pouco confiante" foram agrupados e categorizados em "baixa confiança". A maioria dos participantes da pesquisa que cursavam a CO-III mostrou baixa confiança nas etapas: "radiografia de odontometria" (30,4%), "radiografia de prova do cone" (30,40%).

O grau de confiança dos participantes da CO-III referente a cada procedimento endodôntico está ilustrado na **Figura 5**.

Figura 5- Grau de confiança indicado para cada um dos procedimentos endodônticos dos participantes da CO-III.



Fonte: autor

■ Muito pouco confiante ■ Pouco confiante ■ Neutro ■ Confiante ■ Muito Confiante

Quando se comparou o grau de confiança para a realização de uma mesma etapa, considerando-se participantes que estavam na CO-I e CO-III, observou-se que houve diferença estatisticamente significativa nas etapas de "inserção de medicação intracanal" e "selamento entre sessões" ($P < 0,05$, Teste de Mann-Whitney). Cerca de 59,5% dos participantes da CO-I apresentaram-se "confiantes" ou "muito confiantes" para a realização da "inserção de medicação intracanal" e 86,5% dos participantes da CO-III apresentaram-se "confiantes" ou "muito confiantes". Assim como na etapa de "selamento entre sessões", 58,9% do grupo CO-I se mostrou "confiante" ou "muito confiante" contra 87,5% do grupo CO-III.

5.3 PERFIL DE QUALIDADE DE VIDA POR MEIO DO INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Considerando-se os dados obtidos a partir das entrevistas dos alunos da CO-I, os domínios "físico", "psíquico", "ambiental" e de "qualidade de vida" aferidos pelo WHOQOL-BREF apresentam distribuição normal ($P > 0,05$), conforme o teste de Shapiro-Wilk. Porém, o domínio "social" aferido pelo WHOQOL-BREF não apresenta distribuição normal, (teste de Shapiro Wilk, $P < 0,05$). Diante disto, optou-se pela realização de uma estatística inferencial de distribuição não-paramétrica ou de distribuição livre para todos os domínios do WHOQOL-BREF. A mediana e os percentis 25, 50 e 75 dos domínios do WHOQOL-BREF estão descritos na **Tabela 2**.

Tabela 2 - Dados relativos aos domínios do instrumento WHOQOL-BREF referentes aos participantes da CO-I.

	WHOQOL Dom. Físico	WHOQOL Dom. Psicol	WHOQOL Dom. Social	WHOQOL Dom. Amb.	WHOQOL Quali vida
Mediana	76,79	70,80	79,15	64,05	71,10
Mínimo	39,30	20,80	33,30	6,56	33,00
Máximo	96,40	95,80	100,00	90,60	95,70
Percentil 25	67,90	54,20	66,70	52,32	64,47
Percentil 50	76,79	70,80	79,15	64,05	72,10
Percentil 75	82,10	79,20	93,77	79,67	76,82

Fonte: autor

De acordo com o WHOQOLGroup, os valores dos escores vão de 0 a 100, sendo que valores mais próximos de 100 sugerem uma maior qualidade de vida. Para todos os domínios do WHOQOL-BREF, não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos dos participantes da CO-I ($P > 0,05$, Teste Mann Whitney).

A análise dos dados obtidos para cada domínio do WHOQOL-BREF para os participantes da pesquisa que cursavam a CO-III demonstrou distribuição normal ($P > 0,05$ Shapiro Wilk). Porém, para fim de análise e comparação com os dados do instrumento WHOQOL-BREF da CO-I que apresentou distribuição não normal na maioria dos domínios, optou-se pela realização de uma estatística inferencial de distribuição não-paramétrica ou de distribuição livre também para os dados WHOQOL-BREF da CO-III.

Tabela 3- Dados relativos aos domínios do instrumento WHOQOL-BREF referentes aos participantes da CO-III.

	WHOQOL Dom. Físico	WHOQOL Dom. Psicol	WHOQOL Dom. Social	WHOQOL Dom. Amb.	WHOQOL Quali vida
Mediana	64,30	70,80	75,00	62,50	65,10
Mínimo	35,70	37,50	50,00	28,10	50,20
Máximo	89,30	87,50	91,70	100,00	92,10
Percentil 25	50,00	58,30	66,70	50,00	59,30
Percentil 50	64,30	70,80	75,00	62,50	65,10
Percentil 75	75,00	79,20	83,30	68,80	73,40

Fonte: autor

Pode-se observar que há diferença estatisticamente significativa entre os sexos apenas para os domínios “físico” e “qualidade de vida” do WHOQOL-BREF ($P < 0,05$, Mann-Whitney). Para o domínio "físico", os participantes do sexo masculino apresentaram mediana de 75 (valor mínimo: 67,90, valor máximo: 82,10) e os participantes do sexo feminino apresentaram mediana de 58,95 (valor mínimo: 35,70, valor máximo: 89,30). Para o domínio "qualidade de vida", os participantes do sexo masculino apresentaram mediana de 72,50 (valor mínimo: 69,90, valor máximo: 77,10) e o sexo feminino apresentou mediana de 64,35 (valor mínimo 50,20, valor máximo: 92,10).

Houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (CO-I e CO-III) apenas para o “domínio físico” do WHOQOL-BREF. O grupo CO-I apresentou mediana de 76,79 (valor mínimo: 39,30, valor máximo: 96,40), enquanto o grupo CO-III apresentou mediana de 64,30 (valor mínimo: 35,70, valor máximo: 89,30).

5.4 ANÁLISE DA ANSIEDADE POR MEIO DO INSTRUMENTO IDATE-TRAÇO E ESTADO

Os escores obtidos por meio dos questionários IDATE-Traço e IDATE-Estado apresentam distribuição normal (Teste de Shapiro-Wilk $P > 0,05$) tanto para os dados do grupo CO-I como para a CO-III.

A média calculada para os participantes da CO-I foi de $28,73 \pm 7,43$ (valor mínimo: 14, valor máximo: 39) para o IDATE-Estado e $23,14 \pm 7,78$ (valor mínimo: 12, valor máximo: 42)

para o IDATE-Traço. A média calculada para os participantes da CO-III foi de $25,26 \pm 4,86$ (valor mínimo: 18, valor máximo:35) para o IDATE-Estado e $22,69 \pm 3,6$ (valor mínimo:16, valor máximo: 32) para o IDATE-Traço. Observou-se diferenças estatisticamente significativas entre os valores de IDATE-Estado e IDATE-Traço dentro dos dois grupos ($P < 0,05$, Teste T de Student para amostras independentes).

Os participantes que tiveram o escore maior que o percentil 75, foram classificados como “altamente ansiosos” e os que tiveram seus escores abaixo do percentil 75 foram classificados como “não altamente ansiosos”.

Após a análise das respostas dos participantes da CO-I, observou-se que a frequência de participantes “altamente ansiosos” foi de 6 (27,3%) para IDATE-Estado, e 5 (22,7%) para IDATE-Traço. Os outros 16 (72,7%) e 17 (77,3%) participantes foram classificados como “não altamente ansiosos” para o IDATE-Estado e IDATE-Traço, respectivamente. A média do IDATE-Estado para o sexo feminino foi de $30,23 \pm 6,26$ e para o sexo masculino $23,60 \pm 9,50$. A diferença entre as médias não foi estatisticamente significativa ($P > 0,05$, Teste T de Student para amostras independentes). A média do IDATE-Traço para o sexo feminino foi de $23,17 \pm 6,78$ e para o sexo masculino $23,00 \pm 11,57$. A diferença entre as médias não foi estatisticamente significativa ($P > 0,05$, Teste T de Student para amostras independentes).

A frequência de participantes “altamente ansiosos” foi de 8 (34,8%) para IDATE-Estado, 6 (26%) para IDATE-Traço nos participantes da CO-III. Os outros 15 (65,2%) e 17 (73,9%) participantes foram classificados como “não altamente ansiosos” para o IDATE-Estado e IDATE-Traço, respectivamente. A média do IDATE-Estado para o sexo feminino foi de $26,05 \pm 4,89$ e para o sexo masculino foi de $22,40 \pm 3,91$. A média do IDATE-Traço para o sexo feminino foi $23,16 \pm 3,66$ e para o sexo masculino $21,00 \pm 3,16$. Verificou-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os sexos dos participantes da CO-III para os domínios IDATE-Estado e IDATE-Traço ($P > 0,05$, Teste T de Student para amostras independentes).

Não houve diferença estatisticamente significativa comparando os valores dos dois grupos para os instrumentos IDATE-Traço e IDATE-TRAÇO ($P > 0,05$, Teste T de Student para amostras independentes).

5.5 ANÁLISE DA ESCALA DASS-21

O teste de normalidade de Shapiro-Wilk demonstrou que, para os dados obtidos dos participantes da:

- a) CO-I, os domínios de Depressão e Ansiedade não apresentam uma distribuição normal ($P < 0,05$), enquanto que os dados do domínio Estresse apresentam distribuição normal ($P > 0,05$);
- b) CO-III, apenas o os escores relativos ao domínio DAS-Estresse apresentaram distribuição normal ($P > 0,05$).

Sendo assim, optou-se pela realização de uma estatística inferencial de distribuição não-paramétrica ou de distribuição livre para todos os dados referentes a Escala DASS-21.

A mediana, valor mínimo, valor máximo e percentis 25, 50 e 75 de cada domínio do instrumento DASS-21, para os participantes da CO-I e CO-III estão descritos na **Tabela 4** e ilustrados em forma de gráfico do tipo Boxplot na **Figura 6**.

Tabela 4 – Escores relativos a depressão, ansiedade e estresse de acordo com a Escala DASS-21, aplicada em participantes da CO-I e CO-III.

	Clínica Odontológica I			Clínica Odontológica III		
	Depressão	Ansiedade	Estresse	Depressão	Ansiedade	Estresse
Mediana	3	1	7	3	2	6
Mínimo	0	0	0	0	0	2
Máximo	9	10	15	11	9	15
Percentil 25	2	0	4,5	2	1	4
Percentil 50	3	1	7	3	2	6
Percentil 75	6	4	8	5	4	11

Fonte: autor

Não houve diferença estatisticamente significativa para os escores do DASS-21 entre participantes da CO-I e CO-III, considerando-se cada domínio ($P > 0,05$; Teste de Mann-Whitney).

As frequências e as porcentagens observadas para os domínios do DASS-21, tendo como base os escores fornecidos pelo instrumento, estão descritos na **Tabela 5** para os participantes da CO-I e na **Tabela 6** para os participantes da CO-III. A maioria dos

participantes da CO-I e da CO-III pertenceu à categoria “normal” para ansiedade, depressão e estresse da escala DASS-21.

Tabela 5- Distribuição dos escores de Depressão, Ansiedade e Estresse obtidos por meio do Instrumento DASS-21, para CO-I (n=22).

Escore	Depressão		Ansiedade		Estresse	
	N	%	N	%	n	%
Normal	16	72,7	15	68,2	15	68,2
Leve	2	9,1	3	13,6	5	22,7
Moderada	4	18,2	2	9,1	1	4,5
Grave	0	0	1	4,5	1	4,5
Extremamente grave	0	0	1	4,5	0	0

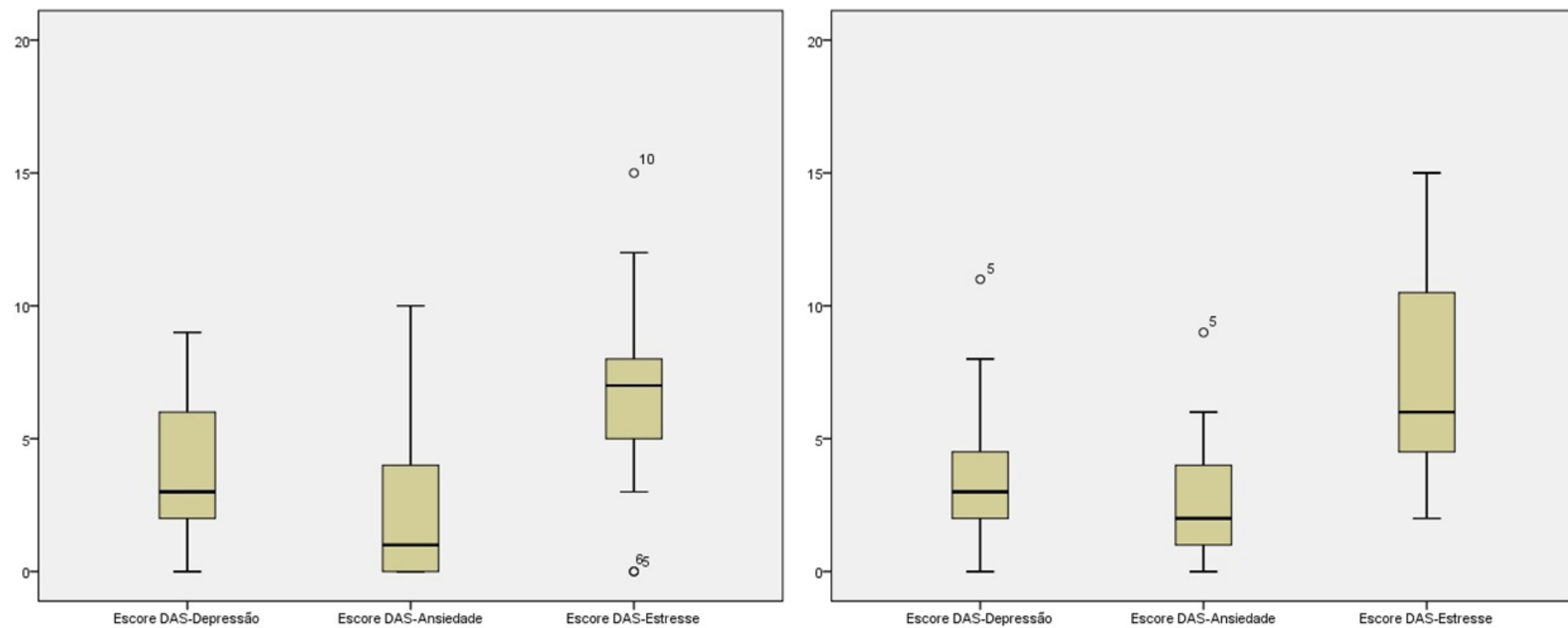
Fonte: autor

Tabela 6- Distribuição dos escores de Depressão, Ansiedade e Estresse obtidos por meio do Instrumento DASS-21, para CO-III (n=23).

Escore	Depressão		Ansiedade		Estresse	
	N	%	N	%	n	%
Normal	17	73,9	16	69,6	14	60,9
Leve	3	13,0	4	17,4	1	4,3
Moderada	2	8,7	2	8,7	5	21,7
Grave	1	4,3	1	4,3	3	13,0
Extremamente grave	0	0	0	0	0	0

Fonte: autor

Figura 6- Resultados do DASS21 aplicado em participantes da CO-I e CO-III, respectivamente.



Fonte: autor

5.6 ANÁLISE DAS ESCALAS NUMÉRICA E ANALÓGICA PARA ANSIEDADE

Utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para verificar a distribuição dos dados e foi constatado que:

- a) Os dados obtidos dos participantes da CO-I, através da Escala NRS pré-operatório e Escala VAS pós-operatório, não apresentaram distribuição normal ($P < 0,05$). As escalas VAS pré-operatório e NRS pós-operatório apresentaram distribuição normal ($P > 0,05$).
- b) Os dados obtidos dos participantes da CO-III através das Escalas NRS e VAS, apenas a Escala VAS pré-operatória não apresentou distribuição normal ($P < 0,05$).

Assim, optou-se pela realização de uma estatística inferencial de distribuição não-paramétrica ou de distribuição livre. A mediana e os percentis 25, 50 e 75 para as escalas, nos momentos pré e pós-operatórios, considerando-se os participantes da CO-I ou CO-III estão representadas na **Tabela 7** e **Tabela 8**, respectivamente e também através dos gráficos do tipo Boxplot como ilustrado na **Figura 7**.

Tabela 7 – Análise das Escalas Numérica e Analógica para ansiedade dos participantes da CO-I.

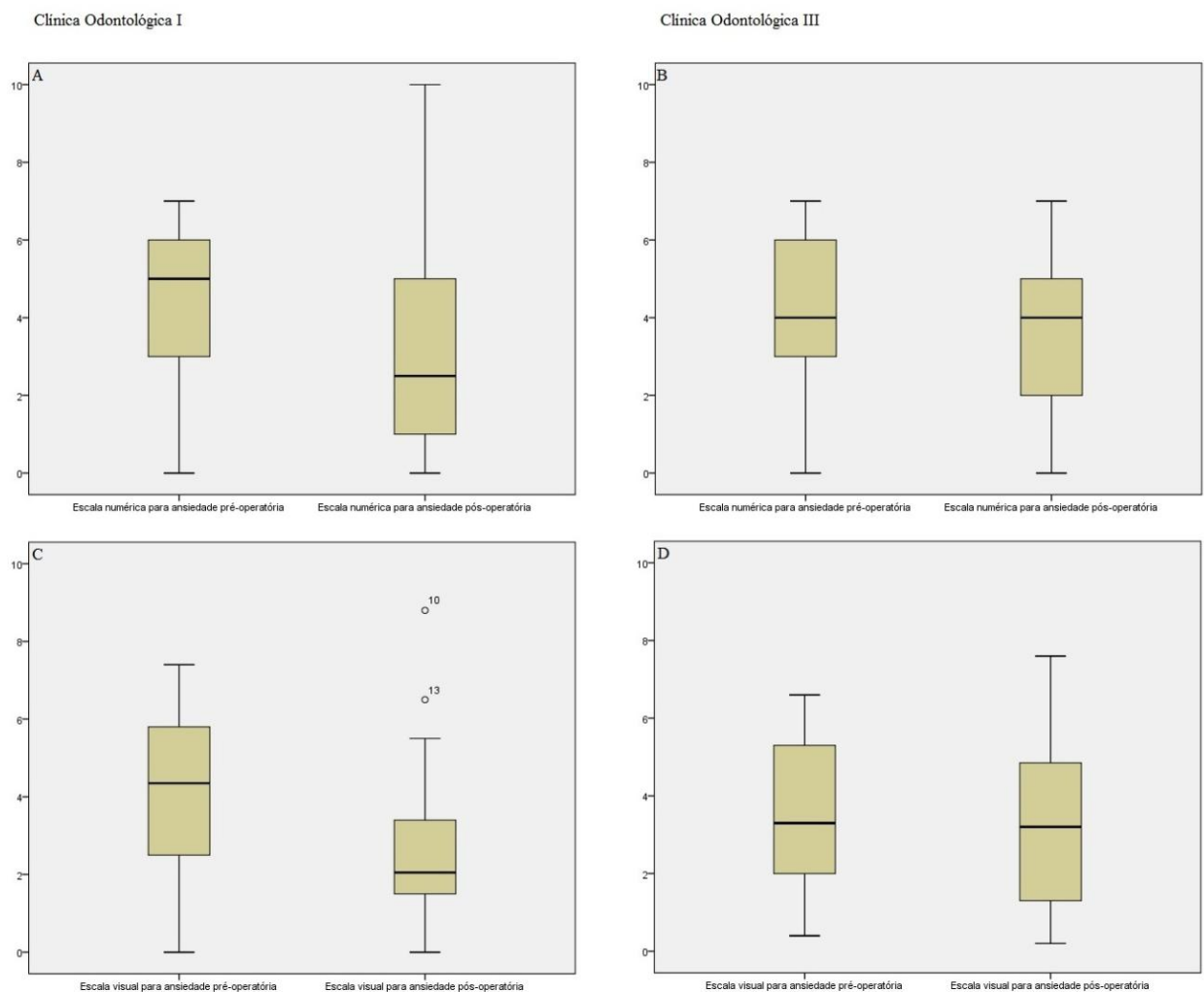
	NRS Pré-op.	VAS Pré-op.	NRS Pós-op.	VAS Pós-op.
Mediana	5,00	4,35	2,50	2,05
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00
Máximo	7,00	7,40	10,00	8,80
Percentil 25	3,00	2,45	1,00	1,40
Percentil 50	5,00	4,35	2,50	2,05
Percentil 75	6,25	5,87	5,00	3,60

Fonte: autor

Tabela 8 – Análise das Escalas Numérica e Analógica para ansiedade dos participantes da CO-III.

	NRS Pré-op.	VAS Pré-op.	NRS Pós-op.	VAS Pós-op.
Mediana	4,00	3,30	4,00	3,20
Mínimo	0,00	0,40	0,00	0,20
Máximo	7,00	6,60	7,00	7,60
Percentil 25	3,00	2,00	2,00	1,20
Percentil 50	4,00	3,30	4,00	3,20
Percentil 75	6,00	5,30	5,00	5,00

Fonte: autor

Figura 7 - Análise das Escalas Numérica e Analógica para ansiedade dos participantes da CO-I.

Fonte: autor

Observa-se maior nível de ansiedade no momento pré-operatório que no momento pós-operatório, quando avaliado tanto pela escala NRS quanto pela escala VAS, para os participantes que estavam na CO-I ($P < 0,05$; Teste de Wilcoxon). Entretanto, esta diferença não foi observada para o grupo de participantes da CO-III ($P > 0,05$; Teste de Wilcoxon).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos CO-I e CO-III quando comparado as duas escalas nos tempos pré-operatório e pós-operatório ($P > 0,05$ Teste de Mann Whitney).

5.7 ANÁLISE DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURG (PSQI)

A partir dos resultados obtidos no questionário PSQI, foi testada a normalidade dos dados utilizando o teste de Shapiro Wilk, onde $P > 0,05$.

Através dos escores obtidos pelo instrumento PSQI, pode-se classificar a qualidade de sono dos participantes em boa (valores entre 0 e 4), ruim (valores entre 5 e 10) e presença de distúrbio de sono (valores acima de 10).

Para os participantes da CO-I, o valor médio do índice para a amostra foi de $6,27 \pm 2,74$ (valor mínimo = 2; valor máximo = 12). A frequência de participantes com qualidade boa de sono foi de 5, correspondendo a 22,7% da amostra. A maioria se enquadrou na qualidade ruim de sono, sendo uma frequência de 14 participantes (63,6%) e 3 apresentaram distúrbio do sono (13,6%). O sexo masculino apresentou uma média de $6,6 \pm 3,04$ e o sexo feminino uma média de $6,17 \pm 2,74$ (Teste T, $P > 0,05$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos dentro do grupo CO-I (Teste T para amostras independentes).

Para os participantes da CO-III, a média da amostra foi de $8,43 \pm 2,69$ (3-14). A frequência de participantes com qualidade boa de sono foi de 2, correspondendo a apenas 8,7% da amostra. A maioria se enquadrou na qualidade ruim de sono, sendo uma frequência de 16 participantes (69,6%) e 5 apresentaram distúrbio do sono (21,7%). O sexo masculino apresentou uma média de $9 \pm 3,39$ e o sexo feminino uma média de $8,27 \pm 2,56$ (Teste T, $P > 0,05$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos dentro do grupo CO-III (Teste T para amostras independentes).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos CO-I e CO-III para qualidade de sono, por meio do instrumento PSQI (Teste T Student para amostras independentes).

5.8 PERCEPÇÕES DOS ESTUDANTES SOBRE A REALIZAÇÃO DE TRATAMENTOS ENDODÔNTICOS ELETIVOS

Dos quarenta e cinco participantes da pesquisa, foram selecionados, de forma aleatória, 9 participantes da CO-I e 9 participantes da CO-III para participar do grupo focal. A atividade foi realizada por turma, ou seja, os participantes da CO-I não participaram do grupo focal da CO-III e vice-versa. Apenas um participante da CO-III não pode participar do grupo focal por ter de prestar atendimento a um paciente fora do horário de Clínica, sob a supervisão de um docente.

5.9 DADOS OBTIDOS A PARTIR DA DISCUSSÃO COM PARTICIPANTES DA CO-I

Foi perguntado aos participantes, se os mesmos se sentiam capacitados para realizar tratamentos endodônticos. Segundo eles, a segurança para realizar tratamentos endodônticos de dentes monorradiculares foi advinda dos conhecimentos adquiridos durante a disciplina de Pré-clínica e no decorrer da Clínica Odontológica I. Além disso, as informações obtidas das aulas teóricas também contribuíram. Entretanto, relataram que carregam algumas dúvidas, tais como o uso de medicação intracanal e a maneira de proceder frente a complicações, tais como perfurações dentárias e parestesia.

No que tange o grau de dificuldade dos procedimentos endodônticos, os participantes relataram que um dos principais motivos que os levam a ter insegurança durante a realização do tratamento é a dificuldade de visualização. Esta ideia foi repetida durante a conversa, sendo representada por frases, tais como:

Participante H1: *"Na endodontia, nós trabalhamos no escuro, tu nunca sabe se está fazendo certo ou errado, só vê na radiografia."*

Participante H1: *"Na endo a radiografia é a hora da verdade, porque tu não enxerga o que está fazendo!"*

O número e a dificuldade na realização de tomadas radiográficas também foram citadas:

Participante G1: *"Outra coisa que é ruim na endo é a radiografia. Radiografar com grampo e isolamento é complicado."*

Participante D1: *"E são várias radiografias, uma paciente até me perguntou se essa quantidade de radiação não irá fazer mal a ela."*

Participante D1: *"Isso quando não tem que repetir a radiografia."*

Outras dificuldades inerentes ao procedimento endodôntico foram surgindo durante a conversa, como o medo ao realizar a abertura coronária. Os participantes relataram bastante apreensão durante a etapa de abertura da câmara pulpar, devido ao receio em ocorrer uma perfuração coronária ou desvio.

Além das dificuldades técnicas referentes ao procedimento, a necessidade de tempo extra-clínica para a organização do material foi frequentemente abordada:

Participante G1: *"O que é ruim na endo é a quantidade de material."*

Participante G1: *"Tem que esterilizar tudo para o outro dia"*

Alguns fatores inerentes à realização do tratamento endodôntico interferem na relação com os pacientes. Segundo os participantes, o tempo em que o paciente permanece em atendimento contribui significativamente para o cansaço e a ansiedade dos pacientes, que é sentido pelos próprios alunos durante a sessão.

Participante A1: *"O paciente fica sentado com a boca aberta muito tempo e com aquele isolamento absoluto".*

O manejo e o controle da dor do paciente pelo aluno tornam-se também uma dificuldade. Sensações de dor e desconforto dos pacientes geram ansiedade e tensão nos alunos. Segundo os participantes, o medo do paciente está também associado à possibilidade de o aluno cometer algum erro ou acidente durante o procedimento.

Quanto à relação com os professores da Área de Endodontia, os participantes relataram não ser um problema, visto que os mesmos são acessíveis. O fato de ter uma equipe

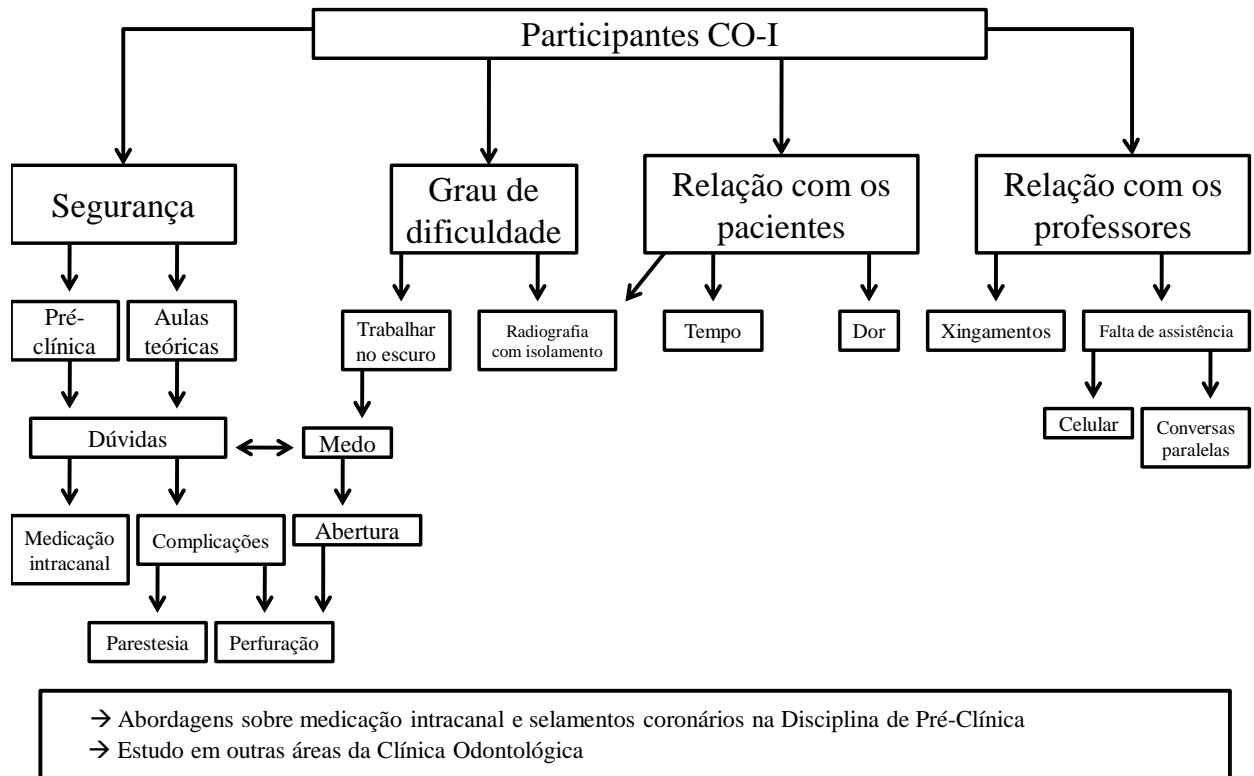
grande, com mestrandos e doutorandos, agiliza a realização dos procedimentos clínicos e diminui o receio do aluno em esclarecer dúvidas. Entretanto, os participantes salientaram que o uso de celular pelos professores das diversas áreas no ambiente de clínica e conversas paralelas entre os docentes sobre assuntos pessoais são hábitos que atrapalham o andamento e a agilidade da clínica. Eles relataram também que a abordagem de alguns professores para com os alunos, principalmente na frente dos pacientes, é o que mais atrapalha na relação professor-aluno. Este fato aumenta o receio do aluno quando ele precisa se dirigir ao tutor ou professor, para tirar dúvidas ou discutir um planejamento.

Quando questionados sobre sugestões para favorecer o aprendizado em Endodontia, os participantes sugeriram que tópicos como o uso de medicação intracanal e a utilização de selamento coronário poderiam ser abordados na disciplina de Pré-clínica. Eles salientaram não ter segurança para escolher e aplicar a medicação intracanal mais adequada para cada caso. Muitos também relataram que têm dificuldades em manipular materiais empregados para a realização do selamento coronário.

Além disso, os participantes desejariam que outras áreas da Clínica Odontológica I também realizassem trabalhos e pesquisas como esta, para que melhorasse o ambiente de aprendizado na Clínica. Muitas vezes eles sentem vontade de conversar e não sabem quem procurar.

Após a entrevista, obteve-se o código *in vivo* (**Figura 8**), o qual foi criado a partir de frases usadas ou conceitos apelados pelos participantes do grupo focal.

Figura 8- Código *in vivo* do grupo focal dos participantes da CO-I.



Fonte: autor

Foi realizada uma análise do discurso, onde se coletaram os adjetivos e verbos associados aos substantivos mais frequentemente relatados pelos participantes e evidenciados pela nuvem de palavras. A nuvem de palavras obtida, considerando-se a frequência da ocorrência das mesmas no texto está representada na **Figura 9**. Observa-se que os substantivos “endodontia”, “professor”, “paciente”, “medo”, “pré-clínica”, “clínica” e “radiografia” apareceram com maior frequência. Estavam presentes os adjetivos “difícil”, “nervoso”, “preparado”, “errado” e “legal”. Os verbos “xingar”, “ajudar”, “esperando” (esperar) e “aprender” foram bastante citados pelos participantes.

Participante E2: *"É, eu acho que só em momentos críticos os mestrandos acabam chamando o professor, que eu acho válido, porque senão se perde o papel de um mestrando ou monitor."*

Já a insegurança se dá pela possibilidade de enfrentar uma intercorrência durante o atendimento que, segundo os participantes, as chances de ocorrência na Endodontia são bem consideráveis. Além disso, a dificuldade de visualização do campo operatório durante a endodontia e a impossibilidade de visualizar o que está sendo feito no interior do canal radicular é um dos principais fatores que causam insegurança nos participantes.

Participante G2: *"Meu maior problema é que na endo tu tá fazendo e não tá vendo! Aí depois que tu terminou tal passo, que aí tu vai fazer a radiografia, e aí tudo pode acontecer! Isso me deixa muito insegura, porque às vezes tu tá fazendo e tá achando que tá certo e pode não tá!"*

O manejo da dor também foi relatado pelos participantes como sendo uma das dificuldades encontradas na técnica endodôntica.

Participante F2: *"...eu acho que o mais difícil da endo é a dor..."*

Participante F2: *"Para mim é muito ruim assim, tu tá trabalhando e do nada o paciente começa a chorar e eu não sei lidar muito bem com isso. Eu fico pensando que aqui tem um mestrando, o pessoal da especialização, tem a monitora, tem a professora, tudo bem. Mas, no meu consultório, se o paciente começa a chorar eu não sei o que eu faço, eu acho que vou chorar junto com ele!"*

A insegurança e a ansiedade apresentaram-se como sentimentos constantes relatados pelos participantes, ao pensar no momento após a graduação em Odontologia.

Participante E2: *"Independente do molar, eu acho que nem depois de formado eu vou acabar fazendo sozinho! Vou acabar encaminhando mesmo, porque eu não gostei de fazer molar, eu não sou bom em endo."*

Participante D2: *"Na Clínica II, as minhas endos ficaram muito bonitas e então eu comecei a gostar, mas aí eu pensei que eu só fiz os mais fáceis e ficaram bonitos. Será que é por isso que eu to gostando?"*

Os casos clínicos que apresentam maiores receios por parte dos participantes são os tratamentos endodônticos em molares, principalmente quando apresentam curvaturas e atresias.

Participante A2: *"Sempre quando aparece um caso de um molar ou muito curvo ou muito atrésico, eles pedem para encaminhar para a especialização, aí a gente acaba não tendo esse tipo de experiência."*

Participante D2: *"Já no caso de dentes monorradiculares eu teria segurança, eu fiz bastante mono na Clínica II, pra mim seria tranquilo fazer fora da faculdade."*

A dificuldade de se estabelecer um diagnóstico também foi citada como fator de insegurança. A forma de organização curricular permite que alguns alunos consigam atender mais pacientes com necessidade de endodontia do que outros.

Participante B2: *"Eu sou bem inseguro também quanto à abertura, porque até hoje eu to na Clínica III e eu nunca peguei caso de um molar superior, só na Pré-clínica. E até o pessoal da urgência que tava na mesma fila que eu sabe, que sempre eu falava: 'ah, se alguém pegar urgência com molar superior me passa!' porque querendo ou não tu vai te formar e o mínimo que tu tem que saber é fazer um atendimento de urgência. Eu não treinar ainda abertura de um molar superior me deixa bem preocupado ainda na Clínica III."*

A dificuldade na condução de atividades clínicas em Endodontia pode ser atribuída também aos aspectos de gestão da universidade, como a falta de material, equipamentos sem manutenção ou estragados. Estes fatos geram espera e perda de tempo clínico para o aluno e para o paciente, gerando ansiedade para ambos.

Participante B2: *"Se tu tá no ambulatório A e o 'raio-x' não tá funcionando, aí o paciente é idoso, aí tem que ir até o ambulatório B e faz a radiografia e daí tu vai ver*

o tempo de exposição lá não tá ajustado, tu vai na câmara escura e não sai do jeito que tu quer."

Participante A2: *"Daí tu revela, vai mostrar para professora e ela fala: tira outra!"*

Participante F2: *"Por exemplo, se eu preciso de um Calen e só tem uma ampola de Calen nas três clínicas, aí eu tenho que andar as três clínicas e ainda tenho que esperar a colega usar o Calen para poder usar no paciente, aí fica o paciente lá, meia hora esperando para poder usar o Calen. Ou por exemplo, se acabou o hipoclorito, nesses momentos que me revolta! Pois é uma falta de consideração da gestão contigo e com teu paciente, porque é uma coisa que foge do teu alcance! Tu pode tá ali fazendo o teu melhor, o paciente tá tri colaborativo! Mas falta um hipoclorito na clínica sabe!"*

Os participantes consideram a execução de radiografias durante o tratamento também como um fator que contribui para o grau de dificuldade da disciplina. A quantidade de tomadas radiográficas que deve ser realizada durante um atendimento endodôntico, a dificuldade de padronizar a angulação do feixe de raios-x na presença de isolamento absoluto, a distância até o aparelho de raios-X, espera nas filas juntamente com o sentimento dos pacientes aumentam a ansiedade tanto dos pacientes como dos alunos.

Participante D2: *"Eu acho muito chato a questão da radiografia, aí o paciente tá com isolamento, aí tu tem que ir, tem que esperar, isso que me deixa mais ansiosa, nem é o procedimento, porque isso eu faço normal, mas aí tem que esperar na fila, aí o paciente levanta pra radiografar, me dá um negócio, parece que ele tá sofrendo, me dá uma ansiedade isso."*

Participante G2: *"Essa semana um paciente ficou muito brabo porque eu tive que refazer a radiografia e ele disse: 'Bá, de novo, vou ter que ir até lá de novo!'"*

Participante D2: *"Sempre que vou revelar fico torcendo para que dê certo! Tomara que dê certo! Tomara que dê certo!"*

Além das tomadas radiográficas, outras etapas também foram citadas como fontes de dificuldades técnicas durante a consulta, especialmente relacionadas à técnica endodôntica, tais como: estabelecer e atingir o comprimento de trabalho, obturação, abertura coronária, prova do cone de guta-percha e irrigação.

A Endodontia foi relacionada como a área em que os participantes desenvolvem maior cansaço físico e emocional após sua execução.

Participante D2: *"O dia que eu faço endo é o dia que eu chego mais cansada em casa. Eu chego em casa e, eu já contei, eu fico uma hora sentada, sem fazer absolutamente nada, fico olhando tv, muito cansada."*

Participante E2: *"É que endo, independente do que tu fez naquela tarde se deu certo ou deu errado, uma coisa é certa: o que eu tinha pra fazer hoje não vou fazer! Agora vou descansar."*

Participante G2: *"Eu presto muito atenção assim no que eu faço durante a endo, porque eu sou meio desastrada e aí eu fico pensando: "aqui eu to em apical", então é uma coisa que eu fico pensando bastante, e cansa tanto fisicamente como psicologicamente."*

Ao final da discussão, os participantes também falaram sobre o tempo gasto para preparar o material de endodontia.

Participante C2: *"O problema da endo é o material também né?"*

Participante G2: *"Eu tava fazendo uma endo quarta de tarde e uma na quinta, dai eu tinha que embalar tudo e pensava: 'ai, por favor, isso tem que estar esterilizado para amanhã!'"*

Quando questionados sobre possíveis sugestões para melhorar o andamento da disciplina, os participantes deram dicas aos colegas para que o atendimento ocorra de forma mais tranquila, como iniciar a consulta sempre cedo, não atrasar o início da sessão e sempre pensar que estão na universidade para aprender e que não são obrigados a saber tudo.

Participante B2: *"Quando eu faço endo eu sempre combino com o paciente pra ele chegar um pouco antes, porque eu sei que se eu começar atrasado eu sou muito ansioso, daí eu penso: já são 10 horas e tem três canais ali para fazer o PQM e eu já tinha me programado para isso hoje. É um tipo de especialidade que parece que se tu já começa atrasado a probabilidade de dar errado é maior ainda. Então eu costumo começar na hora."*

Participante E2: *"Eu sempre passo uns 15 minutos antes, que já é o tempo para anestésiar e isolar, e vou começar quando o professor estiver chegando na clínica. Porque se tu vai passar depois, tem que passar o paciente, remover selamento... Então eu gosto de começar mesmo o procedimento quando o professor tá chegando, porque se tu esperar o professor chegar para passar o paciente, já vai ser 9h10 e tu vai tá começando o que tu tinha programado."*

Participante C2: *"Parece que em endo se o paciente chega atrasado às 3h da tarde, tu não pode querer fazer tudo correndo porque parece que sempre vai dar uma coisa errada, eu gosto de fazer tudo com calma sabe, porque as outras parece que Dentística ou Perio tu consegue fazer isso.."*

Após a entrevista, obteve-se o código *in vivo* (**Figura 10**), o qual foi criado a partir de frases usadas ou conceitos apelados pelos participantes do grupo focal.

Figura 11- Nuvem de palavras originada a partir da análise do discurso do Momento III da CO-III.



Fonte: autor

6 DISCUSSÃO

A área de Endodontia é considerada, por muitos alunos de graduação em Odontologia, como extremamente complexa e uma das mais difíceis dentro do curso. Os maiores graus de dificuldade relatados por alunos estão associados principalmente ao diagnóstico e tratamento de dentes polirradiculares (TANALP et al., 2013; MURRAY; CHANDLER, 2014; ROLLAND et al., 2007, SEIJÓ et al., 2013). Devido às dificuldades encontradas pelos alunos na área de Endodontia, permeiam a insegurança e a ansiedade durante a realização de procedimentos da área. Estes sentimentos de insegurança e ansiedade podem surgir em decorrência da estrutura curricular do curso de graduação e muitas vezes por métodos insuficientes de ensino (ROLLAND et al., 2007).

Poucos são os estudos que avaliam as percepções dos alunos de graduação em Odontologia quanto à realização de tratamentos endodônticos eletivos, nem mesmo seus perfis de ansiedade decorrentes da realização de tais procedimentos. Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a experiência dos alunos de graduação em Odontologia ao realizar tratamentos endodônticos eletivos, bem como os perfis de ansiedade, qualidade de sono e qualidade de vida nessa população.

A avaliação da experiência prévia dos participantes por meio do autorrelato quanto à realização de tratamentos endodônticos eletivos sugere que nem todos alunos têm as mesmas oportunidades de realizar determinados tratamentos. Na CO-I, três alunos não realizaram tratamentos endodônticos eletivos durante o segundo semestre de 2015, enquanto dois participantes da pesquisa já haviam realizado pelo menos duas endodontias. Na CO-III, seis alunos não realizaram nenhum tratamento endodôntico eletivo no decorrer do semestre. Dentre os participantes, um estava realizando tratamento endodôntico pela primeira vez no curso de graduação e seis não realizaram ou não finalizaram nenhuma endodontia em dentes polirradiculares no decorrer do curso. Enquanto que dez participantes já tiveram contato com pelo menos um molar, um pré-molar e um dente anterior.

Conforme o plano de ensino das Disciplinas de Clínica Odontológica da FO-UFRGS, a realização de tratamentos endodônticos eletivos de baixa e média complexidade é uma competência/habilidade esperada do aluno ao finalizar a etapa. No Momento III da CO-III, onde foi desenvolvido o grupo focal, o participante "B2" relatou estar preocupado por ter apenas mais um semestre de clínica dentro da universidade e ainda não ter segurança para realizar abertura em molares superiores, visto que não teve oportunidade de realizar este procedimento. No Momento III da CO-I, esta preocupação não foi citada pelos participantes,

provavelmente por estarem recém começando as atividades e ainda terem muito tempo para desenvolver as habilidades até concluir o curso.

Segundo Grock (2016), os alunos do sexto semestre da FO-UFRGS, que realizaram atendimentos de urgência, consideram que a insegurança e a ansiedade surgem pela falta de experiência em determinado procedimento. Eles acreditam que quanto mais realizarem endodontias, menos ansiosos irão se sentir.

O currículo integrado, em vigor na FO-UFRGS, visa a formação de um profissional generalista, humanista, com visão social da realidade, capaz de estabelecer tecnicamente um diagnóstico do estado de saúde bucal de cada indivíduo e da coletividade. Dessa forma, o aluno deve ser capaz de atender o ser humano como um todo bio-psico-sócio-cultural (COELHO-DE-SOUZA et al., 2009; PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DIURNO DE ODONTOLOGIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Verifica-se que há a necessidade de ampliar a discussão no ambiente acadêmico para que este problema seja minimizado. É necessário que os docentes tenham atenção sobre as experiências dos alunos, estabelecendo estratégias para assegurar que todos alunos consigam exercer atividades práticas em todas as áreas da Clínica Odontológica. Todavia, se por um lado a ansiedade surge por não ter experiência clínica em determinado procedimento, por outro lado, a obrigatoriedade em exercer atividades em todas as áreas também gera ansiedade nos alunos (PEKER et al., 2009), pois todos têm receio de não cumprir o trabalho mínimo no decorrer do semestre, visto que nem sempre o paciente apresenta todas as necessidades de tratamento compatíveis com o trabalho mínimo de cada disciplina. Considerando-se esses pontos, sugere-se que sejam disponibilizadas disciplinas eletivas ou atividades de reforço para os alunos que sentem necessidade de aprimorar suas habilidades em determinada área.

Quanto à confiança dos participantes em relação às etapas do procedimento endodôntico, pode-se observar diferença entre os dois grupos para as etapas de "inserção de medicação intracanal" e "selamento entre sessões". Dos participantes da pesquisa que estavam na CO-I, 59,5% sentiram-se "confiantes" ou "muito confiantes" para a realização de "inserção de medicação intracanal", enquanto que 86,5% dos participantes da CO-III apresentaram-se "confiantes" ou "muito confiantes". Na etapa de "selamento entre sessões", 58,9% e 87,5% da CO-I e CO-III respectivamente mostraram-se "confiantes" ou "muito confiantes". Esses resultados corroboram com os achados de Davei et al. (2014) que indicam que a baixa confiança estaria relacionada à falta de experiência clínica. Para os autores, os alunos que estavam em níveis mais avançados da faculdade apresentaram maiores graus de confiança para a realização de determinado procedimento/atividade.

Estes resultados também concordam com os dados coletados no Momento III da CO-I, quando os participantes relataram que as maiores dúvidas e dificuldades encontradas na técnica endodôntica eram o selamento coronário entre sessões, decisão e inserção de medicação intracanal. Os participantes abordaram como sugestão, para melhoria do ensino, que os temas "medicação intracanal" e "selamento coronário" fossem abordados desde a disciplina de Pré-clínica, para que já estivessem habituados com estes conceitos/técnicas ao iniciarem a disciplina de CO-I. No momento do grupo focal, a disciplina de Pré-clínica foi reportada pelos participantes como a principal fonte de segurança para a realização de procedimentos endodônticos em clínica. Eles consideram a Pré-clínica como uma disciplina fundamental para o ingresso na CO-I.

Dentre as etapas do tratamento endodôntico, os participantes da CO-I apresentaram os maiores graus de "confiança" ou "muita confiança" para realização de "anestesia" (91%), sendo que os menores graus foram associados à realização do "diagnóstico" (36,4%). De acordo com o Projeto pedagógico do curso da FO-UFRGS, os alunos têm o primeiro contato com pacientes na disciplina de Anestesiologia no 4º semestre, onde realizam exodontias simples e aprendem as técnicas anestésicas. Sendo assim, no 5º semestre eles ingressam na CO-I conhecendo e tendo praticado as diferentes técnicas anestésicas, demonstrando maiores níveis de confiança. Estes resultados entram em concordância com os achados de Grock (2016). Neste trabalho, alunos do sexto semestre do Curso de Odontologia da UFRGS que estavam realizando atendimento de urgência pela primeira vez, apresentaram maiores graus de confiança nas etapas que eram realizadas em outros procedimentos já feitos previamente, quando comparado com as etapas realizadas exclusivamente no atendimento de urgência. Este fato foi observado também por Davei et al. (2014). Os autores afirmaram que os participantes apresentaram maior grau de confiança à medida que ganhavam experiência clínica no decorrer do curso de graduação.

De acordo com o Plano de Ensino das Disciplinas de Clínica Odontológica do Curso de Odontologia da UFRGS, o diagnóstico clínico das alterações pulpares integra o conteúdo da CO-I e o diagnóstico clínico das alterações periapicais de origem endodôntica integra o conteúdo da CO-II. Dentre os participantes da CO-I, apenas 36,4% se sentem confiantes com relação à etapa de diagnóstico clínico de alterações pulpares e periapicais. Esse nível baixo de confiança pode ter ocorrido em virtude de o tema ainda não ser de conhecimento dos alunos até o momento da pesquisa. A revisão da sequência dos conteúdos pelos docentes parece ser importante para que esta situação seja modificada, especialmente na área de Endodontia.

Os participantes da CO-III apresentaram as menores frequências para registros das categorias "confiante" e "muito confiante" nas etapas de "diagnóstico" (52,2%), "abertura coronária" (39,4%) e "radiografia de odontometria" (38,70); apresentaram as maiores frequências para registros das categorias "confiante" ou "muito confiante" para a etapa de "isolamento absoluto" (100%). As radiografias de "prova do cone de guta-percha" e "odontometria" também foram citadas no grupo focal como etapas que geram dificuldades. Isto se deve à presença de isolamento absoluto e à dificuldade em se alcançar o comprimento de trabalho necessário em molares, principalmente em casos com canais curvos e mineralizados. O fato dos participantes da CO-III relatarem menor confiança para radiografias de "odontometria" e "prova do cone de guta-percha" decorre do fato que os alunos realizam tratamentos mais complexos, em dentes polirradiculares. Nestas situações, a visualização dos canais radiculares se torna mais difícil e a sobreposição de imagens no exame radiográfico é mais comum do que em dentes com apenas um canal radicular. As etapas de "abertura coronária" e "diagnóstico" também foram citadas pelos participantes da CO-III, no grupo focal:

Participante F2: *"eu tenho medo de fazer abertura em bio porque os pacientes dizem que veem estrelas..."*

Participante B2: *" eu sou bem inseguro também quanto à abertura..."*

Participante A2: *" a abertura é difícil, e tem uma parte na obturação que eu acho difícil é a conometria..."*

Participante F2: *"eu tive um pouco de insegurança com relação aos diagnósticos assim, ainda mais quando tava no início do semestre, uma das primeiras aulas que a gente teve de endo, o professor falou que a gente tinha que estar bem atento nos diagnósticos..."*

No presente estudo, foram utilizados questionários já validados para o Português brasileiro para avaliar a qualidade de vida, níveis de estresse, ansiedade e depressão e a qualidade de sono dos participantes. Além de questionários quantitativos, foi realizada uma análise qualitativa nos dois grupos separadamente, através de grupos focais. Os grupos focais enriqueceram a compreensão dos dados obtidos nos testes quantitativos.

A qualidade de vida dos participantes foi analisada por meio do instrumento WHOQOL-BREF. Dentro do grupo CO-I não houve diferenças entre os sexos, mas dentro do

grupo CO-III houve diferenças entre os sexos para os domínios “Físico” e “qualidade de vida”, sendo, ambos, maiores para o sexo masculino. Chazan et al. (2015) avaliaram, em estudantes de Medicina da UERJ, como as variáveis sócio-demográficas, de saúde, forma de ingresso e o ano de graduação influenciam nos domínios de “qualidade de vida”, por meio do WHOQOL-BREF. Os autores também encontraram diferenças estatisticamente significativas para a variável “sexo” dos estudantes. As mulheres apresentavam níveis mais baixos de qualidade de vida para os domínios “Físico” e “Psicológico”. Chazan et al. (2015) também observaram níveis mais baixos de qualidade de vida para os domínios “físico”, “psicológico” e “social” para os estudantes do terceiro e sexto ano de medicina. Segundo os autores, no terceiro ano, os estudantes vivenciam o desafio de atender os pacientes ao iniciar a disciplina de clínica médica. No sexto ano há uma grande tensão relacionada à formatura e à responsabilidade pelo exercício pleno da profissão, além da prova de residência que se aproxima. Esses resultados de Chazan et al. (2015) diferem dos resultados encontrados no presente estudo. Os participantes da CO-I, que estão iniciando as atividades de Clínica Odontológica, apresentaram níveis mais elevados de qualidade de vida para o domínio “físico” em comparação com os participantes da CO-III, que cursam o sétimo semestre de um total de dez do curso de Odontologia da UFRGS. Para os demais domínios do WHOQOL-BREF não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. O domínio “físico” do WHOQOL-BREF avalia as características de dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. Na CO-III, os alunos estão na penúltima clínica da faculdade e apesar de cumprirem o mesmo número de créditos, eles têm três disciplinas a mais do que os alunos que cursam o quinto semestre (PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DIURNO DE ODONTOLOGIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014). Essas diferenças entre os dois semestres podem realmente causar maior exaustão em estudantes da CO-III. Entretanto, este resultado pode refletir apenas uma característica dos próprios indivíduos, sem que a etapa em que estão dentro do curso influencie os mesmos.

Em relação ao perfil de ansiedade, os dados analisados para o IDATE apresentaram diferenças estatisticamente significativas dentro de cada grupo, quando se comparou o valor do IDATE-Estado com o valor de IDATE-Traço. Na CO-I, a frequência de participantes “altamente ansiosos” foi de 6 (27,3%) para o IDATE-Estado, e 5 (22,7%) para o IDATE-Traço. Na CO-III, a frequência de participantes “altamente ansiosos” foi de 8 (34,78%) para o IDATE-Estado e 6 (26,08%) para o IDATE-Traço. Assim, os participantes demonstraram

perfil mais ansioso no momento do atendimento endodôntico eletivo. Isto se observa por meio dos resultados do IDATE-Estado, que reflete um estado emocional transitório e atual. A ansiedade relacionada à personalidade do participante foi avaliada por meio do IDATE-Traço, que reflete características individuais e estáveis, não correspondendo necessariamente a sentimentos no momento da auto-avaliação.

Grock (2016) utilizou o IDATE-Traço-Estado para avaliar a ansiedade de alunos da CO-II da FO-UFRGS que realizaram atendimentos de urgência e relatou que 27,3% eram "altamente ansiosos" tanto para o IDATE-Traço como para o IDATE-Estado. A porcentagem relatada por Grock (2016) foi exatamente a mesma encontrada nos participantes da CO-I para o IDATE-Estado.

O instrumento DASS-21 também foi utilizado para avaliar o nível de ansiedade autorreportado pelos participantes, juntamente com níveis de depressão e estresse. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Mais de 60% dos participantes da CO-I e CO-III apresentaram níveis dentro da normalidade para ambos domínios "depressão", "ansiedade" e "estresse". No estudo de Grock (2016) também foi observado que mais de 60% dos participantes da CO-II da FO-UFRGS, que realizaram atendimentos de urgência, apresentaram escores normais para todos os domínios DASS-21.

Os resultados encontrados no presente estudo para o instrumento DASS-21 diferiram daqueles descritos por Myint et al. (2016). Os autores avaliaram as percepções de alunos de Odontologia de uma universidade da Malásia e apenas 39,34% apresentaram níveis considerados normais para o domínio estresse.

Embora, os instrumentos IDATE e DASS-21 não sejam específicos para analisar a ansiedade em relação ao atendimento odontológico, vários estudos utilizaram o instrumento IDATE Traço-Estado para avaliar a ansiedade em estudantes de Odontologia (PEKER et al., 2009;GRANDY et al., 1988) e Medicina (ZUARDI et al., 2008;GARCIA et al., 2016). Da mesma forma, muitos estudos também utilizaram o DASS-21 para avaliar a ansiedade, estresse e depressão em alunos de Odontologia (MYINT et al., 2016;ABOALSHAMAT et al., 2015; RAVISHANKAR et al., 2014;ARRIETA VERGARA et al., 2013) e Medicina (ABOALSHAMAT et al., 2015; KULSOOM; AFSAR, 2015; CARTER et al., 2014).

As escalas VAS e NRS foram utilizadas para comparar os níveis de ansiedade nos momentos pré-operatório e pós-operatório para os dois grupos de participantes. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os valores obtidos para os participantes da CO-I e CO-III, indicando que os participantes dos dois grupos não diferem quanto ao nível de ansiedade antes e após o procedimento endodôntico eletivo. Entretanto, dentro do grupo de

CO-I obteve-se diferença estatisticamente significativa quando comparado o nível de ansiedade pré e pós-operatório, para as escalas NRS e VAS. Esta diferença não foi observada para o grupo de participantes da CO-III.

Grock (2016) encontrou resultados semelhantes aos resultados encontrados para a CO-I, quando avaliou os níveis de ansiedade pré e pós-operatório de alunos da CO-II da FO-UFRGS na realização de atendimentos de urgência. Os resultados de Grock (2016) mostraram que os alunos se sentiram mais ansiosos antes de iniciar o atendimento de urgência do que após. Os atendimentos de urgência iniciam no 6º semestre, na CO-II, ou seja os alunos estão realizando procedimentos que não haviam realizado anteriormente. De forma semelhante, os participantes da CO-I realizam tratamentos endodônticos eletivos em pacientes pela primeira vez no curso. Esse fato pode causar uma alta expectativa pré-procedimento, pois trata-se de experiências novas. Após o atendimento, o nível de ansiedade tende a diminuir significativamente.

Segundo o DSMV, a ansiedade surge em decorrência do medo do futuro, ou seja um momento que está por vir, medo de algo desconhecido (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Isso pode explicar porque não houve diferenças estatisticamente significativas entre os participantes da CO-III, quando comparados os níveis de ansiedade pré e pós-operatórios pela escala VAS e NRS. Os participantes da CO-III já estão no terceiro semestre de atendimento clínico. A maioria deles já teve experiências com tratamentos endodônticos eletivos. Assim, a expectativa pré-operatória não difere tanto da pós-operatória, quando comparada aos alunos que estão vivendo aquele momento pela primeira vez.

Segundo Choueiry et al. (2016) a ansiedade tem íntima relação com a qualidade de sono do indivíduo. O PSQI é o instrumento mais utilizado para avaliar a qualidade de sono (HOCH et al., 1994; BUYSSSE et al., 1991). Dentre as vantagens, há a habilidade para determinar os padrões de disfunção do sono ao longo do período de 1 mês, através da avaliação de dados qualitativos e quantitativos e calcular um resultado simples e global que transmite a gravidade dos problemas de sono (BUYSSSE et al., 1989). O período de trinta dias para a avaliação é intermediário entre os questionários anteriores a este. Os questionários prévios avaliavam a qualidade de sono apenas na noite anterior, que não conseguem detectar padrões disfuncionais, e aqueles que mediam a qualidade do sono por períodos mais longos, que não podem determinar a gravidade de um distúrbio no tempo presente (BUYSSSE et al., 1989).

No presente estudo, a qualidade de sono foi classificada como ruim para 63,6% e 69,6% para os participantes da CO-I e CO-III, respectivamente. Resultado semelhante foi

descrito por Grock (2016). Cerca de 72,7% dos participantes que cursavam a CO-II da FO-UFRGS apresentavam qualidade de sono ruim. Sugere-se que a qualidade de sono ruim pelos participantes pode ser uma característica geral dos alunos de Odontologia da UFRGS. É importante salientar para os alunos a importância que o sono tem na qualidade de vida e aproveitamento acadêmico, pois muitos não dão tanta importância para o sono. Um participante relatou no grupo focal da CO-III que não sabia se estava ou não dormindo bem:

Participante A2: "...no questionário tinha perguntas sobre se eu dormi bem essa semana, eu nem lembro se dormi bem essa semana, mas acredito que não, porque em função dessas provas aí, a gente acaba virando noite pra estudar..."

Na análise de dados dos Grupos Focais, pode-se observar algumas semelhanças e diferenças entre os dois grupos. Ambos relataram insegurança frente a procedimentos endodônticos causada pela impossibilidade de visualização do campo operatório, de dificuldades técnicas na abertura da câmara pulpar e também causadas pelo longo tempo de permanência do paciente durante o atendimento endodôntico. Outros fatores que contribuíram para a insegurança são a necessidade de isolamento absoluto, que gera desconforto para o paciente e dificuldade na realização das tomadas radiográficas. Esses achados também foram observados na análise dos dados quantitativos, pois os participantes da CO-III apresentaram os menores níveis de confiança nas etapas de "abertura coronária" e "radiografia de odontometria", além da etapa de "diagnóstico".

Os dois grupos reportaram a Endodontia como uma área muito organizada dentro do curso de graduação e ressaltaram a importância de ter pós-graduandos ou monitores nas atividades clínicas. Participantes dos dois grupos salientaram que a presença de pós-graduandos ou monitores é um caminho para que dúvidas sejam sanadas. Além disso a presença de mestrandos e doutorandos auxilia no desenvolvimento das atividades da clínica, visto que às vezes vários alunos estão realizando procedimentos da mesma área e quando tem apenas um ou dois professores, atrasa os procedimentos.

Participante H1: "...em relação a endo, normalmente tem bastante gente pra ajudar. Tem outras áreas que é muito escasso de mestrando e monitor, daí tu tem que esperar o professor e às vezes acontece alguma coisa, porque a gente tá aprendendo, aí a gente fica com medo do professor ir lá e nos xingar ou fazer cara feia..."

Participante G2: *"...tu te sente mais a vontade de chegar para falar com o monitor ou mestrando do que com o professor..."*

Os participantes da CO-I falaram muito sobre suas experiências na disciplina de Pré-Clinica, como sendo de extrema importância para o aprendizado e para a segurança durante a execução dos procedimentos na CO-I. Dentre as dificuldades mais frequentemente abordadas pelo grupo de CO-I, esteve a relação profissional-paciente. Segundo os participantes, eles tiveram pouco contato com pacientes. No 4º semestre, há atendimento de pacientes na disciplina de Anestesiologia. Entretanto, não se estabelece um vínculo longo com os pacientes, pois a cada semana um aluno de uma dupla opera e nem sempre é o mesmo paciente. Já na CO-I, há um vínculo maior com os pacientes, pois se desenvolve um plano de tratamento com múltiplas sessões, os mesmos pacientes retornam toda a semana para atendimento, sendo esta uma experiência nova para os participantes da CO-I. Os participantes da CO-III não relataram esse problema, provavelmente por já estarem no terceiro semestre de Clínica Odontológica e alguns pacientes estão há mais de um semestre com o mesmo aluno.

No grupo focal da CO-III, a dúvida que mais surgiu foi em relação ao diagnóstico, diferentemente da CO-I, em que a inserção de medicação intracanal e o selamento entre sessões apareceram bastante como insegurança nos relatos.

Outras diferenças encontradas entre os grupos focais foram que na CO-III as dificuldades nas etapas de prova do cone de guta-percha, atingir o comprimento de trabalho e complexidades anatômicas foram bastante citadas. Na CO-I, os participantes realizaram apenas tratamentos endodônticos em dentes monorradiculares, com canais amplos e retos, então essas dificuldades relatadas por participantes da CO-III são menos recorrentes na CO-I.

Para complementar a análise qualitativa, foi utilizado o método "nuvem de palavras". Através deste, foi possível observar algumas diferenças entre os dois grupos. Na CO-I, o substantivo "Pré-clínica" foi citado várias vezes, pois segundo os participantes da CO-I, o sentimento de confiança advém dos conhecimentos adquiridos na disciplina de Pré-clínica, durante o 4º semestre. Além do verbo "xingar" que foi citado pelos participantes, no sentido que uma das situações mais estressantes durante o atendimento na clínica é quando o professor faz alguma correção de procedimento em frente ao paciente.

Na nuvem de palavras da CO-III, os substantivos "molar" e "experiência" aparecem em destaque. Diferentemente da CO-I, na CO-III, os alunos já realizam tratamentos endodônticos em dentes polirradiculares, que são tecnicamente mais difíceis do que os dentes monorradiculares. Além disso, na CO-III, os participantes já conseguem perceber que a

aquisição de experiência aumenta os níveis de confiança, isso pode ser visto na análise de confiança do presente estudo e nos resultados de Davei et al. (2014).

Algumas palavras aparecem em destaque para os dois grupos como: "endodontia", "professor", "paciente" e "aprender", uma vez que os grupos focais tinham como centro de discussão o ensino de Endodontia na FO-UFRGS. Neste cenário, os professores são responsáveis por grande parte do aprendizado do aluno, no que tange à transmissão de experiências práticas em atividades clínicas, e onde o paciente também exerce um papel essencial neste processo de ensino-aprendizagem, que envolve aspectos técnicos e emocionais.

Portanto, com base na análise dos dados coletados pelos métodos quantitativo e qualitativo no presente estudo, há uma discrepância em níveis de confiança na realização das diferentes etapas do tratamento endodôntico, o que parece ser influenciado pela experiência do operador. Da mesma forma, a análise dos perfis comportamentais relacionados à ansiedade, qualidade de sono e qualidade de vida dos alunos de graduação devem ser considerados durante o processo de ensino-aprendizagem. Salienta-se ainda que há necessidade de realizar uma avaliação periódica das práticas de ensino em Endodontia, a fim de proporcionar aos alunos de graduação um ambiente acadêmico agradável e propício para a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos.

7 CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos neste estudo conclui-se que:

- a) Não se observou uma uniformidade no número de tratamentos endodônticos eletivos realizados pelos participantes deste estudo.
- b) Os participantes sentiram-se mais confiantes para realizar as etapas que não são exclusivamente realizadas durante o tratamento endodôntico e que já tiveram contato em outras áreas anteriormente, tais como anestesia e isolamento absoluto do campo operatório.
- c) Não houve diferença na qualidade de vida avaliada por meio do instrumento WHOQOL-BREF entre participantes do sexo masculino e do sexo feminino para a maioria dos domínios. Apenas participantes do sexo masculino da CO-III apresentaram qualidade de vida maior, para os domínios “físico” e “qualidade de vida”.
- d) O estado de ansiedade dos participantes ao realizar tratamentos endodônticos eletivos foi maior comparado ao traço de ansiedade. Além disso, a diferença de ansiedade pré e pós-operatória ao realizar tratamentos endodônticos eletivos tende a ser maior para os participantes que estão em fases iniciais de atendimento clínico. Contudo, a maioria dos participantes apresentou perfis de ansiedade, estresse e depressão dentro da normalidade.
- e) A qualidade de sono dos participantes do estudo demonstrou ser ruim, conforme avaliado por meio do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg.

REFERÊNCIAS

- ABOALSHAMAT, K.; HOU, X. Y.; STRODL, E. The impact of a self-development coaching programme on medical and dental students' psychological health and academic performance: a randomised controlled trial. **BMC medical education**, v. 19, no. 15, 2015.
- APOSTOLO, J. L.; MENDES, A. C.; AZEREDO, Z. A. Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). **Revistalatio-americana de enfermagem**, v. 14, no. 6, p. 863-871, 2006.
- ARRIETA VERGARA, K.; CÁRDENAS, S. D.; MARTINEZ, F. G. [Symptoms of depression, anxiety and stress among dental students: prevalence and related factors]. **Revista colombiana de psiquiatria**, v. 42, no. 2, 2013.
- BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BERTOLAZI, A. N. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Medicine**, v. 12, no. 1, 2011.
- BRICK, C. A.; SEELY, D. L.; PALERMO, T. M. Association between sleep hygiene and sleep quality in medical students. **Behavioral sleep medicine**, v. 8, no. 2, p.113-121, 2010.
- BUBOLTZ, W. C. Jr.; BROWN, F.; SOPER, B. Sleep habits and patterns of college students: a preliminary study. **Journal of American college health**, v. 50, no. 3, p. 131-135, 2001.
- BULBOLTZ, W. C. Jr. et al. Treatment approaches for sleep difficulties in college students. **Counselling Psychology Quarterly**, v. 15, no.3, p. 229-237, 2002.
- BUYSSE, D. J. Sleep health: can we define it? Does it matter? **Sleep**, v. 37, no. 1, p. 9-14, 2014.
- BUYSSE, D. J. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry research**, v. 28, no.2, p. 193-213, 1989.
- BUYSSE, D. J. Quantification of subjective sleep quality in health yelderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). **Sleep**, v. 14, no. 4, p. 331-338, 1991.
- CARTER, F. A. et al. The impact of major earthquakes on the psychological function of medical students: a Christchurch, New Zealand study. **The New Zealand medical journal**, 2014.
- CHAZAN, A. C.; CAMPOS, M. R.; PORTUGAL, F. B. Quality of life of medical students at the State University of Rio de Janeiro (UERJ). measured using Whoqol-bref: a multivariate analysis. **Revista ciência e saúde coletiva**, v. 20, no.2, p.547-556, 2015.
- CHOUÉIRY, N. et al. Insomnia and Relationship with Anxiety in University Students: A Cross-Sectional Designed Study. **PloS one**, v. 11, no. 2, 2016.

CLARK, L. A.; WATSON, D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. **Journal of abnormal psychology**, v.100, no. 3, p.316-336, 1991.

COELHO-DE-SOUZA, F. H. et al. **Fundamentos de clínica Integral em Odontologia**, 202p. 2009.

DAVEI, J.; BRYANT, T.; DUMMER, H. The confidence of undergraduate dental students when performing root canal treatment and their perception of the quality of endodontic education. **European Journal of Dental Education**, 2014.

DIVARIS. et al. The academic environment the students' perspective. **European Journal of Dental Education**, 2008.

DYRBYE, L. N.; THOMAS, M. R.; SHANAFELT, T. D. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. **Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges**, v. 81, no. 4, 2006.

ENNS, S. C. et al. Medical Students' Perception of Their Educational Environment and Quality of Life: Is There a Positive Association? **Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges**, Philadelphia, v. 91, no. 3, p. 409-417, 2016.

FLECK, M. P. A. et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-brief. **RevistaSaúdePública**, v.34, n.2, p. 178-183, 2000b.

FLECK, M. P. A. The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100): characteristics and perspectives. **Revista ciência e saúde coletiva**, v.5, no 1, Rio de Janeiro, 2000a.

GARCIA, A. et al. Acute effects of energy drinks in medical students. **European journal of nutrition**, 2016.

GRANDY, T. G. et al Stress symptoms among third-year dental students. **Journal of dental education**, v. 52, no. 5, p. 245-249, 1988.

GRAY, J. A. **The Psychology of Fear and Stress**. 2^a ed. Cambridge university press, 1987.

GROCK, C. H. **Experiências relacionadas à execução de tratamentos endodônticos de urgência e níveis de ansiedade, qualidade do sono e qualidade de vida em alunos de graduação em odontologia**. 2016. 86 f. Dissertação de mestrado. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

GUALLAR-CASTILLÓN, P. et al. The association of major patterns of physical activity, sedentary behavior and sleep with health-related quality of life: a cohort study. **PrevMed**, v. 67, p. 248-254, 2014.

HAMESTER, L. et al. Efetividade de intervenção de enfermagem nos níveis de ansiedade de familiares de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca: ensaio clínico randomizado, **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2016.

HARRIS, R. C.; MILLICHAMP, C. J.; THOMSON, W. M. Stress and coping in fourth-year medical and dental students. **The New Zealand dental journal**, no. 111, v. 3, p.102-108, 2015.

HENZI, D. et al. Appraisal of the dental school learning environment: the students' view. **Journal Dental Education**, p. 1137-1147, 2005.

HICKS, R. A.; FERNANDEZ, C.; PELLEGRINI, R.J. The changingsleephabits of universitystudents: anupdate. **Perceptual and motor skills**, 2001.

HJERMSTAD, M. J. et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. **Journal of pain and symptom management**, v. 41, no.6, p. 798-804, 2011.

HOAD-REDDICK, G.;GIBSON, V. M. Relating personality to interview results and performance in the first year of the dental course. **British dental journal**, v. 186, no. 7, p. 348-352, 1999.

HOCH, C. C. et al. A longitudinal study of laboratory-and diary- based sleep measures in healthy "old old" and "young old" volunteers. **Sleep**, v. 17, no. 6, p. 489-496, 1994.

HUSKISSON, E. C.; JONES, J.; SCOTT, P. J. Application of visual-analogue scales to the measurement of functional capacity. **Rheumatology and rehabilitation**, v. 15, no. 3. p. 185-187, 1976.

KAIPPER, M. B. et al. Evaluation of the structure of Brazilian State -Trait Anxiety Inventory using a Rasch psychometric approach. **Journal of psychosomatic research**, v. 68, no 3, p. 223-233, 2010.

KARACAN, I. et al. Prevalence of sleep disturbance in a primarily urban Florida County. **Social Science & Medicine**, v. 10, no. 5, p. 239-244, 1976.

KÖTTER, T.; NIEBUHR, F. Resource-oriented coaching for reduction of examination-related stress in medical students: na exploratory randomized controlled trial. **Advances in medical education and practice electronic resource**, 2016.

KULSOOM, B. AFSAR, N. A. Stress, anxiety, and depression among medical students in a multiethnic setting. **Neuropsychiatric disease and treatment**, 2015.

KUMAR et al. Perceived sources of stress amongst Indian dental students. **European journal of dental education**, v. 13, no.1, p.39-45, 2009.

LOVIBOND, S.H.; LOVIBOND, P.F. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales, fourth ed. Psychology Foundation, Sydney. 2004.

MASELLA, R. S.; THOMPSON, T.J. Dental education and evidence-based educational best practices: bridging the great divide. **Journal of dental education**, v. 68, no. 12, p. 1266-1271, 2004.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E.; LEITER, M.P. Maslach Burnout Inventory Manual, 3rd edn. Palo Alto, CA: **Consulting Psychology Press Inc**, 1996.

MURRAY, C. M.; CHANDLER, N. P. Undergraduate endodontic teaching in New Zealand: Students' experience, perceptions and self-confidence levels. **Australian Endodontic Journal**, p.116-122, 2014.

MYINT, K. et al Dental Students' Educational Environment and Perceived Stress: The University of Malaya Experience. **The Malaysian journal of medical sciences : MJMS**, v. 23, no. 3, p. 49-56, 2016.

NEWBURY-BIRCH et al. The changing patterns of drinking, illicit drug use, stress, anxiety and depression in dental students in a UK dental school: a longitudinal study. **British Dental Journal**, v. 192, no. 11, p. 646-649, 2002.

NÚCLEO DE AVALIAÇÃO DA UNIDADE DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA UFRGS, **PROJETO PERFIL DOS INGRESSANTES DO CURSO DIURNO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**, Porto Alegre 2014. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/odontologia/arquivos/projetosnau/resumos-projeto-perfil-ingressante-odontologia-diurno/view?searchterm=perfil>>

PEKER, I. et al. The evaluation of perceived sources of stress and stress levels among Turkish dental students. **International dental journal**, v. 59, no. 2, p. 103-111, 2009.

PENSUKSAN, W. C. et al. Relationship between Poor Sleep Quality and Psychological Problems among Undergraduate Students in the Southern Thailand. **Walailak journal of science and technology**, v. 13, no. 4, p. 235-242, 2016.

PILCHER, J. J.; GINTER, D.R.; SADOWSKY, B. Sleep quality versus sleep quantity: relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 42, no. 6, p.583-596, 1997.

PÖHLMANN et al. Stress, burnout and health in the clinical period of dental education. **European journal of dental education**, v. 9, no.2, p.78-84, 2005.

PORTTIER, P. et al, Stress responses in medical students in ambulatory and in hospital patient consultations. **Medical education**, v. 45, no. 7, p. 678-687, 2011.

PROJETO PEDAGÓGICO DO CURRÍCULO DIURNO DO CURSO DE ODONTOLOGIA, Porto Alegre, 2014. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/odontologia/ensino/odonto/graduacao/projeto-pedagogico-do-cursodiurno/view>> Acesso em: 10 jun. 2015.

RAVISHANKAR, T. L.; AIN, T. S.; GOWHAR, O. Effect of academic stress on plaque and gingival health among dental students of Moradabad, India. **J Int Acad Periodontol**, v. 16, no.4, p. 115-120, 2014.

RECHENBERG, D. K. et al. Pain levels and typical symptoms of acute endodontic infections: a prospective, observational study. **Bio Med Central oral health**, v. 16, no. 1, 2016.

- REVILL, S. L. et al. The reliability of a liner analogue for evaluating pain. **Anaesthesia**, v. 31, no. 9, p. 1191-1198, 1976.
- RIAHI, S. Role stress amongst nurses at the workplace: concept analysis. **Journal of nursing management**, v. 19, no. 6, p. 721-731, 2011.
- ROFF, S.; McALEER, S. What is educational climate? **Medical teacher**, v. 23, no.4, p.333-334, 2001.
- ROLLAND, S.; HOBSON, R.; HANWELL, S. Clinical competency exercises: some student perceptions. **European Journal of Dental Education**, p. 184-191, 2007.
- SANTOS, B.F. et al. Brazilian dental students' intentions and motivations towards their professional career. **Journal Dental Education**, p. 337-344, 2013.
- SEIJO, M.O. et al. Learning experience in endodontics: Brazilian students' perceptions. **Journal Dental Education**, p.648-655, 2013.
- SELYE, H. A syndrome produced by diverse noxious agents.1936. **The Journal of neuropsychiatry and clinical, neurosciences**, v. 10, no. 2, 1998.
- SILVA, E.T. et al. Identifying student profiles and their impact on academic performance in a Brazilian undergraduate student sample. **Europe Journal Dental Education**, p. 27-32, 2012.
- SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **IDATE inventário de ansiedade Traço-Estado**. 2.ed. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada, 2003. 91 p.
- STEIN, M. B. et al. Impairment associated with sleep problems in the community: relationship to physical and mental health comorbidity. **Psychosomatic medicine**, v. 70, no. 8, p. 913-919, 2008.
- SUN, L. et al. The impact of professional identity on role stress in nursing students: A cross-sectional study. **International journal of nursing studies**, v. 63, 2016.
- SWANSON, L. M. et al. Sleep disorders and work performance: findings from the 2008 National Sleep Foundation Sleep in America poll. **Journal of sleep research**, v. 20, no.3, p. 487-494, 2011.
- TANALP, J.; PAMUKÇU, E. G.; OKTAY, I. Evaluation of dental students' perception and self-confidence levels regarding endodontic treatment. **European Journal of Dentistry**, v. 7, no. 2, p. 218-224, 2013.
- TILL, H. Climate studies: can students' perceptions of the ideal educational environment be of use for institutional planning and resource utilization? **Medical teacher**, v. 27, no. 4, p. 332-337, 2005.
- TEMPSKI, P. et al. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. **BMC medical education**, 2012.
- THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY J, KUYKEN W, editors. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer-Verlag; p 41-60, 1994.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, no. 3, p. 777-796, 2009.

TREVISOL, D. J. **Influência da propaganda da indústria farmacêutica na prescrição de medicamentos em escolas de Medicina: a experiência em tubarão**, Santa Catarina. 2005. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Faculdade de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão.

VIGNOLA, R. C.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, p. 104-109, 2014.

WANG, L. et al. Prevalence and risk factors of poor sleep quality among inner mongolia medical university students: A cross-sectional survey. **Psychiatry research**, v. 244, p. 243-248, 2016.

WAQAS, A. et al. Association of academic stress with sleeping difficulties in medical students of a Pakistani medical school: a cross-sectional survey. **Peer J Computer Science**, p. 1-11, 2015.

WEWERS, M. E.; LOWE, N. K. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. **Research in nursing and health**, v. 13, no. 4, p. 227-236, 1990.

WILLIAMSON, A.; HOGGART, B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. **Journal of clinical nursing**, v.14, no 7, p. 798-804, 2005.

ZUARDI, A. W.; PROTA FDEL, G.; DEL-BEM, C. M. Reduction of the anxiety of medical students after curricular reform. **Revista brasileira de psiquiatria (São Paulo, Brazil : 1999)**, v. 30, no. 2. p. 136-138, 2008.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL FACULDADE DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO: *Experiências relacionadas à execução de tratamentos endodônticos e perfis de ansiedade, qualidade de sono e qualidade de vida em alunos de graduação em Odontologia – análises quantitativa e qualitativa*

Instituição proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Pesquisadores: Prof. Francisco Montagner (Faculdade de Odontologia, UFRGS), C.D. Luciana Batista Luz, C.D. Camila HélenGrock, Profa. Maria Beatriz Cardoso Ferreira (Instituto de Ciências Básicas da Saúde, UFRGS), Prof. Thiago Machado Ardenghi (Centro de Ciências da Saúde, UFSM).

Queremos convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar as experiências dos alunos de graduação em Odontologia na realização de tratamentos endodônticos. Também, pretendemos avaliar o perfil de qualidade de vida, ansiedade e características de sono neste grupo. A partir dos resultados do estudo, poderão ser elaboradas estratégias de aprendizagem para que o ensino em Endodontia se torne mais agradável e efetivo. Da mesma forma, com a realização deste estudo, poderemos compreender melhor a visão dos graduandos quanto ao sistema de ensino adotado na área de Endodontia.

Para isso, caso aceite participar, você irá responder a algumas perguntas de auto-avaliação quanto aos tratamentos endodônticos já realizados nas Clínicas Odontológicas. Você também irá responder questionários sobre qualidade de vida, níveis de ansiedade, estresse, depressão e qualidade de sono. Você precisará dedicar aproximadamente 10 minutos para responder a perguntas antes do atendimento e mais 15 minutos após o atendimento do seu paciente.

Você poderá ainda ser convidado a participar de um grupo de discussão a ser realizado em outro momento. Neste grupo, serão abordadas as impressões dos participantes a respeito da realização de tratamentos endodônticos.

Não são esperados riscos ou desconfortos graves associados ao estudo. Porém, você precisará despendar 10 minutos antes do atendimento e 15 minutos após o atendimento do seu paciente, para responder ao questionário e às escalas. Também precisará, em outro momento, dedicar 20 minutos para integrar o grupo de discussão. A aplicação do questionário será realizada por um sujeito que não participa do projeto de pesquisa, integrando o estudo apenas para realizar a coleta de dados, garantindo a sua privacidade e eventuais constrangimentos.

Você não terá benefício direto resultante de sua participação na pesquisa. Os procedimentos executados visam benefício indireto para os alunos de graduação e para a universidade. Com base nos achados deste trabalho, será possível propor estratégias para que o aprendizado seja mais agradável e efetivo.

Você poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, o que não irá lhe acarretar qualquer prejuízo, mesmo que a pesquisa já tenha iniciado. As informações coletadas neste estudo serão publicadas com finalidade científica de forma anônima, ou seja, sem divulgação de nomes ou outra forma de identificação das pessoas envolvidas.

Esse trabalho foi analisado e aprovado pelo Comitê de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e está sob a supervisão do Comitê de Ética da UFRGS. A Comissão de Graduação da Faculdade de Odontologia está ciente e concorda com a realização da pesquisa com seus alunos.

Caso você tenha dúvidas e precise de maiores esclarecimentos sobre a realização dessa pesquisa, poderá entrar em contato com os pesquisadores por meio dos telefones (51) 3308-5430 (Prof. Francisco Montagner). Também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por meio do telefone (51) 3308-3837 ou do e-mail pro-reitoria@propesq.ufrgs.br (localizado a Av. Paulo Gama, 110 - 7º andar - Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060).

Declaro ter lido e compreendido integralmente as informações acima, antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que me foi dada ampla oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

() Por este termo de consentimento, tomo parte, voluntariamente, das etapas deste trabalho que serão realizadas antes e após o atendimento dos pacientes.

() Por este termo de consentimento, tomo parte, voluntariamente, da etapa deste trabalho que será realizada por meio de grupo de discussão.

Porto Alegre ___ de _____ de 20__.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ATENÇÃO:

Esse termo de consentimento será impresso em duas cópias, sendo uma de propriedade do participante da pesquisa, e outra de propriedade dos pesquisadores.

APÊNDICE 2 FORMULÁRIO ESPECÍFICO COM DADOS DEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

FICHA PARA REGISTRO DE DADOS DEMOGRÁFICOS

MOMENTO 1 Código __/__/__

Idade: _____ anos Gênero: Masculino Feminino

Disciplina: Clínica Odontológica Integrada I Clínica Odontológica Integrada III

APÊNDICE 3 - TRATAMENTOS ENDODÔNTICOS REALIZADOS ANTERIORMENTE PELO PARTICIPANTE E GRAU DE CONFIANÇA PARA CADA ETAPA DO TRATAMENTO

Tratamentos endodônticos realizados anteriormente pelo participante

Quando?	Qual dente?	Quantos dentes?			
<input type="checkbox"/> Não lembro					
<input type="checkbox"/> Não realizei em clínica, apenas em Pré-clínica:	<input type="checkbox"/> Monorradicular <input type="checkbox"/> Pré-molar <input type="checkbox"/> Molar superior <input type="checkbox"/> Molar inferior				
<input type="checkbox"/> Realizei em clínica:	<input type="checkbox"/> Incisivos superiores <input type="checkbox"/> Caninos superiores <input type="checkbox"/> Pré-molares superiores <input type="checkbox"/> Molares superiores <input type="checkbox"/> Incisivos inferiores <input type="checkbox"/> Caninos inferiores <input type="checkbox"/> Pré-molares inferiores <input type="checkbox"/> Molares inferiores	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Não sei precisar <input type="checkbox"/> Não sei precisar <input type="checkbox"/> Não sei precisar <input type="checkbox"/> Não sei precisar <input type="checkbox"/> Não sei precisar <input type="checkbox"/> Não sei precisar <input type="checkbox"/> Não sei precisar <input type="checkbox"/> Não sei precisar

Considerando as etapas do tratamento endodôntico, como você se sente ao realizar cada uma delas?

Etapa	Muito pouco confiante	Pouco confiante	Neutro	Confiante	Muito confiante
Diagnóstico	0	1	2	3	4
Anestesia	0	1	F	3	4
Abertura coronária	0	1	2	3	4
Isolamento absoluto	0	1	2	3	4
Radiografia de Odontometria	0	1	2	3	4
Preparo químico-mecânico	0	1	2	3	4
Inserção de medicação intracanal	0	1	2	3	4
Prova do cone de guta-percha	0	1	2	3	4
Radiografia de Prova do cone	0	1	2	3	4
Obturação	0	1	2	3	4
Selamento entre as sessões	0	1	2	3	4

ANEXO 1 INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO

INSTRUÇÕES:

Nas páginas seguintes, há dois questionários para você responder. Trata-se de algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Não há respostas certas ou erradas. Leia com toda atenção cada uma das perguntas da parte I e assinale, com um círculo, um dos números (1, 2, 3 ou 4), à direita.

MOMENTO 1 - PARTE I – IDATE ESTADO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO	
Muitíssimo ---- 4	Bastante ---- 3
Um pouco ---- 2	Absolutamente não ---- 1
1 – Sinto-me calmo	12 3 4
2 – Sinto-me seguro	12 3 4
5 – Sinto-me à vontade	12 3 4
6 – Sinto-me perturbado	12 3 4
7 – Estou perturbado com possíveis infortúnios	12 3 4
8 – Sinto-me descansado	12 3 4
11 – Sinto-me confiante	12 3 4
13 – Estou agitado	12 3 4
14 – Sinto-me uma pilha de nervos	12 3 4
16 – Sinto-me satisfeito	12 3 4
17 – Estou preocupado	12 3 4
18 – Sinto-me confuso	12 3 4
19 – Sinto-me alegre	12 3 4
Os itens em negrito são as perguntas de caráter positivo do IDATE-estado.	
Para as questões 6, 7 e 18: 1=1; 2 e 3 = 2 e 4=4	

MOMENTO 2 - PARTE II – IDATE TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO	
Quase sempre --- 4 Frequentemente --- 3 Às vezes --- 2 Quase nunca --- 1	
1 – Sinto-me bem	12 3 4
2 – Canso-me facilmente	12 3 4
5 – Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente....	12 3 4
7 – Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	12 3 4
8 – Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver.....	12 3 4
9 – Preocupo-me demais com as coisas sem importância	12 3 4
10 – Sou feliz	12 3 4
12 – Não tenho muita confiança em mim mesmo	12 3 4
16 – Estou satisfeito	12 3 4
17 – Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupado..	12 3 4
18 – Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	12 3 4
20 – Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	1 2 3 4
Os itens em negrito são as perguntas de carácter positivo do IDATE-traço	
Para as questões 1, 10 e 16: 1=1;2 e 3=2 e 4=4	

**ANEXO 2: ESCALAS NUMÉRICA E ANALÓGICA E ANSIEDADE: (NRS e VAS)
PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA**

INSTRUÇÕES PARA AS ESCALAS NUMÉRICA E ANALÓGICA E ANSIEDADE: (NRS e VAS)

NÚMERO DA ENTREVISTA: ____|____|____

Etapa Pré-operatória

Avalie como você se sente, nesse momento, com relação à ANSIEDADE. Dê uma nota de 0 a 10, sendo que 0 significa ausência de dor e 10 o grau máximo de dor que você já sentiu.

ESCALA NUMÉRICA DA ANSIEDADE										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = nenhuma ansiedade 10 = máxima ansiedade										

Resposta: _____

Considere a linha abaixo como representando a gama completa das diversas intensidades de ansiedade que você possa sentir. As extremidades esquerda e direita indicam o mínimo e o máximo de ansiedade respectivamente. Marque, claramente, essa linha com um traço vertical representativo da quantidade de ansiedade que você sente agora.

Nenhuma Ansiedade

Ansiedade Máxima

INSTRUÇÕES PARA AS ESCALAS NUMÉRICA E ANALÓGICA E ANSIEDADE: (NRS e VAS)

NÚMERO DA ENTREVISTA: ____|____|____

Etapa Pós-operatória

Avalie como você se sente, nesse momento, com relação à ANSIEDADE. Dê uma nota de 0 a 10, sendo que 0 significa ausência de dor e 10 o grau máximo de dor que você já sentiu.

ESCALA NUMÉRICA DA ANSIEDADE										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = nenhuma ansiedade 10 = máxima ansiedade										

Resposta: _____

Considere a linha abaixo como representando a gama completa das diversas intensidades de ansiedade que você possa sentir. As extremidades esquerda e direita indicam o mínimo e o máximo de ansiedade respectivamente. Marque, claramente, essa linha com um traço vertical representativo da quantidade de ansiedade que você sente agora.

Nenhuma Ansiedade

Ansiedade Máxima

ANEXO 3 - WHOQOL-BREF

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde	1	2	3	4	5

As questões a seguir são sobre o **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?					

As questões a seguir referem-se a com que frequência você sentiu ou experimenta certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO 4 - ÍNDICE DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE (DASS-21)

Código: ____|____|____

Leia cada uma das afirmações e assinale a opção que melhor quantifica como você se sentiu durante o último mês em cada situação apresentada.

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior partes do tempo
1) Tive dificuldade em me acalmar				
2) Senti a boca seca				
3) Não senti qualquer pensamento positivo				
4) Senti dificuldades em respirar				
5) Tive dificuldade em tomar a iniciativa				
6) Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações				
7) Senti tremores				
8) Senti que estava a utilizar muita energia				
9) Preocupei-me com situações em que poderia entrar em pânico e fazer figura ridícula				
10) Senti que não tinha nada a esperar do futuro				
11) Dei por mim a ficar agitado				
12) Senti dificuldade em relaxar				
13) Senti-me desanimado e melancólico				
14) Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar o que estava a fazer				
15) Senti-me quase a entrar em pânico				
16) Não fui capaz de ter entusiasmo para nada				
17) Senti que não tinha valor enquanto pessoa				
18) Senti que por vezes estava sensível				
19) Senti alterações no meu coração, sem fazer exercício físico				
20) Senti-me demasiado assustado sem ter tido nenhuma razão para isso				
21) Senti que a vida não tinha sentido				

ANEXO 5 - ÍNDICE DA QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH (PSQI)

Código: ____|____|____

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o último mês somente. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da maioria dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1 Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?
hora usual de deitar:

2 Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?
número de minutos:

3 Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?
hora usual de levantar:

4 Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Esta pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)
Horas de sono por noite:

5 Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade para dormir porque você:
não conseguiu adormecer em até 30 minutos

1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana
3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

6 Acordou no meio da noite ou de manhã cedo

1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana
3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

7 Precisou levantar para ir ao banheiro

1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana
3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

8 Não conseguiu respirar confortavelmente

1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana
3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

9 Tossiu ou roncou forte

1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana
3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

10 Sentiu muito frio

1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana
3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

11 Sentiu muito calor

1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana
3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

12 Teve sonhos ruins

1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana
3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

13 Teve dor

1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana
 3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

14 Outras razões, por favor descreva: _____

1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana
 3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

15 Durante o último mês como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral:

Muito boa Boa Ruim Muito ruim

16 Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar

1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana
 3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

17 No último mês, que frequência você teve dificuldade para ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos)

1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana
 3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

18 Durante o último mês, quão problemático foi pra você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?

Nenhuma dificuldade Um problema leve
 Um problema razoável Um grande problema

19 Você tem um parceiro (a), esposo (a) ou colega de quarto?

Não
 Parceiro ou colega, mas em outro quarto
 Parceiro no mesmo quarto, mas em outra cama
 Parceiro na mesma cama

Se você tem um parceiro ou colega de quarto pergunte a ele com que frequência, no último mês você apresentou:

Ronco forte
 1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana
 3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

Longas paradas de respiração enquanto dormia

1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana
 3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

contrações ou puxões de pernas enquanto dormia

1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana
 3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

episódios de desorientação ou confusão durante o sono

1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana
 3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme, por favor descreva: _____

1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana
 3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana